

**<PILOTER LA FUSION DE DEUX SERVICES EDUCATIFS
EN PROTECTION DE L'ENFANCE AFIN D'OPTIMISER LE
PARCOURS DES JEUNES EN SITUATION COMPLEXE >**

<Isabelle Leclerc>

<2017 >

Remerciements

Pour m'avoir soutenue et aidée dans la réalisation de ce mémoire, je remercie tout particulièrement :

Mes collaborateurs du Service d'Accueil d'Urgence pour leur patience durant mes années de formation,

L'ensemble des professionnels, les enfants et adolescents, qui ont enrichi mon travail de directrice années après années,

Sylvie, référente de ce mémoire, pour ses conseils,

Fabienne, pour sa disponibilité sans faille, son écoute, ses observations, et ses encouragements,

Jeanne, pour son expertise relative aux jeunes « en situation complexe » qui m'a permis de recueillir des éléments objectivés,

Fatima, ma lectrice, pour son engagement et ses encouragements,

Mes enfants qui ont accepté avec patience mon manque de disponibilité,

Sylvain, mon compagnon, qui a su créer un environnement quotidien « suffisamment bon », me permettant de me consacrer à cet écrit. Je le remercie pour sa patience sans faille.

Sommaire

Introduction	3
1 Le Cadre légal de la protection de l'enfance confronté aux jeunes en situation complexe	7
1.1 La réforme de la protection de l'enfance	7
1.1.1 La loi du 5 mars 2007 : un bilan mitigé	7
1.1.2 Sortir la protection de l'enfance de « l'angle mort des politiques publiques »	8
1.2 « Les enfants invisibles », une notion à décrypter	9
1.2.1 Les situations dites « complexes », nouvelle appellation pour traduire l'évolution du public accueilli	11
1.3 Les situations complexes à l'IDEFHI	11
1.3.1 Les services éducatifs de l'IDEFHI, une organisation « en tuyau d'orgues »	12
1.3.2 Un développement considérable sur le territoire départemental : une offre de service peu lisible	13
1.3.3 La volonté d'en finir avec « la balkanisation » des services éducatifs	14
1.3.4 Organisation actuelle, entre présent et avenir	15
1.3.5 Un établissement en cohérence avec le schéma départemental	15
1.4 L'étude récente menée à l'IDEFHI relative aux situations complexes	16
1.5 Le SAU et l'AFR : deux services éducatifs confrontés à ces situations complexes	20
1.5.1 Les Missions du Service d'Accueil d'Urgence.	21
1.5.2 Finalités et objectifs du service :	21
1.5.3 Caractéristiques du public accueilli au SAU	22
1.5.4 Caractéristiques du public accueilli en Accueil Familial Renforcé	24
2 S'extraire des logiques de service induites par l'organisation pour s'inscrire dans une logique de parcours de l'utilisateur	27

2.1	Les approches conceptuelles actuelles : de nouveaux paradigmes	27
2.1.1	La nécessité d'établir un corpus théorique partagé en protection de l'enfance	27
2.1.2	Une responsabilité de la puissance publique	28
2.2	Des besoins fondamentaux communs pour tous les individus	30
2.2.1	Les besoins des enfants en protection de l'enfance : des besoins à compenser	30
2.3	La notion de parcours, un nouveau paradigme	31
2.3.1	Un nouveau cadre conceptuel pour l'action sociale	32
2.3.2	Une nouvelle donne ; la sécurisation du parcours de l'utilisateur	33
2.4	Le projet d'établissement : une nouvelle gouvernance comme réponse à ces nouveaux paradigmes	34
2.4.1	La transversalité	34
2.4.2	Une organisation matricielle, en réponse au besoin de transversalité	35
2.5	Le SAU et l'AFR : deux services confrontés aux situations complexes	37
2.5.1	La notion d'accueil d'urgence, une notion toute relative	38
2.5.2	L'orientation source de tensions entre les services de l'IDFHI	39
2.5.3	Un travail intra disciplinaire indispensable : « Accorder ses violons »	41
2.6	L'assistant(e) familial(e) : un travailleur social particulier	43
2.6.1	Une équipe pluridisciplinaire Renforcée	44
2.6.2	Particularités et Problématiques rencontrées à l'AFR	45
2.6.3	Evolution des situations complexes dans le service de l'AFR	45
3	Vers une organisation intelligente : le regroupement de deux services éducatifs	49
3.1	Piloter la fusion de deux services éducatifs	49
3.1.1	Les enjeux et les risques liés au regroupement	51
3.2	Créer les conditions pour favoriser les actions transversales en direction des usagers en situation complexe	52
3.2.1	Présentation et Méthodologie de l'action	52
3.2.2	Mettre en place un environnement de travail favorisant la transversalité	55
3.2.3	L'évaluation des projets de service des deux services, une opportunité pour favoriser la coopération entre les acteurs	56

3.2.4	Les résultats du diagnostic SWOT du service de l'AFR	58
3.2.5	Les résultats de l'évaluation du projet de service du SAU	59
3.3	Co construire des équipes transversales au service	60
3.3.1	L'équipe de direction :	60
3.3.2	La construction d'un secrétariat unique:	61
3.3.3	La nécessaire redéfinition de l'équipe médico médico-psychologique	62
3.4	L'élaboration du projet de service au service des jeunes en situation complexe	63
3.4.1	Un projet de service commun aux deux services pour une problématique commune	63
3.5	La sécurisation du parcours et la prévention des ruptures : un enjeu majeur pour les jeunes en situations complexe	65
3.5.1	La déclinaison des objectifs	65
3.5.2	L'atelier « Sécuriser le parcours des jeunes et prévenir les ruptures »	66
3.5.3	Construire des représentations professionnelles partagées	68
	Conclusion	69
	Bibliographie	71
	Liste des annexesI	

Liste des sigles utilisés

ASE	Aide Sociale à l'Enfance
A.F.R	Accueil Familial Renforcé
AEMO	Accompagnement Educatif en Milieu Ouvert
AEDR	Accompagnement Educatif à Domicile Renforcé
CDE	Centre Départemental de l'Enfance
DPA	Direction des Politiques d'Accompagnement
CRIP	Cellules de Recueil des Informations Préoccupantes
IDEFHI	Institut Départemental de l'Enfance et du Handicap pour l'Insertion
CIDE	Convention Internationale des Droits de l'Enfant
ODPE	'Observatoire Départemental de la Protection de l'Enfance
ONED	Observatoire National de la Protection de l'Enfance
P.E	Projet d'Etablissement
PMI	Protection Maternelle et Infantile
ETPE	Equivalent temps plein travaillé
SAMSAH	Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés
SAU	Service d'Accueil d'Urgence
SDA	Service des Admissions

Introduction

Je dirige depuis le 1^{er} octobre 2008 un Service d'Accueil d'Urgence au titre de la protection de l'enfance au sein de l'Institut Départemental de l'Enfance, de la famille et du Handicap pour l'Insertion dans le département de Seine Maritime. Cet établissement médico-social accueille 1047 mineurs et jeunes majeurs au titre de la Protection de l'Enfance et 526 mineurs et adultes en situation de handicap. Opérateur majeur du dispositif départemental en matière de protection de l'enfance, l'établissement considéré comme un Foyer départemental, répond à ce titre à l'obligation faite aux départements d'organiser « *sur une base territoriale les moyens nécessaires à l'accueil et l'hébergement des enfants confiés au service. Ces moyens comportent notamment des possibilités d'accueil en urgence* ». ¹

Le Service d'accueil d'Urgence (SAU) a été créé en 2006 dans le cadre d'une réorganisation des Services de Protection de l'Enfance de l'établissement. Il s'agissait pour l'établissement de rendre lisible ses prestations en modifiant l'organisation alors essentiellement territoriale des services en les spécifiant par nature des publics accueillis. La volonté de la direction Générale est d'établir un service identifié, dont la prestation centrale est celle d'accueillir tout mineur dont la situation impose l'accueil dans les plus brefs délais (immédiat ou dans un délai tout au plus de 48 heures).

Le Service d'accueil d'urgence est devenu au fil des années un dispositif d'accueil incontournable du territoire départemental. Cela se traduit notamment, année après année, par les chiffres élevés de l'accueil en urgence, et de la saturation régulière de ce service. Notre expertise est reconnue et saluée tant par les magistrats que par les autorités de l'A.S.E. Ce service est doté d'une habilitation de 42 places (30 pour des adolescent(e)s et 12 pour des enfants âgés de 3 à 12 ans), près de 170 jeunes sont accueillis chaque année.

Ce service dont j'ai la responsabilité, est en proie à une tension permanente dans la gestion de l'effectif des usagers. Il est également exposé aux histoires complexes des enfants et des adolescents accueillis, et doit quotidiennement construire des réponses composites tout en proposant un cadre de vie repérant et contenant pour les adolescent(e)s et enfants accueillis. Dans ce service éducatif à la mission spécifique, la nécessité « *d'offrir aux enfants accueillis un espace contenant et sécurisé* ²», suppose « *de créer une continuité psychique dans une discontinuité permanente des repères et des référents* » ³, et ce afin de répondre aux besoins fondamentaux des personnes accueillis.

La performance d'un Service d'Accueil d'Urgence réside autant dans ses compétences à adapter son accompagnement éducatif à une population aux profils multiformes, qu'à

¹ Code de l'Action Sociale et des Familles art. L221-2

² Ressiguiet, Michel. « *Urgence d'hier, urgence de demain* », Empan, vol. 85, no. 1, 2012, pp. 172-175.P.172

³ Ibidem P.172

orienter dans les délais prescrits les jeunes accueillis. Cependant, force est de constater que le Service d'Accueil d'Urgence est en tension régulière sur l'aspect des délais d'orientation fixés par convention avec le département. En effet, de manière fréquente, alors même que les orientations sont énoncées par les professionnels du service, validées par les partenaires de l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE), les départs de certains jeunes se réalisent difficilement. Directrice depuis huit années, je constate année après année une modification du public accueilli dans le SAU. En effet entre 2011 et 2016, le taux d'accueil des adolescents porteurs d'un handicap est passé de 10% à 26%, et cela sans comptabiliser les enfants et adolescents qui souffrent de troubles psychiques. Ce sont alors les adolescents et enfants les plus vulnérables, porteurs d'un handicap ou de troubles psychiques, qui restent accueillis au SAU dans un service qui n'a pas cette vocation et qui de fait ne peut pas dispenser un accompagnement de qualité face aux besoins de ces enfants et adolescents.

Les difficultés relatives à l'orientation et au parcours des usagers dans un service d'accueil d'urgence est une problématique centrale et ce d'autant lorsqu'elle vise une population fragilisée, exposée antérieurement à des ruptures tant dans sa vie affective et familiale que dans son parcours en protection de l'Enfance.

Le public accueilli dans le secteur médico-social a évolué. Les études et rapports nationaux établis, faisant suite aux constats relevés dans la mise en œuvre de la loi du 5 mars 2007 ont démontré que « *la protection de l'enfance reste une politique publique insuffisamment connue et reconnue* »⁴. La nécessité d'inscrire la protection de l'enfance dans un projet politique partagé à travers une stratégie nationale au service des enfants et adolescents les plus vulnérables, est déclinée à travers la loi n°2016-297 du 14 mars 2016. Un des objectifs majeurs de la loi, objet de ce mémoire, est lié au renforcement de la prise en compte des besoins de l'enfant et de ses droits dans son parcours au sein de la protection de l'enfance, et ce notamment lorsque la situation de l'utilisateur apparaît comme « complexe » du fait de son inscription dans le champ du handicap ou/et du sanitaire. La logique de parcours, d'accompagnement de la personne dans son projet de vie aujourd'hui s'impose comme un nouveau paradigme énoncée dans la loi du n°2016-297 du 14 mars 2016.

Les logiques de services ou de filières construites année après année tant à l'IDEFHI et plus largement dans le secteur médico-social, voient leurs frontières actuellement se modifier face aux nouvelles problématiques présentées par la population de la protection de l'enfance. Dorénavant, les logiques de services et les champs d'activités, les

⁴ Lettre de mission relative aux besoins fondamentaux de l'enfant établie par la ministre des familles de l'enfance et des droits des femmes.

prestations dispensées ne peuvent plus être pensées comme des « *circuits préprogrammés* » pour un public ciblé.

Au regard de cette évolution, le fonctionnement de l'IDEFHI organisé en « *tuyaux d'orgues* » jusqu'à présent est questionnée. Les pratiques professionnelles mises en œuvre depuis des décennies apparaissent actuellement bien éloignées de la réalité des besoins des personnes accueillies. Les effets des stratégies antérieures ont des conséquences sur les enfants et adolescents accueillis. Les ruptures de prise en charge, les exclusions, en sont la traduction. Les équipes éducatives en charge de l'accompagnement éducatif n'échappent pas à ces effets, le sentiment d'isolement et l'usure professionnelle présentée par bon nombre de professionnels éducatifs en sont le révélateur.

Les équipes de direction quant à elle trouvent ponctuellement des réponses avec le secteur sanitaire, actif sur le département, et dans les instances départementales instituées pour débloquer les situations complexes. Ces instances de concertations pertinentes, de derniers recours, apparaissent toutefois insuffisantes dans la mesure où certaines situations trouveraient des réponses si les collaborations internes dans l'établissement étaient activées de manière pérenne, et non de gré à gré.

L'IDEFHI a vu courant 2015 la révision de son projet d'établissement. Le diagnostic établi a mis en exergue la nécessité de modifier la gouvernance de l'établissement mise en œuvre antérieurement. Dorénavant, celle-ci s'organise autour du principe d'une organisation transversale appelée spécifiquement « d'organisation matricielle ». La mise en œuvre d'une nouvelle gouvernance a pour objectif de décroiser les secteurs du handicap et de la protection de l'enfance, mais également entre les services éducatifs de protection de l'enfance de l'établissement. La finalité est d'optimiser le parcours de l'usager au sein de l'IDEFHI pour éviter les ruptures de parcours à l'œuvre dans le champ de la protection de l'enfance et pour lesquels le Service d'accueil d'urgence est régulièrement sollicité lorsque les services de l'ASE n'ont plus d'autres recours pour « trouver une place » dans un service éducatif.

Courant 2017, la direction Générale de l'établissement décide de regrouper deux services éducatifs le Service d'accueil d'urgence et le Service d'accueil Familial Renforcé (AFR). Au départ en retraite de mon collègue directeur, je suis nommée pour diriger ce futur service dont l'ouverture est programmée pour janvier 2018. Dans l'attente, par lettre de mission, j'ai la responsabilité de piloter cette fusion.

La commande institutionnelle de regrouper deux services éducatifs identiques quant à leurs missions de protection de l'enfance, bien que différents dans les modalités d'hébergement et prestations proposées, représentent de ce fait une opportunité en qualité de directrice, pour traiter de la problématique des jeunes en situation complexe

dans un service d'accueil d'Urgence mais aussi plus largement dans le service d'Accueil Familial Renforcé.

L'objet de ce mémoire consiste à montrer en quoi le rapprochement de deux services de protection de l'enfance (accueil d'urgence et accueil familial renforcé) représente un levier d'action pour répondre aux besoins des enfants en situation complexe, en permettant, autant que faire se peut, la prévention des ruptures de parcours.

La construction d'un dispositif transversal permettant des collaborations interdisciplinaires, des regards croisés, sera mise en œuvre au bénéfice d'une population en double voire triple vulnérabilité dans le champ de la protection de l'enfance.

Dans une première partie, après une présentation de l'évolution du cadre légal, il sera précisé ce que recouvre cette notion de situation complexe. Il sera alors présenté comment l'établissement, plus particulièrement les deux services accueil d'urgence et AFR doivent de par leur mission répondre à ces situations.

La deuxième partie sera consacrée à la problématisation de nos constats. A partir des notions des « besoins fondamentaux de l'enfant » et de « parcours », nous présenterons, ces deux services éducatifs, objets du regroupement afin de relever la manière dont chacun organise l'accompagnement des usagers aux situations complexes.

Enfin, la dernière partie sera consacrée au pilotage de ce nouveau service en lien avec la transversalité à l'œuvre dans l'établissement. A partir de la présentation d'un diagnostic des deux services, nous constaterons les éléments significatifs caractérisant leurs forces et leurs faiblesses. Ces observations permettront de construire un plan d'action relatif au regroupement.

Modifier une organisation induit la mobilisation de compétences managériales pour un directeur. Il s'agira dans cette partie de proposer une « stratégie managériale » pour transformer deux entités, mobiliser l'ensemble des équipes concernées par ce regroupement en ce sens.

1 Le Cadre légal de la protection de l'enfance confronté aux jeunes en situation complexe

1.1 La réforme de la protection de l'enfance

1.1.1 La loi du 5 mars 2007 : un bilan mitigé

Avant d'aborder les points clés de la réforme du dispositif de protection de l'enfance, il convient de rappeler succinctement les éléments contextuels dans lesquels elle prend naissance notamment en s'intéressant à la loi du 5 mars 2007. La nécessité d'améliorer le système de protection de l'enfance est abordée depuis une dizaine d'années, lorsque Philippe Bas est nommé ministre en juin 2005. A cette époque, un certain nombre d'affaires judiciaires fortement médiatisées (affaires Outreau, Drancy, Angers) secouent l'opinion publique et mettent en exergue la nécessité de réformer la protection de l'enfance. Les signataires de « l'appel des 100 », composées de professionnels, de parlementaires, de personnalités, d'associations plaident « pour un renouveau de la protection de l'enfance et réclament une loi refondatrice ». ⁵ En conséquence, et faisant suite à la production d'études et de rapports sur le système de la protection de l'enfance en France, un consensus sur le texte de loi est approuvé et voté. La loi du 5 mars 2007 comportait trois objectifs majeurs : mieux prévenir, mieux repérer et signaler, mieux prendre en charge.

La mise en œuvre de cette loi a été déléguée aux départements, faisant du Président du Conseil Départemental le chef de file de la protection de l'enfance.

Relativement à cette loi, le bilan est mitigé. En 2013, deux sénatrices Muguette Dini et Michelle Meunier sont missionnées par le ministère des affaires sociales pour dresser un état des lieux de la loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance, dans l'objectif d'être force de proposition pour améliorer le système. Leur rapport d'information publié en 2014 ⁶ fait état à la fois des avancées produites, mais aussi des progrès qu'ils restent à accomplir dans l'intérêt de l'enfant. Relativement aux avancées, le rapport fait état d'une mise en place relativement homogène des Cellules de Recueil des Informations Préoccupantes (CRIP) dans les départements. La prise en charge des enfants a aussi progressé notamment en proposant une diversité des modalités d'accueil donnant ainsi le primat sur la relation parent/enfant.

⁵ Naves P. mars 2010 « La réforme de 2007 malmenée » dans la revue TSA n°10

⁶ Rapport d'information de Mme Muguette Dini et Michelle Meunier fait au nom de la commission des affaires sociales du Sénat n°655. 25 juin 2014

Cependant un certain nombre de constats émis dans ce rapport, confirmés par bon nombre de rapports et d'études soulignent les recommandations nécessaires pour améliorer la stratégie de cette politique publique.

Ainsi, des progrès conséquents doivent être accomplis sur les aspects suivants :

L'amélioration de la gouvernance de la protection de l'enfance par l'Etat

Il s'agit de mettre en cohérence les actions des départements ainsi que le développement des actions relatives à une connaissance des problématiques de la protection de l'enfance en vue « *d'accroître les capacités de l'Etat et des départements de piloter et d'accroître l'évaluation des politiques et dispositifs mise en place depuis 2007* »⁷

La sécurisation du parcours des usagers

Il s'agit d'éviter les ruptures des usagers durant leur parcours en protection de l'enfance, de renforcer l'accompagnement des jeunes à la sortie de l'Aide Sociale à l'Enfance, de traiter de la problématique des enfants adoptés ou délaissés, de renforcer le développement de la prévention et le repérage des situations de mise en danger, et pour finir de mettre en œuvre réellement le Projet Pour l'Enfant (PPE) dans un cadre d'évaluation pluridisciplinaire.

Ces sujets représentent « *un ensemble de thématiques centré sur l'enfant et non sur l'enfant et sa famille* ». ⁸

Rendre le dispositif de protection de l'enfance plus efficace

Il s'agit de réaffirmer le rôle central de la prévention relativement aux enfants en renforçant les collaborations entre la Protection Maternelle et Infantile (PMI) et la santé scolaire, de favoriser le travail en réseau des Cellules de Recueil des Informations Préoccupantes (CRIP), de renforcer la formation des acteurs de terrain par le partage de formation interdisciplinaires. Pour finir, il s'agit de prioriser l'intérêt de l'enfant et non celui des parents, et rompre avec l'idéologie familialiste active en protection de l'enfance.

1.1.2 Sortir la protection de l'enfance de « l'angle mort des politiques publiques »

Fort de ces constats, le gouvernement a engagé en 2014 une réforme de la protection de l'enfance de manière concertée avec bons nombres d'acteurs de ce champ. Un certain nombre de rapports, d'études a permis l'élaboration d'une feuille de route pour la protection de l'enfance 2015-2017 déclinée en 101 actions. La loi n°2016-297 du 24 mars

⁷ La loi du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant. Ministère des familles de l'enfance et des droits des femmes.

⁸. Sénat. Note de synthèse. Commission des affaires sociales. Rapport d'information de Mmes Michelle Meunier et Muguet Dini, rapporteuses.

2016 relative à la protection de l'enfant constitue le volet législatif de la feuille de route. Elle réaffirme les principes de la loi du n°2007-293 du 5 mars 2007 tout en garantissant une meilleure effectivité des obligations de la dite loi.

Par ailleurs, elle replace l'enfant au premier rang des préoccupations des professionnels avec une modification majeure, celle de redéfinir la protection de l'enfance qui dorénavant vise, Art. L. 112-3. « À garantir la prise en compte des besoins fondamentaux de l'enfant, à soutenir son développement physique, affectif, intellectuel et social et à préserver sa santé, sa sécurité, sa moralité et son éducation, dans le respect de ses droits. »

Les besoins fondamentaux supplantent toutes les autres notions. L'esprit de la loi est d'améliorer la prise en compte de l'enfant et de ses besoins dans un parcours de protection avec l'impératif de travailler à la sécurisation du parcours de l'enfant en protection de l'enfance. Cette formulation est d'autant plus nécessaire lorsqu'elle concerne les jeunes les plus vulnérables. Cette loi s'ancre dans les valeurs énoncées dans la Convention Internationale des Droits de l'Enfant (CIDE) en centrant ses actions sur les besoins fondamentaux de l'enfant, tout affirmant le rôle prépondérant de l'Etat dans la mise en œuvre de la protection des enfants les plus vulnérables.

Dans cette perspective, le renforcement de la cohérence institutionnelle au niveau national et territorial devient un enjeu majeur.

La centration sur l'enfant notamment sur ses besoins fondamentaux afin de sécuriser son parcours en protection de l'enfance est inscrite dans la loi. Nouveau paradigme qu'il conviendra d'approcher en seconde partie à travers le corpus théorique des besoins fondamentaux de l'enfant et du parcours de l'utilisateur.

1.2 « Les enfants invisibles », une notion à décrypter

Le défenseur des droits, Geneviève Avenard, dans son rapport « *handicap et protection, des droits pour des enfants invisibles* » a soulevé la problématique des enfants en situation de handicap et pris en charge en protection de l'enfance. Garante de l'application de la Convention Internationale des Droits de l'Enfant ratifiés par la France, et inscrits dans les Lois de la République, la défenseure des enfants a été saisie plusieurs fois tant par des associations, des professionnels, des parents, sur les difficultés relatives aux enfants handicapés confiés en protection de l'enfance. « Enfants invisibles », car « *oubliés des systèmes d'informations existants, et donc ni quantifiés ni identifiés* »⁹. Le rapport IGAS-IGF de 2012, plus récemment le rapport Piveteau pointait également le manque de données nationales, l'absence de pilotage sur cette question.

Pourtant, ces jeunes sont bien présents dans les établissements médico-sociaux, dans les services de l'Aide sociale à l'Enfance, dans les familles d'accueil, dans les services

⁹ Défenseur des droits, 2015, Handicap et protection de l'enfance : des droits pour des enfants invisibles. Paris

pédiatriques, et pour finir dans les services psychiatriques. Ici et là, entre 2012 et 2014, les différentes études réalisées localement ont permis de rendre compte que les notifications de la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) « *seraient 7 fois plus importantes pour les enfants confiés à l'ASE, avec une prévalence de 17% contre 2,5% pour la population générale* »¹⁰. Il est à noter que l'ensemble de ces rapports ne prennent en compte que les enfants et adolescents bénéficiant d'une notification de la MDPH, les jeunes en situation de handicap psychique ne sont pas comptabilisés par la MDPH, ni par les services de l'ASE, en l'absence d'une définition partagée sur cette thématique. En conséquence les services de l'ASE mais aussi les établissements médico-sociaux « *se retrouve à accueillir des enfants avec les déficiences et pathologies les plus lourdes dans le cadre de structures qui ne sont pas adaptées à leur prise en charge et peu médicalisées* ». ¹¹

En Seine -Maritime, une récente étude «réalisée par l'Observatoire Départemental de la Protection de l'Enfance 76 (ODPE) en 2016, pour faire suite aux travaux menés par la Défenseure, révèle une même convergence puisqu'il ressort en première intention que 19% des jeunes pris en charge par l'ASE sont porteurs d'un Handicap avec une surreprésentation du handicap psychique. Notons que cette étude n'est pas encore achevée notamment dans ces aspects stratégiques pour élaborer des actions futures opérantes.

Si les qualificatifs « enfants invisibles » est à mettre en lien avec l'absence de remontées des données nationales, et l'absence de stratégie publique en leur faveur, force est de constater que pour nombres d'établissements médico-sociaux, cette population est loin d'être invisible. En effet, cette double vulnérabilité qui les caractérise, leurs comportements souvent bruyants, les ruptures de parcours auxquels ils sont soumis et pour lesquels nous tentons d'échafauder des accompagnements en font une population stigmatisée qui porte en elle la complexité des réponses à apporter. L'IDEFHI, n'échappe pas à ce constat dans la mesure où comme suscitée, les admissions dans l'établissement, dans le secteur de la protection de l'enfance se réalisent majoritairement en urgence, et que le secteur du handicap accueille 40% de jeunes confiés à l'ASE.

Dans ce contexte évolutif, il convient d'approcher plus précisément cette population porteuse d'une double vulnérabilité. Tout comme la défenseure le préconise, il conviendra de trouver les ressources nécessaires pour accompagner ce nouveau public, et ne pas ajouter du morcellement dans le parcours de l'enfant ou de l'adolescent.

¹⁰ Ibidem p.22

¹¹ Ibid. p.22

1.2.1 Les situations dites « complexes », nouvelle appellation pour traduire l'évolution du public accueilli

Actuellement, il n'existe pas de définition sociologique, ni de nosographie me permettant une appellation généraliste relatif à ce public. Mes recherches lors de l'écriture de ce mémoire se sont avérées relativement ardues pour retenir un qualificatif acceptable. Les termes « enfants invisibles », « zéro solution », « incasables », « adolescents difficiles », « jeunes en difficultés multiples », traversent les études récentes et certains ouvrages. On retrouve dans quelques départements du secteur de la protection de l'enfance le terme de situations complexes et ce, notamment lorsque ces départements ont mis en œuvre des dispositifs interinstitutionnels pour traiter de ces situations. Ce qualificatif est aussi utilisé dans le secteur des personnes âgées.

Pour ma part, cette terminologie m'apparaît la plus proche de la réalité visitée, dans la mesure où elle n'enferme pas le sujet (enfant/adolescent) dans une catégorie en le stigmatisant. Bien au contraire, elle permet de mettre en exergue une hétérogénéité des situations dont l'arrière-plan est lié à une situation juridique et administrative conjuguée : protection de l'enfance/handicap/sanitaire. Dès lors, il apparaît que c'est le travail à fournir qui est rendu complexe et non la singularité de la personne à accompagner.

Les chiffres en France et dans le département de Seine-Maritime : un pilotage insuffisant

300 000 mineurs étaient pris en charge par les services de protection de l'enfance au 31 décembre 2012. 70 000 seraient porteurs d'un handicap reconnu par la MDPH. Cela représente 23% des enfants placés, quand la prévalence du handicap n'est que de 2% à 4% dans l'ensemble de la population, avec « *une surreprésentation du handicap psychique et des troubles du comportement* ». ¹²

En Seine-Maritime, 3 647 mineurs ont été confiés ou accueillis à l'ASE à la même date. Parmi eux, 680 étaient reconnus par la MDPH, soit environ 19% des mineurs et jeunes majeurs confiés à l'ASE. 90% d'entre eux ont reçu une orientation vers des établissements spécialisés, 13% bénéficient d'une aide humaine en milieu scolaire.

1.3 Les situations complexes à l'IDEFHI

A l'instar du processus de désinstitutionnalisation active dans la société, l'IDEFHI est traversé par ses effets : la mobilité des acteurs et des idées, le décroisement des secteurs. Les usagers sont les premiers soumis à ce processus. Pour la Protection de l'Enfance, il s'agit des conséquences de la loi n°2007-293 du 5 mars 2007 qui a renforcé la prévention. Traduite dans le schéma départemental 2011-2015 de Seine-Maritime et

¹² Etude sur les enfants confiés à l'ASE porteurs d'un handicap. 2015. ODPE 76
<Isabelle Leclerc> - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - <2017>

dans le projet d'établissement 2010-2014, cette logique a conduit à une diminution sensible (17,3% sur une période de 5 ans) de l'hébergement au bénéfice de dispositifs d'accueil modulable ou d'interventions de jour plus ciblées. Le phénomène est comparable pour le champ du Handicap sous l'effet de la loi n°2005-102 du 11 février 2005. Cette loi qui favorise le maintien à domicile et l'intégration en milieu ordinaire a été également traduite dans le schéma-départemental et dans le projet d'établissement. Elle s'est traduite par une réduction des places en internat (-14,5% sur 5 ans) au profit d'un doublement des agréments en milieu ouvert (+7,1%).

L'impact de ces mesures a modifié ces 5 dernières années le profil des jeunes accueillis à l'IDEFHI. Admis au titre de la protection de l'Enfance, certains sont porteurs d'un handicap et bénéficient d'une notification de la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH), à l'inverse, ils peuvent être porteurs d'un handicap et bénéficier d'une protection au titre de l'Assistance Educative. Ainsi, on note, une augmentation de 29% des jeunes confiés à l'ASE relevant d'une décision d'orientation de la CDAPH dans l'établissement (de 144 jeunes en 2011 à 186 en 2015, 253 en 2017).

Au SAU, cette évolution est également notable puisque 26% des accueils réalisés ont une notification de la CDAPH, dont 22% d'adolescents. Dans le service éducatif de l'Accueil Familial Renforcé, 29% des enfants accueillis bénéficient d'une notification de la CDAPH. En conséquence, l'évolution de la population à l'IDEFHI est marquée depuis 2011 par l'augmentation annuelle du nombre de jeunes accueillis au titre de la protection de l'enfance relevant également d'une décision d'orientation de la CDAPH ou en attente d'une notification, et des jeunes accueillis au titre de la protection de l'enfance bénéficiant d'un suivi ambulatoire avec les services de psychiatrie du département.

1.3.1 Les services éducatifs de l'IDEFHI, une organisation « en tuyau d'orgues »

Inscrit dans un territoire départemental, l'IDEFHI évolue dans un environnement politique et économique fluctuant, subordonné aux politiques publiques. Ces éléments ont influé et continue à influencer tant l'organisation de l'établissement que l'adaptation de ses prestations aux besoins des usagers.

Cet établissement implanté sur la totalité du territoire départemental gère différents services et établissements.

L'IDEFHI est un établissement public départemental administré par un Conseil d'Administration. Il dispose d'un budget autonome constitué d'un budget principal et de 5 budgets annexes. Outil social important au niveau départemental, il est le second établissement public social et médico-social national, tant par sa taille humaine et budgétaire, que par la diversité de ses missions, structures et services. C'est aussi un acteur économique, disposant d'un budget global pour l'année 2016 de 72,5 millions

d'euros dont 53,7 par le département de Seine Maritime au titre de l'Aide Sociale à l'Enfance, et 16,95 par l'Agence Régionale de la Santé de Normandie et 1,85 au titre des budgets annexes. Il emploie 1236 ETPT¹ répartis sur l'ensemble du département. Le parc immobilier de l'IDEFHI est comparable par sa taille à celui d'une commune de 30 000 habitants soit 77 000 m² de bâti occupé :

170 structures d'accompagnement (hébergement d'accueil, milieu ouvert)

Des ateliers professionnels, gymnases et autres structures de jeux extérieurs

Des bâtiments administratifs et techniques.

Les services éducatifs appelés services opérationnels dirigés par 6 directeurs sont liés directement à la politique nationale et départementale de la protection de l'enfance, tandis que 3 services dirigés par 3 directeurs sont liés à la stratégie développés par l'ARS du département. Des services supports dits fonctionnels viennent en soutien des services opérationnels : Direction des Ressources Humaines, Direction des Affaires Financières, Direction des Services Numériques, Direction du Cadre de Vie et du Travail, Direction des Politiques d'Accompagnement.

1.3.2 Un développement considérable sur le territoire départemental : une offre de service peu lisible

Implanté sur la commune de Canteleu, dans un domaine légué au département pour un franc symbolique, sous réserve de développer des œuvres sociales, l'établissement ouvre en 1961 sous le nom de Centre Départemental de l'Enfance. Chaque décennie a vu la création de nouveaux services dans les domaines du Handicap et de la protection de l'enfance :

En 2006, la reprise de gestion de deux établissements, situés dans la région havraise, achève l'implantation du CDE sur l'ensemble du territoire. La Direction Générale de ces années est alors éloignée des services qu'elle a elle-même créés, donnant ainsi l'image « de baronnies » dans son propre établissement. L'image d'un établissement tentaculaire pour les uns, « colosses aux pieds d'argiles » pour les autres, s'inscrit dans la mémoire collective tant en interne qu'en externe.

L'identité de l'établissement n'est pas établie, elle est même controversée. Le champ du Handicap et celui de la Protection de l'Enfance sont cloisonnés, et leurs évolutions, leurs organisations respectives sont déliées les unes des autres. Le secteur de la protection de l'enfance est organisé essentiellement sur un mode territorial et (Dieppe, Neufchâtel, Service d'Accueil Rive Gauche, Service d'Accueil Rive Droite). Chaque service est doté de MECS, de placement familial, d'unités de semi- autonomie, et de logements pour les Jeunes Majeurs. Chaque service territorial assure plus ou moins la mission d'accueil d'urgence sans lisibilité en termes d'entrées.

1.3.3 La volonté d'en finir avec « la balkanisation » des services éducatifs

L'année 2005, marque une césure, et introduit de manière définitive l'établissement dans une nouvelle gouvernance, liée en partie à l'arrivée d'un nouveau Directeur Général. En effet, concomitamment à la promulgation des lois du 2 janvier et celle du 11 février 2005, l'audit budgétaire et organisationnel sollicité par le département et l'état vont modifier profondément la structuration de l'établissement.

Ainsi, dès 2005, le Centre Départemental de l'Enfance (CDE) structure son organisation à partir de 2 pôles : le Pôle Handicap et le Pôle Enfance Famille¹³, reliés directement à la Direction Générale, décision emblématique dont la finalité est « *de mettre fin à la balkanisation des services en créant une véritable équipe de direction*¹⁴ », soucieuse des politiques éducatives de son secteur.

Le Service des Admissions (SDA) est créé et se trouve directement rattaché au Pôle Enfance Famille. Dorénavant, les demandes d'admissions urgentes ou non, sollicitées par l'ASE, sont traitées par ce service. La stratégie interne est d'avoir une lisibilité sur les entrées, les orientations et les sorties des usagers de l'établissement. Au fil des années, ce service a déployé une expertise quantitative et qualitative et sur les thèmes suivants : événements indésirables, doubles mesures, scolarité, signalements. Parallèlement, l'organisation territoriale disparaît au profit d'une organisation thématique (Enfance, Adolescence, Accueil Familial Renforcé, Accueil d'urgence). Cette spécialisation des services répondait à « *l'objectif prioritaire d'accroître le niveau d'expertise des professionnels afin d'améliorer la qualité de prise en charge des enfants et jeunes accueillis*¹⁵ ». Dans ce mouvement, en lien avec la loi du 5 mars 2007 réformant la Protection de l'Enfance, les prestations éducatives en milieu ouvert sont déployées et se trouvent intégrées dans les services Enfance et Adoseine ainsi que sur le territoire havrais et dieppois.

Le champ du Handicap en lien avec la loi du 11 février 2005, et la loi du 21 juillet 2009, dite loi HPST¹⁶, permet à l'établissement de prendre un nouveau souffle à travers la création de 2 SESSAD et d'un SAMSAH. Cependant, le cloisonnement des 2 champs restent une réalité.

En 2007, Le CDE est érigé en établissement médico-social public autonome et prend une nouvelle appellation, l'Institut Départemental de l'Enfance, de la Famille et du Handicap pour l'Insertion. Cette dénomination désigne l'ensemble des prestations offertes aux

¹⁴ Issu d'un rapport non daté intitulé « Commentaires du Centre Départemental de l'Enfance sur le rapport relatif à l'accueil des mineurs en urgence établi par l'IGAS 2008 »

¹⁵ Améliorer la prise en charge des usagers par des modalités partagées durant le parcours de l'utilisateur. 09 juin 2005. C.L.Mestre. Document interne à l'IDFHI.

¹⁶ Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009, portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

usagers par l'établissement tout en inscrivant l'établissement dans le territoire départemental.

1.3.4 Organisation actuelle, entre présent et avenir

La suppression en 2014 des 2 pôles au bénéfice d'une seule Direction des Politiques d'Accompagnement (DPA) signe la volonté de décloisonner ces deux champs, en promouvant une culture et des pratiques communes tout en respectant les spécificités des deux secteurs d'activités. A cette DPA, quatre dimensions s'ajoutent, et viennent couvrir dorénavant l'ensemble des politiques d'accompagnement, à savoir : l'accompagnement éducatif, l'insertion, la promotion de la santé et la qualité de l'accompagnement. Désormais, de manière hebdomadaire, les Directeurs des Services Educatifs sont réunis et élaborent collectivement des réponses ou projets relatifs aux besoins des usagers. En 2015, dans le cadre de la révision du projet d'établissement, la volonté de s'extraire d'une organisation cloisonnée et segmentée dans ses actions, est annoncée. Une gouvernance basée sur la transversalité est déclinée, elle se traduit par la mise en œuvre d'une organisation « matricielle ». Celle-ci sera présentée dans la deuxième partie de cet écrit.

1.3.5 Un établissement en cohérence avec le schéma départemental

Dans son diagnostic préalable au schéma départemental en faveur de l'enfance et de la famille, l'accent est mis sur « *l'accompagnement de la montée en compétence des professionnels des établissements médico-sociaux pour la prise en charge des mineurs présentant des troubles psychiques et sur la coordination des situations complexes, programmer des relais plutôt que des ruptures ; mieux répondre à l'impératif de stabilité des parcours pour les mineurs*¹⁷ ».

Le Schéma Enfance Famille indique : « *Diversifier les modalités de prise en charge, par redéploiement, pour favoriser une meilleure adéquation des réponses aux besoins des familles et des enfants. La mise en œuvre des orientations du schéma devra permettre une optimisation et une meilleure régulation des modalités d'accompagnement d'une part et une diversification des prises en charge d'autre part. La diversification des modalités de prise en charge pour favoriser une meilleure adéquation des réponses et une cohésion des parcours au travers d'une approche globale et partagée de l'enfant et de sa famille*¹⁸ ».

Le projet d'établissement 2016-2020 de l'IDEFHI propose quant à lui dans son axe stratégique n°1 de poursuivre l'amélioration de l'accompagnement des usagers par la prévention des ruptures (action 1.3). En axe n°2, il propose en développant les actions suivantes et sous actions suivantes :

¹⁷Axe 3 du Schéma Départemental en faveur de l'enfance 2016-2020

Mieux prendre en compte les usagers présentant des troubles spécifiques, tels que les enfants confiés à l'ASE relevant d'une décision de la CDAPH et ceux souffrant de troubles psychiatriques (actions 2.1 et 2.1.2).

Enrichir le dispositif d'accompagnement des usagers et de leurs familles (action 2.2) par la diversification des modalités d'accueil d'urgence (action 2.2.2).

Les axes stratégiques du Projet d'Etablissement s'imbriquent parfaitement avec les axes stratégiques du schéma départemental.

1.4 L'étude récente menée à l'IDEFHI relative aux situations complexes

L'IDEFHI, opérateur public intervenant sur les 2 champs protection de l'enfance et Handicap, a mené sur la période 2014-2016, des travaux relatifs à ces jeunes qui bénéficient d'un double accompagnement (protection de l'enfance/handicap). En 2015, l'établissement a donc constitué un comité de pilotage dédié à l'étude de cette question. Composé de professionnels des différents services éducatifs de l'établissement, de partenaires locaux du secteur associatif dans le secteur de la protection de l'enfance et du handicap, et pour finir de l'équipe mobile du Centre Hospitalier du Rouvray). Celui-ci avait deux objectifs :

Rendre « visible » quantitativement ce public, recueillir des éléments qualitatifs en termes de caractéristiques, besoins et difficultés repérés.

Définir des modalités d'accompagnement en ajustant et en adaptant les pratiques et les dispositifs actuels afin de proposer des dispositifs et des accompagnements au plus près des besoins des usagers.

Ce travail s'est construit à partir d'échanges interprofessionnels, et d'une enquête menée sous la forme d'un questionnaire remis aux établissements partenaires du Comité de pilotage. Ainsi, 231 situations ont été étudiées. Cette étude a permis de mettre en exergue un certain nombre d'observations traduites dans un rapport interne à l'établissement. Je me propose d'extraire les éléments les plus significatifs en lien avec la problématique traitée dans ce mémoire.

¹⁸ Axe 3 du Schéma Départemental en faveur de l'enfance 2016-2017

1^{er} observation : la genèse de l'invisibilité et ses conséquences sur les collaborations interinstitutionnelles

L'invisibilité de ce public, tel que cité par la défenseure, trouve en partie son origine dans la structuration des politiques sociales et médico-sociales. En effet, historiquement, celles-ci se sont construites autour de trois éléments : « *une population cible, un ensemble de règles et de prestations adaptées et un corps de travailleurs sociaux* ». ¹⁹ C'est ainsi, qu'indépendamment des unes des autres se sont construits des corpus de connaissances spécifiques, avec des approches évaluatives différentes. Les cadres réglementaires distincts dans des institutions aux logiques préprogrammées apparaissent au fil des années, finalement cloisonnés dans leur fonctionnement. La collaboration entre institution s'avère minimale, celle-ci ne démarre que très rarement au début de la prise en charge. Elle se réalise semestriellement ou bien de gré à gré en fonction des événements qui ponctuent la prise en charge du jeune. Par conséquent, la répartition des rôles et des actions entre les acteurs n'est pas élaborée, ni partagée avec le jeune et sa famille. Les contacts sont établis d'éducateurs à éducateurs, ce qui in fine questionne le portage institutionnel.

Ainsi, il apparaît que plus une situation est jugée complexe, moins elle provoque les rencontres indispensables à une articulation des actions éducatives, ou à un projet coordonné, transversal aux institutions concernées.

2^{ième} observation : des temporalités différentes d'un secteur à l'autre

La modification des caractéristiques du public accueilli en protection de l'enfance et dans le secteur du handicap a des impacts dans l'organisation même des accompagnements éducatifs. Dorénavant, elle convoque sur son terrain une multiplicité d'acteurs. Poser un regard global sur une situation afin de personnaliser l'accompagnement de la personne accueillie est un objectif difficile à garantir puisqu'il suppose de connaître la place et le rôle de chacune des institutions alors même que dans la majorité des cas celles-ci se méconnaissent. Elles posent des actions en lien avec leurs activités habituelles mais déliées les unes des autres. Ces actions apparaissent morcelées, parcellaires non complémentaires au regard de la situation du jeune. Ceci s'explique notamment par la discordance de temporalités entre les services de l'ASE et de la CDAPH. En effet, l'action de l'ASE s'inscrit dans le cadre de mesures qui, selon les situations peuvent être courtes, longues ou s'interrompre brutalement. Par ailleurs, l'action de l'ASE peut aussi se déclencher en urgence, en dehors de toute anticipation sur le devenir du sujet. L'action de la CDAPH, quant à elle, se réfère au temps scolaire ; le parcours de l'utilisateur s'inscrit dans

¹⁹ Astier I., 2007, « *Les nouvelles règles du social* », PUF, Paris

une temporalité plus longue qui permet une meilleure préparation et anticipation à l'accueil des jeunes.

3^{ème} observation : Handicap et protection de l'enfance : deux problématiques entremêlées

La préexistence d'une problématique sur l'autre et sa prévalence est posée notamment dans le rapport remis au défenseur Geneviève Avenard. Notons qu'actuellement les réponses en la matière ne sont pas tranchées. L'assertion selon laquelle le handicap d'un enfant, non pris en charge ou non diagnostiqué, peut mettre en péril l'équilibre familial, distendre les liens, peut provoquer un rejet de l'enfant doit être retenue. Par ailleurs, les contextes familiaux perturbés liés aux pathologies parentales, les événements traumatiques peuvent être également à l'origine du développement de troubles psychiques chez les enfants. Le placement et ses conséquences (séparation, rupture, multiplicité des acteurs), peut lui-même créer un traumatisme de nature à provoquer des troubles du comportement ou des troubles psychiatriques. Cette dernière assertion a été récemment étudiée. En effet, la nosographie des types de troubles psychiatriques présentés par les jeunes relevant de l'ASE ont été étudiés par le Dr Lisa Vitte, pédopsychiatre à la Maison de l'Adolescent de Rouen (Vitte, 2015)²⁰. Cette étude comparative relative à la prévalence de troubles psychiatriques dans la population générale et dans la population ASE, révèle une prévalence des troubles dans la population ASE se traduisant par des conduites et des troubles de l'opposition avec provocation, des troubles attentionnels et de l'hyperactivité, du retard mental, des troubles dépressifs et anxieux. D'après cette étude, l'ensemble de ces troubles est à mettre en lien avec un environnement familial et affectif dans lequel les figures d'attachement ont été absentes ou porteuses de carences, de discontinuité des soins, de défaut d'étayage. Cet environnement délétère entraîne des troubles de l'attachement. L'expression de ces troubles peut constituer à lui seul-même un handicap donnant lieu soit à des orientations en Institut Médico-Educatif ou en Institut Thérapeutique Educatif et Pédagogique (ITEP). En conséquence, la population de l'ASE peut être considérée comme une population à haut risque dans la survenue de troubles psychiatriques.

4^{ème} observation : les dispositifs d'hébergement

Les jeunes qui ont une scolarité en établissement spécialisé sont majoritairement accueillis au titre de la protection de l'enfance en placement familial (59%), spécifiquement, dans les services d'Accueil Familial Renforcé (62%). Les jeunes qui

suivent une scolarité en Institut Thérapeutique Educatif et Pédagogique (ITEP) sont plutôt accueillis en Maison d'Enfants à Caractère Social (MECS) au titre de la protection de l'enfance (50%) alors que les jeunes scolarisés en Institut Médico Educatif (IME) sont majoritairement accueillis en accueil familial (59%). Enfin, 29% de ces jeunes sont en double hébergement : internat médico-social la semaine, et MECS ou famille d'accueil le week- end, les vacances scolaires et lors des fermetures des établissements.

5^{ème} observation : La complexité des situations,

Relativement à l'enquête, plus de la moitié des sujets qui relèvent de l'ASE et de la MDPH relève également du champ de la psychiatrie (53%). Ils ont un traitement lourd, un suivi régulier et/ou des hospitalisations. Une distinction peut être établie entre les jeunes d'ITEP et les jeunes d'IME. En effet, ces derniers ont un suivi psychiatrique (68%), établis dans leur établissement.

Cette population qualifiée de « situation complexe » représente de ce fait les nouveaux « incasables » telle qu'énoncée : les jeunes dits incasables sont « *une population à la limite des institutions dont les caractéristiques et les besoins particuliers relèvent de plusieurs modes de prises en charge. Ils ont souvent mis en échec plusieurs établissements, ou des équipes professionnelles dont le cadre de travail ne convenait pas à leurs problématiques individuelles* ». ²¹

6^{ème} observation : Les droits parentaux

Sur les jeunes enquêtés, 41% ont des droits d'hébergement chez leurs parents contre 64% en 2015 pour la population ASE classique. Un distinguo peut être effectué entre les jeunes en ITEP et les jeunes en IME. Les droits d'hébergement pour ces derniers représentent 33%, contre 50% pour les premiers. On peut en conclure, une relative absence des parents et conséquemment des difficultés pour les mobiliser sur la situation de leurs enfants.

7^{ème} observation : L'âge du public

Ce sont majoritairement des adolescents âgés de 15 à 20 ans (45%). 60% ont entre 11 ans et 14 ans et relèvent d'un ITEP. Les jeunes accueillis en IME et relevant de la protection de l'enfance sont plus âgés puisque 71% d'entre eux ont entre 15 et 20 ans.

²⁰ Vitte L., 2015, Adolescents pris en charge par l'Unité Mobile des adolescents Hospitalisés (UMAH) : une étude descriptive à la lumière des problématiques de la protection de l'enfance, Thèse de médecine, Rouen.

L'ensemble de ces observations intriquées les unes aux autres traduisent la complexité des situations rencontrées dorénavant dans le secteur médico-social. Elles montrent, par ailleurs la difficulté de construire des coopérations interinstitutionnelles mais aussi des collaborations transversales dans l'établissement. La notion de situations complexes vient dorénavant questionner de manière aigüe les pratiques professionnelles. Par la même, elle réinterroge les modalités d'accompagnement mais aussi l'organisation interne de l'établissement et plus largement l'organisation des secteurs.

Ces travaux ont été présentés lors d'un colloque réunissant d'une part les protagonistes ayant participé à l'étude, mais aussi le défenseur des enfants, et le département de Seine-Maritime. Ce dernier, en appui de l'ODPE 76, conduit actuellement une étude sur ce sujet au niveau départemental.

La question de la sécurisation du parcours des usagers, quant à elle, est une thématique transversale à l'établissement. Elle est étudiée à travers une recherche-action mise en œuvre par la Direction des Politiques d'Accompagnement. Son achèvement prévu en 2018 fera l'objet d'un prochain colloque.

1.5 Le SAU et l'AFR : deux services éducatifs confrontés à ces situations complexes

L'organisation actuelle des services de protection de l'IDEFHI est organisée à la fois par services thématiques en ce qui concerne le territoire rouennais, sur une base territoriale en ce qui concerne la ville du Havre et celle de Dieppe. Ces deux territoires ont intégré une prestation Accueil Familial Renforcé parmi leurs prestations d'hébergement classiques ainsi qu'une prestation d'urgence sur le territoire havrais, et pour finir des prestations de milieu ouvert. Sur le territoire rouennais, la prestation d'urgence est mise en œuvre au sein d'un service dédié, à l'instar de la prestation d'Accueil Familial Renforcé. La spécificité des prestations dispensées par ces 2 services au sein de l'IDEFHI et sur le territoire rouennais leur confère une singularité reconnue, répondant de fait à la commande du département.

Cependant force est de constater que la situation de certains jeunes oblige régulièrement chacun des services à modifier, adapter ses actions pour créer des réponses composites dans l'intérêt des usagers. Au regard de l'organisation actuelle, celles-ci sont déterminées dans « un entre soi » qui ne favorise pas pleinement l'évaluation pluridisciplinaire transversale indispensable pour stabiliser le parcours de jeunes aux situations complexes.

²¹ Barrerey J-Y. Fiacre P. 2009. « *Parcours et situations de vie des jeunes dits incasables. Une dimension nécessaire à la cohérence des interventions, Informations sociales* » p., 6.

1.5.1 Les Missions du Service d'Accueil d'Urgence.

Il inscrit ses missions de service public dans celles énoncées dans le projet d'établissement, en particulier :

Dans le champ de la protection de l'Enfance et celui du Handicap,

A travers des missions d'intérêt général qui recouvrent :

« La prise en charge globale des mineurs de moins de 18 ans, qui sont accueillis dans le cadre d'admissions non préparées, en hébergement, au motif de leur protection de leur éducation, sur des temps limités. »

Ils sont confiés au Service de l'Aide Sociale à l'Enfance. :□

« En vertu d'une mesure administrative prévue par les Art. L 221 à 224 du CASF, par décision judiciaire prise par le juge des enfants selon les Art.375 à 375-8 et 377 du Code Civil. »

Le S.A.U. remplit à ce titre les missions d'utilité sociale et médico-sociale énoncés ci-dessous :

Accueil dans les situations d'urgence,

Actions éducatives, médico-éducatives, médicales, thérapeutiques, pédagogiques et de formation adaptées aux besoins de la personne, à son niveau de développement, à ses potentialités, à l'évolution de son état ainsi qu'à son âge,

Actions d'intégration scolaire, d'adaptation, de réadaptation, d'insertion sociale et professionnelle, ainsi que d'aide par le travail,

Actions contribuant au développement social et culturel des usagers.

Le sens des missions, le cadre de l'action, sont définis par la Loi n° 2002-2 du 2 janvier, rénovant l'action sociale et médico-sociale, et par la Loi du 5 mars 2007 réformant la Protection de l'Enfance, la loi du 14 mars 2016, ainsi que la Convention Internationale des Droits de l'Enfant.

Le SAU est habilité pour recevoir 42 enfants et adolescents.

1.5.2 Finalités et objectifs du service :

Ils se déclinent comme suit : *L'accueil, la Protection.*

La prestation d'accueil d'urgence impose l'accueil physique immédiat du mineur de jour comme de nuit. De fait, elle entraîne une observation, une évaluation et une orientation. La production d'une observation/évaluation de la situation du mineur en lien avec sa

famille est réalisée dans un délai minimum de six semaines. Elle s'inscrit dans un protocole interne au service, et elle est pluridisciplinaire. Elle intègre :

Une évaluation éducative, scolaire, psychologique, médicale sur la base d'observations effectuées par les professionnels du service. Au terme de l'évaluation, une proposition d'orientation est formalisée, elle est présentée à l'utilisateur, à l'ASE pour validation. Dans un délai de 3 mois, l'orientation doit être effectuée.

Ces objectifs entraînent la mise en œuvre d'une organisation spécifique dans laquelle les actions éducatives, médico-psychologiques, sont déclinées sous la forme de prestations de service, elles-mêmes encadrées par des procédures notifiant les temporalités et les instances de concertations pluridisciplinaires relatives au projet individuel d'orientation de l'utilisateur.

1.5.3 Caractéristiques du public accueilli au SAU

L'accueil d'une population majoritairement adolescente, accueillie sans discrimination, a pour corollaire d'accueillir des jeunes souvent très fragiles psychologiquement, et précarisés sur le plan des apprentissages et de l'insertion professionnelle. On retrouve dans la population accueillie les symptômes suivants :

Une inhibition sur fond anxieux ou dépressif

Des comportements suicidaires, des addictions, des expériences sexuelles précoces

Des dysfonctionnements dans la relation à l'autre/et ou à son propre corps

Des difficultés de comportement incompatibles avec une poursuite de scolarité

Une propension au passage à l'acte ou à la somatisation avec des capacités de symbolisation ou de verbalisation perturbée

L'intensité des difficultés est souvent proportionnelle à la manifestation des symptômes cités.

Les relations parents enfants :

L'accueil d'un mineur en urgence se réalise sans la présence des parents en raison des situations de crise dans lesquelles se trouvent le mineur et sa famille, et du lieu dans lequel ils se trouvent. Les mineurs sont accompagnés soit par les services de police, soit

par les travailleurs sociaux de l'ASE. Pour autant, la place des parents et le maintien du lien est une prérogative du service. L'accompagnement des relations de la personne accueillie et de sa famille est mise en œuvre par les équipes éducatives par une équipe dédiées aux visites en présence d'un tiers.

Les moyens humains

Une équipe de cadres hiérarchiques composée d'un directeur et de trois cadres socio-éducatifs, et deux coordinatrices dont l'autorité est fonctionnelle. (5,5 ETP)

Une équipe administrative composée de trois secrétaires, (2,8 ETP)

Une équipe « scolaire et professionnelle » composée d'une enseignante détachée par l'Education Nationale), d'une éducatrice et d'un maître de formation professionnelle ((2,8 ETP)

Une équipe médico-psychologique composée d'une psychiatre (0,20 ETP), de deux psychologues (1,6 ETP), d'une infirmière (1ETP) et d'une accompagnatrice médicale (1 ETP).

Deux équipes éducatives d'internat (30 ETP) composés majoritairement de personnels aux qualifications suivantes : moniteurs éducateurs, éducateurs spécialisés, animateurs.

Une équipe éducative de jours (3,5) dédiée aux visites médiatisées,

Des maitresses de maison (5,8 ETP) réparties sur deux unités

Des veilleurs de nuit (4 ETP). °

Le Service d'Accueil d'Urgence est un jeune service de par sa date de création (2006) mais aussi par l'âge des agents qui y exercent. Ainsi, 17% ont moins de 30 ans, 61% ont entre 31 ans et 45 ans, 22% ont plus de 45 ans. Il compte 64% de femmes.

La prestation d'Accueil Familial Renforcé

En 2003, par autorisation, l'accueil de mineurs de 6 mois à 18 ans, de jeunes majeur(e) de moins de 21 ans, en famille d'accueil est rendu possible. Ce dispositif unique sur le département est habilité par l'ASE à recevoir 125 enfants et adolescents âgés de 6 mois à 18 ans, des jeunes majeur(e)s, des jeunes filles mineures ou de moins de 21 ans, enceintes ou mères d'un enfant âgé de moins de trois ans.

Depuis 2006, l'IDEFHI propose au sein de ses structures de protection de l'enfance, une prestation spécifique intitulée l'Accueil Familial Renforcé. Celle-ci met en œuvre des modalités accompagnement renforcé auprès de mineurs et jeunes majeurs accueillis chez un assistant familial de façon continue sur l'ensemble du département de Seine-Maritime.

Le renforcement se traduit par un plateau technique pluridisciplinaire, mais également par l'affectation d'un ratio éducatif important pour soutenir les assistantes familiales. Cette prestation répond aux missions régaliennes de Protection de l'Enfance relative à la prise en compte des besoins fondamentaux de l'enfant dans ses aspects physiques, psychiques, intellectuels, sociaux et affectifs, ainsi que le respect de ses droits.

Ce service propose :

Un accompagnement renforcé des mineurs et jeunes majeurs placés chez des assistantes familiales par mesure judiciaires ou administratives.

Un travail de collaboration soutenu entre assistante familiale, éducateur référent, psychologue et cadre pour construire et mettre en œuvre un projet personnalisé adapté.

Un accompagnement des familles par la mise en œuvre d'un dispositif spécifique de médiatisation des rencontres.

Par ailleurs, il offre un encadrement et une permanence 24/24 et 7/7 pour soutenir les assistantes familiales.

Les moyens humains

Ce service est caractérisé par l'emploi d'assistantes familiales dont 70% est âgée de plus de 55 ans. 10 assistants familiaux auront 62 ans ou plus en 2017, 4 assistants familiaux auront 60 ans ou plus en 2017. 23 assistants familiaux auront entre 55 et 59 ans.

Parmi, les assistants familiaux de plus de 62 ans, un assistant familial poursuit son activité en étant à la retraite. Ces chiffres interrogent les perspectives de places d'accueil à l'AFR et ce d'autant que les postulants se raréfient. Par ailleurs, l'usure professionnelle et la fatigabilité dues à l'âge des assistantes familiales est une réalité qui entre en résonance avec les situations complexes dans ce service.

La parité hommes femmes est minimale. Les femmes représentent 80% de l'effectif, le métier d'assistant familial reste un métier corrélé à une représentation « maternelle ».

1.5.4 Caractéristiques du public accueilli en Accueil Familial Renforcé

Les adolescents et enfants admis à l'Accueil Familial Renforcé présentent des troubles graves de la conduite et/ou du comportement et/ou des troubles psychiques. Ceux-ci sont liés à une histoire familiale difficile dans laquelle les troubles liés à l'attachement prévalent. Un nombre conséquent de ces jeunes bénéficient d'une décision d'orientation de la CDAPH (29% en 2016), qui s'ajoute à la mesure de protection de l'Enfance. Les

caractéristiques du public accueilli sont identiques à ceux présentés pour le SAU. Les symptômes présentent les mêmes similarités.

A) Modalités d'accompagnement

Le cadre de l'intervention

Il repose sur un dispositif coordonné entre les actions éducatives menées par les assistants familiaux et les éducateurs d'une part, et par les actions de soins proposées par une équipe médico-psychologique. L'accueil de la personne accueillie chez un assistant familial est soutenu par une équipe pluridisciplinaire en interrelations constantes, « *produisant un maillage étroit qui solidifie l'intervention et permet d'exprimer son potentiel éducatif et thérapeutique*²² ».

Les relations parents enfants :

A l'inverse du SAU, l'adhésion des parents est requise dès la demande d'orientation de l'enfant dans le service d'Accueil Familial Renforcé, et ce pour permettre à l'enfant de s'intégrer dans une nouvelle famille. Plus largement, l'accompagnement des familles vise à soutenir la fonction parentale, maintenir le lien parent/enfant soit sous la forme d'entretiens familiaux, soient sous la forme de visites médiatisées lorsque que le magistrat l'a stipulé dans son ordonnance. Cet accompagnement est réalisé par l'éducateur référent ou par une psychologue.

Si les modalités d'accueils, d'hébergement, diffèrent, la similarité de ces deux services éducatifs réside dans le fait d'accueillir une population en double vulnérabilité, confiée à l'ASE et en situation de handicap.

Conclusion de la première partie

La population accueillie en protection de l'enfance est marquée par l'apparition d'un public très fragilisé. Celui-ci est la croisée du champ du sanitaire et du handicap, et ce, de manière cumulative. Cette population est un public « incasable » au sens où il « *déborde des cases institutionnelles pré établies* ». Cette problématique est à l'œuvre dans l'établissement. Cependant, je lui préfère la terminologie de « situations complexes ».

En effet, ce qualificatif porte en lui la notion d'enchevêtrement de plusieurs problématiques, qui se trouvent la frontière de plusieurs secteurs. Cet état de fait oblige dorénavant une plasticité des secteurs de l'action sociale. Pour autant, l'organisation interne de l'établissement, et plus largement du secteur médico-social, empêchent

²² Dans référentiel l'Accueil Familial Renforcé. Document interne à l'IDEFHI

aujourd'hui les collaborations transdisciplinaires nécessaires à la sécurisation du parcours des personnes accueillies en protection de l'enfance. Les pratiques professionnelles, à l'IDFHI, ancrées dans des cultures professionnelles segmentées ne sont plus en adéquation face aux besoins de ce public. Le SAU et l'AFR, du fait de la nature de leurs missions sont confrontés de manière aigüe à la problématique des jeunes en situation complexe.

2 S'extraire des logiques de service induites par l'organisation pour s'inscrire dans une logique de parcours de l'usager

J'ai posé le constat selon lequel les enfants et les adolescents aux situations complexes accueillis au SAU sont des jeunes pour lesquels les difficultés d'orientations sont prégnantes, ils restent accueillis entre 8 mois et 18 mois dans un service qui n'est pas organisé pour répondre aux besoins de cette population jugée plus vulnérable. Cette problématique préjudiciable en premier lieu pour les usagers, nous met par ailleurs en porte à faux avec les finalités de la Convention Internationale des Droits de l'Enfant (CIDE) portées par la loi du 14 mars 2016. En revanche, relativement au service de l'AFR, la problématique posée est centrée sur la sécurisation du parcours de l'usager dans l'objectif de prévenir les ruptures de prise en charge.

Dans cette seconde partie, nous développerons les deux concepts qui s'imposent en protection de l'enfance comme de nouveaux paradigmes. Nous verrons comment, d'ores et déjà, ils modifient les logiques institutionnelles, en particulier à l'IDEFHI. Dans un second temps nous dresserons les particularités des deux services concernés par le regroupement, en lien avec les jeunes aux situations complexes. Nous examinerons alors les leviers d'actions possibles pour optimiser le parcours des jeunes dans le cadre de ce regroupement.

2.1 Les approches conceptuelles actuelles : de nouveaux paradigmes

2.1.1 La nécessité d'établir un corpus théorique partagé en protection de l'enfance

Construire un dispositif transversal dans lequel les collaborations pluridisciplinaires puissent s'exprimer au service des usagers considérés comme les plus vulnérables, suppose de définir un socle commun théorique sur lequel s'appuyer, un corpus idéologique relatif aux besoins fondamentaux de l'enfant. De quels besoins parle-t-on lorsqu'il est énoncé que la protection vise à garantir les besoins fondamentaux de l'enfant ? Sur quel corpus théorique commun peut-on s'appuyer pour servir au mieux le concept de l'intérêt de l'enfant ? Ce sera l'objet de cette partie.

En la matière, le champ de la protection de l'enfance souffre depuis des décennies d'une pluralité d'approches tantôt psychanalytiques, comportementalistes, familialistes, qui influent la politique publique de protection de l'enfance et qui de fait ne facilitent pas les consensus pourtant indispensables relatifs à cette question. En conséquence, la qualité de l'accompagnement, les projets individualisés, les évaluations, restent soumis à des controverses dans lequel les obédiences à tels courants idéologiques prennent le pas sur l'intérêt de la personne accueillie.

Toutefois, il est à noter que la politique publique de protection de l'enfance, a vu depuis 2002, « *ses principes, son objet, ses finalités, sa gouvernance et ses moyens clarifiés et consolidés* » par l'introduction de la Convention Internationale des Droits de l'Enfant dans notre droit interne. La référence aux besoins de l'enfant s'est trouvée introduite dès la loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance. Elle se voit confortée dorénavant dans la loi du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant.

« *Evaluer les besoins et les réponses données à l'enfant, que celui-ci se trouve en famille ou confié à la puissance publique par un seul modèle, revient à affirmer que la puissance publique doit répondre aux mêmes exigences que la famille, lorsque son mandat la met en position d'assumer des fonctions parentales* »²³. « Les ambitions en termes de développement étant identiques, cela suppose « *une mobilisation de l'ensemble des professionnels en vue d'assurer une suppléance parentale de qualité, chaleureuse et stable, qui soit à même de remédier au préjudice subi par l'enfant dans sa famille et de préparer le jeune à une autonomie à la fois pratique et relationnelle.* »²⁴ Telle est la finalité de la politique publique en protection de l'enfance pour laquelle je souhaite soutenir les actions des différents professionnels qui exercent leur métier.

2.1.2 Une responsabilité de la puissance publique

La Convention internationale des droits de l'enfant, dans son article 18, confie à la puissance publique une responsabilité d'aide et de contrôle quant au respect de l'application des prérogatives de l'autorité parentale ainsi formulée « *les Etats parties s'emploient de leur mieux à assurer la reconnaissance du principe selon lequel les deux parents ont la responsabilité commune pour ce qui est d'élever l'enfant et d'assurer son développement* »²⁵. Dans ce contexte, l'Etat dans sa politique publique relative à la protection de l'enfance, organise l'ensemble des interventions par « *la mise en place d'institutions, d'établissements et de services chargés de veiller au bien-être des enfants* »²⁶. Enfin les Etats parties se doivent, de prendre également « *toutes mesures législatives, administratives, sociales et éducatives appropriées pour protéger l'enfant contre toute forme de violence* », « *Ils doivent également assurer, une protection de remplacement, en cas de nécessité* ». ²⁷

²³ Démarche de consensus sur les besoins fondamentaux de l'enfant en protection de l'enfance : Rapport remis par le Dr Marie-Paule Martin-Blachais à Laurence Rossignol, Ministre des familles, de l'enfance et des droits des femmes. 28 février 2017. P.95

²⁴ Ibidem P.95.

²⁵ CIDE article 18

²⁶ CIDE article 18

²⁷ CIDE article 20

Cette mission éducative à la charge des titulaires de l'autorité parentale se trouve ainsi placée à la « *croisée de l'aide et du contrôle du ressort de l'autorité publique* »²⁸. En conséquence, l'intrication de ce partage des responsabilités, implique une pluralité d'acteurs dans les interventions à conduire au bénéfice d'une population à protéger au regard de sa minorité mais aussi en fonction de ses besoins spécifiques notamment pour des enfants porteurs d'un handicap. En cela la CIDE reconnaît leurs « *besoins particuliers* » et affirme que « *les Etats doivent permettre aux enfants mentalement ou physiquement handicapés de mener une vie pleine et décente, dans des conditions qui garantissent leur dignité, favorisent leur autonomie et facilitent leur participation active à la vie de la collectivité* »²⁹.

Face à ses constats, le champ de la protection de l'enfance se doit de développer, des pratiques institutionnelles et professionnelles consolidées et partagées. Celles-ci doivent s'appuyer sur des outils et pratiques de promotion des compétences psychosociales du sujet et de son environnement. La finalité étant de garantir une permanence et une continuité des parcours et de trajectoire de vie des mineurs.

Dans le cadre de la préparation de la loi du 14 mars 2016, et dans une volonté de partage de cette politique publique, des travaux relatifs aux besoins fondamentaux des enfants ont été engagés par le gouvernement L'ensemble de ces travaux ont été finalisés sous la forme d'un rapport remis à la ministre Laurence Rossignol le 28 février 2017. Celui-ci se veut « *une synthèse des points de convergences fidèle à l'expression des points de vue* »³⁰. A l'issue de ses travaux, la démarche de consensus a retenu le principe de l'élaboration d'un cadre de référence national, et d'un cahier des charges pour son élaboration et sa mise en œuvre. Sept recommandations et trente-huit propositions sont retenues, et couvre l'ensemble des thématiques traitées dans ce rapport.

Ce cadre de référence national transversal repose sur le partage « *d'un langage commun, des connaissances et une culture croisée* »,³¹ Il a pour objectif « *d'harmoniser et d'améliorer les interventions des différents champs impliqués (social, sanitaire, éducatif, justice), à partir d'une approche par les besoins de l'enfant partagés par tous les acteurs, et conformes à ses droits tels que prévus par la convention internationale des droits de l'enfant.* »³²

²⁸ Démarche de consensus sur les besoins fondamentaux de l'enfant en protection de l'enfance : Rapport remis par le Dr Marie-Paule Martin-Blachais à Laurence Rossignol, Ministre des familles, de l'enfance et des droits des femmes. 28 février. P25

²⁹ CIDE article 23 alinéa 3

³⁰ Démarche de consensus sur les besoins fondamentaux de l'enfant en protection de l'enfance (avant-propos). Rapport remis par le Dr Marie-Paule Martin-Blachais à Laurence Rossignol, Ministre des familles, de l'enfance et des droits des femmes.

³¹ Ibidem P.15

³² Ibidem P.18

2.2 Des besoins fondamentaux communs pour tous les individus

Pour reprendre les mots de Françoise Dolto, nous dirons qu'à sa naissance « *le petit de l'homme* » est un être dépendant de son environnement en raison de son manque de maturité. Pour grandir, il a besoin d'une base de sécurité interne qui lui permette de « *s'individuer* », d'acquérir des habilités tant psychologiques, physiques, langagière, d'estime de soi, de relations aux autres. Ces acquisitions sont rendues possibles par la permanence dans l'environnement du bébé et tout au long de l'enfance, d'un « *care giver* », représenté le plus souvent par la mère, littéralement d'un donneur de soin, qui permette un « *holding* »³³, un portage physique et psychologique. Ce « *care giver* », doit avoir une préoccupation constante des besoins de son « *tout petit* », et créer un environnement stable, prévisible, dans lequel les relations affectives « *secure* » puissent se construire. La satisfaction des besoins de sécurité physique et affective conditionne la satisfaction des autres besoins. En conséquence, les acteurs de la démarche relative au consensus relatif aux besoins fondamentaux de l'enfant en protection de l'enfance, retiennent le postulat selon lequel, le besoin de sécurité est un besoin nécessaire tout au long de la vie. Il prévaut sur tous les autres, en cela il est un méta-besoin qui conditionne l'appropriation des autres besoins eux-mêmes fondamentaux : le besoin d'expérience, le besoin d'un cadre souple mais structuré par des limites et un cadre, le besoin d'estime de soi et de valorisation de son image, le besoin d'identité.

2.2.1 Les besoins des enfants en protection de l'enfance : des besoins à compenser

Les mineurs accueillis en protection de l'enfance ont été exposés le plus souvent à des environnements familiaux et sociaux instables, à des figures d'attachement discontinues, elles-mêmes en situation de grande vulnérabilité. La confrontation des enfants à ces situations adverses, compromettent leur développement en « *ayant pu affecter tant la sphère somatique que psychique, affective, relationnelle, et/ou cognitive, et sociale* »³⁴.

L'évaluation des effets de l'impact sur le développement de l'enfant sera « *variable et singulier* »³⁵ liés aux caractéristiques de l'enfant lui-même. L'abondante littérature internationale a démontré les effets délétères des négligences, des violences, des ruptures, auxquelles peuvent être soumis les enfants. Ces effets sont d'autant plus aigus

³³ Termes employés par D. Winnicott repris dans le document suscité

³⁴ Démarche de consensus sur les besoins fondamentaux de l'enfant en protection de l'enfance : Rapport remis par le Dr Marie-Paule Martin-Blachais à Laurence Rossignol, Ministre des familles, de l'enfance et des droits des femmes. 28 février 2017 P.83

³⁵ Ibidem p.15

du fait de l'âge des enfants, de l'existence d'un handicap, de la récurrence /ou de l'intensité de l'exposition. Ainsi le besoin de sécurité lorsqu'il est entaché et entravé, et ce dans la mesure où il surplombe les autres besoins, altère l'émergence de la sécurité interne du sujet et de ce fait restreint ses capacités d'apprentissage, de perception du monde qui l'entoure, réduit et/ou modifie ses compétences psychosociales. La discontinuité des figures d'attachement, telles que les séparations, peut conduire quant à elle, « *certaines enfants à entrer dans le cercle vicieux de la succession de placement-rejet-placement-rejet, rendant à chaque étape la réaction du jeune plus intense et prolongée à la séparation initiale, l'acceptation et l'intégration dans un nouveau lieu de suppléance de plus en plus difficile et donc de plus en plus rejetant* »³⁶. De fait, la compromission du besoin de sécurité oblitère la capacité du sujet à poursuivre un développement physiologique et psychologique satisfaisant.

Ces éléments préjudiciables au sujet devront trouver des réponses de « *compensation adaptées* »³⁷. Ces réponses ne peuvent se construire seulement si les intervenants s'approprient la théorie selon laquelle l'enfant « *l'enfant a des besoins et des besoins différents, mais aussi que c'est à lui, l'adulte, qu'il incombe d'y répondre* ».

Pour reprendre les propos de Maurice Berger, auditionné et cité dans le cadre de la démarche de consensus, l'enjeu peut être résumé sous la forme d'un triple A « *J'ai fait le rêve d'une société qui garantirait à chaque enfant de pouvoir le protéger de manière à ce qu'il puisse **apprendre** pour pouvoir un jour travailler et s'assumer, à ce qu'il puisse **s'affirmer** positivement sans attaquer les autres, et à ce qu'il puisse **appartenir** à des groupes, accepté et reconnu pour qui il est* »³⁸

2.3 La notion de parcours, un nouveau paradigme

La notion de parcours s'est introduite progressivement en quelques décennies en matière d'action sociale. Plusieurs lois introduisent ce concept de parcours : la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, et la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des patients, confortent cette approche. Par ailleurs, on retrouve cette notion particulièrement dans le champ du sanitaire spécifiquement à travers la loi de financement de la sécurité sociale qui définit l'offre de soin autour du parcours de soin de la personne. Plus récemment, les lois du 11 février 2005 relatives à l'autonomie et la citoyenneté des personnes handicapées, celle du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance confirmée par la loi du 14 mars 2016 intègre cette notion. Dorénavant, le vocable de *parcours* traverse les politiques publiques et ses champs d'intervention à travers les expressions suivantes : parcours de soin, professionnel, parcours de vie. Ce

³⁶ Ibidem p.85

³⁷ Ibidem p.12

nouveau paradigme peut être articulé à la notion de projet de vie et sa déclinaison opérationnelle dans le secteur médico-social est le projet personnalisé.

2.3.1 Un nouveau cadre conceptuel pour l'action sociale

Ce concept qui traverse l'ensemble des textes fondamentaux, façonne dorénavant « *le droit de la santé et celui de l'aide et de l'action sociale* »³⁹. Il devient par la même indissociable du droit des personnes dans la mesure où il « *entérine le recentrage sur la personne et ses besoins et signe l'adoption d'une vision dynamique de l'existence* »⁴⁰, et ce dans un environnement aujourd'hui modifié, repensé pour être un facteur d'inclusion. La conception des politiques publiques s'est construite en lien avec des besoins sociaux catégoriels différenciés, créant une représentation sectorielle, parfois standardisée des champs d'intervention, une segmentation des interventions, une spécialisation des métiers. En conséquence, ces cloisonnements produits « *entrent en contradiction avec le caractère multidimensionnel des publics à traiter notamment le besoin de réponses globales, cohérentes...ceci est particulièrement le cas quand ces situations sont complexes et font appel à plusieurs compétences, plusieurs formes d'accompagnement* »⁴¹

Désormais il ne s'agit plus de travailler pour autrui mais avec autrui. C'est ainsi que la notion de parcours de l'usager doit être corrélée avec l'adaptation de réponses individualisées au regard de son besoin singulier mais aussi en lien avec ses droits. Nous l'avons vu précédemment, la complexité des situations rencontrées nécessite l'intervention d'une pluralité d'acteurs et/ou de dispositifs qui invite des collaborations pluridisciplinaires, pluri professionnelles. Cette nouvelle conception oblige à « *un repositionnement significatif entre les institutions, les dispositifs et génère de nouvelles missions pour les professionnels* »⁴². Cette logique de parcours, aujourd'hui, « *bouscule les pratiques à l'intérieur même des établissements et services aussi bien que dans leur rapport à leur environnement* ».⁴³ Ainsi, la notion de parcours met en premier plan « *l'enjeu de l'évolution des pratiques professionnelles, et la place de la coopération au sein de celles-ci dans un contexte d'interdépendance croissante* ».⁴⁴

³⁸ Ibidem p.44

³⁹ Chognot C., novembre 2015 -UNIOPSS. Journée d'étude Conférence de territoire de la Meuse. P.2

⁴⁰ Loubat J.R., juillet/août 2013. « *Transitions, continuité et ruptures dans les parcours individuels de prise en charge : impacts sur les trajectoires* ». Cahiers de l'actif n°446-447

⁴¹ CNSA Rapport 2012 « *Promouvoir la continuité des parcours de vie* ».p.35

⁴² Ibidem .35

⁴³ Chognot C., Novembre 2015 Journée d'étude Conférence de territoire de la Meuse. UNIOPSS P.4

⁴⁴ CNSA Rapport 2012 « *Promouvoir la continuité des parcours de vie* » : *d'une responsabilité collective à un engagement partagé* ». P.45

2.3.2 Une nouvelle donne ; la sécurisation du parcours de l'utilisateur

La loi du 14 mars 2016 a introduit dans son titre 2 l'impératif de « travailler à la sécurisation du parcours de l'utilisateur en protection de l'enfance ». Le Projet Pour l'Enfant (PPE), outil créé par la loi du 5 mars 2007 est sa déclinaison. Son opérationnalité rarement mise en place par les départements, se voit renforcé dans la loi du 14 mars 2016. Utilisé de manière pluridisciplinaire, dans une dynamique de partage et de co-construction, le PPE est un des moyens proposés pour sécuriser le parcours de l'utilisateur.

Comme écrit précédemment, la notion de parcours est associée à celle de « parcours de vie » autour duquel doit se décliner une continuité de la prise en charge et de l'accompagnement. Pour autant, il convient d'intégrer le paradoxe qu'un parcours de vie est rarement linéaire, qu'il comporte de l'imprévisibilité. Le parcours de vie d'un individu est par conséquent un itinéraire inédit, singulier, dont la construction lui est propre. La protection de l'enfance est confrontée par essence, à des mineurs très vulnérables, marqués en premier lieu par une discontinuité des liens, une inadéquation des réponses à leurs besoins fondamentaux. Les services de l'Aide Sociale à l'enfance et par délégation les établissements ont la délicate mission d'organiser des modalités d'hébergement et d'accompagnement protectrice répondant aux besoins fondamentaux des personnes accueillies. Or, force est de constater que le parcours des individus en protection de l'enfance est souvent discontinu, émaillé de ruptures, se surajoutant de fait aux expériences initiales, elles-mêmes traumatiques.

L'importance de travailler à la continuité et à la cohérence des parcours des individus est donc un objectif actuel fondamental eu égard aux constats établis tout au long de cet écrit. La multiplicité des intervenants, l'intrication des dispositifs semblent produire plus de ruptures alors même que les politiques publiques nous enjoignent de centrer les pratiques professionnelles sur la notion de parcours, de projet personnalisé, et pour finir de Projet Pour l'enfant. Quels sont les outils à créer pour sécuriser le parcours des usagers les plus vulnérables ? Quelles sont les modalités organisationnelles à mettre en œuvre pour garantir une cohérence des actions pour les personnes accueillies en protection de l'enfance, dans l'établissement ? Compte tenu de l'évolution des caractéristiques de la population accueillie tant en protection de l'enfance que dans le champ du handicap, l'organisation de l'accompagnement ne peut plus être la résultante de hiérarchies entre acteurs et de cloisonnements de l'organisation. « *L'interdépendance entre acteurs individuels et institutionnels devenue déterminante* »⁴⁵, nécessite l'élaboration d'une organisation institutionnelle permettant « *une perception partagée de l'ensemble du parcours* »⁴⁶ des jeunes en situation complexe.

⁴⁵ Ibidem P.45

⁴⁶ Ibid.p.45

2.4 Le projet d'établissement : une nouvelle gouvernance comme réponse à ces nouveaux paradigmes

2.4.1 La transversalité

L'IDEFHI a inscrit dans son projet d'établissement 2016-2020 un axe stratégique instaurant une nouvelle gouvernance fondée sur la transversalité et le pilotage par objectifs⁴⁷. Cette orientation approuvée par le conseil administration le 16 décembre 2016 a été mise en place le 1^{er} janvier 2017.

Cette nouvelle gouvernance trouve son origine précisément dans l'autodiagnostic stratégique réalisé en 2014, présenté dans une matrice S.W.O.T⁴⁸. Plusieurs faiblesses ont été identifiées : une communication difficile et insuffisante entre les services éducatifs (opérationnels) et également avec les services supports (fonctionnels), une forte inertie de l'organisation, un manque de fluidité des parcours des personnes accueillies. On retrouve également ces trois constats dans la restitution du diagnostic des risques psycho sociaux mise en place en 2015 en direction des salariés de l'établissement.

Les éléments constitutifs qui émaillent cet écrit jusqu'à présent ont révélé la nécessité d'établir des activités transverses permettant des articulations interservices, intra services et pour finir inter-institutions. Celles-ci sont indispensables dorénavant pour apporter des réponses « sur mesure » aux situations jugées complexes. Nous retrouvons cette assertion en ce qui concerne les personnes accueillies, sous la forme de fiches actions dans le projet d'établissement 2016-2020: « *Mieux prendre en compte les enfants confiés à l'ASE et relevant d'une décision de la MDPH* » et dans l'axe 2 en ce qui concerne l'organisation, « *Adapter les dispositifs et infrastructures aux besoins des usagers* ».

La transversalité peut être représentée par « *la capacité à faire se répondre des situations non homogènes entre elles ; la capacité à affronter des dimensions non réglées d'avance ; la capacité à tirer parti de l'incertitude pour innover ; la capacité à trouver des réponses non connues au départ, toujours imparfaites et qui dévient par rapport aux règles établies de l'organisation* ». ⁴⁹. Ainsi, le management transversal oblige le décloisonnement, réunit et associe les métiers, les compétences et les ressources humaines autour d'une finalité partagée afin d'obtenir de meilleurs résultats. Il s'agit dorénavant de mobiliser et de développer l'intelligence collective.

⁴⁷ Projet d'établissement 2016-2020 Axe n°3. P.82

⁴⁸ S.W.O.T : Strengths (Forces), Weaknesses (faiblesses), opportunities (opportunités), Threats (menaces)

Dès lors, il convenait d'adapter le fonctionnement de l'établissement afin de répondre aux faiblesses relevées dans l'autodiagnostic.

Intégrer la transversalité dans les pratiques professionnelles est un objectif qui ne peut être réalisée sans une définition et une mise en œuvre d'une nouvelle structure organisationnelle, traduite par la mise en place d'une organisation matricielle. Cependant, avant de décliner les avantages de cette nouvelle organisation, il est opportun d'approcher les caractéristiques de cet établissement.

L'IDEFHI, comporte des éléments de complexité au sens d'une organisation « composée d'éléments divers et entremêlés », du fait de sa taille importante, mais aussi en raison des particularités multiples qui le composent. : Une dualité entre services éducatifs (opérationnels) et services supports (fonctionnels), trois territoires de taille différente, deux secteurs d'activité (protection de l'enfance et champ du handicap), une hétérogénéité des services éducatifs ayant leurs propres caractéristiques : une répartition de places habilitées différentes (de 42 places à 261), des disparités dans les taux d'encadrement éducatifs et dans la constitution des équipes de direction, des unités d'hébergements variables dans leur nombre de places, une diversité des modes d'intervention.

Ces éléments constitutifs d'une construction historique ont généré des cloisonnements interservices, une prévalence organisationnelle de type hiérarchique, une faible institutionnalisation de l'ouverture de l'établissement sur son environnement. La démarche de décloisonnement initiée en 2006, déclinée par la création de 2 pôles (pôle enfance famille et pôle handicap) montrait la volonté d'intégrer des activités transverses par le partage de pratiques par champ d'intervention. Cependant, ses limites ont été posées, et en 2014 cette organisation a disparu au bénéfice d'un unique service, non hiérarchisé, la Direction des Politiques d'Accompagnement. Ce service d'une certaine manière fédère les services opérationnels en mutualisant leurs compétences pour mener des chantiers transversaux sur le mode projet, et soutenir les aspects qualitatifs de l'accompagnement éducatif. De fait, les prémisses de la transversalités étaient déjà en cours.

2.4.2 Une organisation matricielle, en réponse au besoin de transversalité

L'IDEFHI a structuré historiquement son organisation sur le principe d'une unicité de commandement, chaque salarié ne dépendant que d'un seul supérieur hiérarchique. Si cette dernière présente l'avantage de repérer facilement la fonction de chacun, son rôle dans l'organisation, elle « présente l'inconvénient d'une segmentation, d'un cloisonnement et d'une déresponsabilisation »⁵⁰.

Afin de décliner l'organisation propice à la mise en place d'une transversalité globale à l'établissement, un groupe projet s'est mis en place en 2016 dans cet objectif. C'est dans

⁵⁰ Bouquet B., p.3/15. <https://www.cairn.info/article>

ce contexte que l'élaboration d'une organisation matricielle s'est imposée comme une modélisation possible des actions à conduire. Celle-ci repose sur l'articulation de « *deux types de responsabilités, sans domination hiérarchique formelle l'une sur l'autre, indépendantes dans leurs principes respectifs, mais liés intrinsèquement par un jeu d'interdépendance* »⁵¹. L'organisation matricielle permet d'apporter des réponses à la complexité à l'œuvre dans l'établissement non pas dans un souci de simplification, mais plutôt en agissant sur les interfaces des services opérationnels et fonctionnels en créant les interrelations nécessaires. Ses objectifs sont de favoriser et faciliter les circuits de décisions, d'informations et de communications, optimiser les compétences et les expertises au bénéfice de tous. L'organisation matricielle modifie le rôle des professionnels, dans la mesure où elle implique une méthodologie de travail de type « conduite de projet » et un pilotage de l'action participative par objectifs. Par ailleurs, elle permet aux professionnels d'être acteur, tantôt chef de projet, ou participant. Cette L'organisation transversale offre l'avantage de favoriser la réflexion partagée dans l'organisation. Toutefois, elle peut provoquer des doublons, provoqué une certaine confusion et une opacité institutionnelle car « *l'existence de doubles hiérarchies non assorties d'une clarification de fonctions multiplie les occasions d'ordre multiples* »⁵². Par ailleurs, la mise en œuvre de réunions transversales peut s'entrechoquer avec les organisations propres des services, créant des chevauchements.

Il y a donc lieu de créer les conditions d'appropriation de cette démarche par le développement d'une culture projet par les équipes de direction mais aussi en homogénéisant la taille des services opérationnels afin de les doter des ressources humaines suffisantes pour coordonner les actions transversales. C'est dans ce contexte, que s'est initialement inscrit le regroupement du Service d'Accueil d'Urgence et le service d'Accueil Familial Renforcé.

Créer les conditions de la transversalité pour ces deux services doit permettre d'optimiser l'accompagnement des jeunes en situation complexe.

Cependant, avant le développement de ce projet, qui sera l'objet de cette troisième partie, il est nécessaire de préciser pour chacun des services, quelles sont leurs limites, leurs particularités, leurs forces, dans l'accompagnement actuel des jeunes au situation complexe.

⁵¹ Cadre et modalités de fonctionnement de l'organisation matricielle à l'IDEFHI. P.8

⁵² Bouquet B

2.5 Le SAU et l'AFR : deux services confrontés aux situations complexes

Le Service d'Accueil d'Urgence

Le SAU est un service dans lequel la vie institutionnelle est cadencée par le mouvement continu des entrées et sorties. Son taux d'occupation annuel ne connaît pas de réel fléchissement et oscille entre 97% et 99,8% de taux d'occupation. Le sureffectif d'un ou 2 lits est une réalité quotidienne, 112 jours sur 365 jours par an. La moyenne de séjour est en concordance avec la convention signée avec le département. Toutefois, elle est à pondérer dans la mesure où cette moyenne intègre les Accueils Provisoires d'urgence⁵³ 72 heures et les ruptures de fins de prises en charges aux motifs de fugues. Ainsi, si l'on soustrait ces caractéristiques, la durée moyenne dépasse la durée fixée à 3 mois par la convention.

Les dynamiques de groupe mouvantes du fait des départs et entrées quasi quotidiennes des usagers créent des environnements instables dans lesquels les professionnels doivent stabiliser des enfants et adolescents en situation de crise.

Dans son ouvrage, « *Penser le métier de directeur d'établissement social et médico-social* » J.M Miramon écrit « *Une organisation vise à mettre en cohérence les projets élaborés, les objectifs visés et les salariés pour les développer* ». En effet, diriger un service d'accueil d'urgence ne relève pas d'une démarche empirique. Bien au contraire, il s'agit de mettre en œuvre de manière rigoureuse des stratégies de travail efficaces et efficientes au service des usagers et des professionnels. Cela suppose de pouvoir s'appuyer sur des professionnels engagés qui en appui de fiches de poste claires construisent collectivement des stratégies éducatives,

Dans un contexte mouvant, incertain, le rôle du directeur est prépondérant pour soutenir l'ensemble des acteurs dans l'accomplissement de leur mission. En terme managérial, il s'agit de construire des dispositifs de travail qui allient la protection et la sécurité de tous, et qui permettent les collaborations pluridisciplinaires et interdisciplinaires partagées, car indispensables. Les deux cadres de direction et les deux coordinatrices sont les collaborateurs de première ligne du directeur pour piloter les actions relatives au projet individualisé d'orientation du jeune, pour maintenir le dynamisme du processus « accueil, évaluation, orientation » et garantir tout au long de processus l'effectivité du droit des usagers et de leurs protections. Un service d'accueil d'urgence est traversé quotidiennement par des situations de crise d'adolescents et enfants dans les unités de vie pour lesquelles l'équipe de direction et l'équipe pluridisciplinaire sont régulièrement

⁵³ APU 72 heures : Accueil provisoire d'urgence 72 heures

sollicitées par les équipes éducatives. Les symptômes bruyants des jeunes fragilisent la vie quotidienne des unités de vie, exacerbent les ressentis des professionnels de « terrain ». Durant ces temps de crise, le directeur doit porter des valeurs de tempérance et considérer que « *L'équipe est en ce sens un collectif rassemblé par des épreuves partageables et non par des appartenances ou des conceptions communes* ». ⁵⁴

2.5.1 La notion d'accueil d'urgence, une notion toute relative

« *L'urgence découle de la nécessité de soustraire l'enfant à son environnement familial pour assurer sa protection. A cette sécurisation immédiate du mineur s'ajoute une évaluation de sa situation et le choix de son orientation* » ⁵⁵. Telle est la mission régalienne d'un service d'accueil d'urgence qui doit structurer son organisation en termes de moyens à affecter et en termes de processus à mettre en place. Dans la réalité, l'origine de l'urgence et ses motifs sont plus larges. Nous retrouvons, des mineurs en fugues, des mineurs isolés, des adolescents ou enfants déjà confiés à l'ASE en rébellion, en rupture avec leurs assistantes familiales, leurs foyers. Des situations dans lesquelles il y a nécessité de modifier la prise en charge au regard de la situation de crise. Par ailleurs, la mise en œuvre trop longue des ordonnances de placement ordonnées par les juges des enfants provoquent l'arrivée des mineurs dans un SAU. Pour finir, on retrouve « *les situations les plus ardues à prendre en charge* » ⁵⁶.

L'urgence : « *cela sous-entend un danger vital qui suppose une rapidité de l'action où la réponse ne peut se faire attendre (...), intimement lié à la notion de détresse révélée par la réalité d'un sujet qui ne peut s'en sortir seul dans un état de crise* », qui se manifeste par un déséquilibre « *mais annonçant un changement* » ⁵⁷. Nous retrouvons cette assertion dans la définition établie conjointement par l'IDEFHI et l'ASE du département qui considère urgente, toute demande dont la situation du mineur impose un accueil dans les plus brefs délais ne pouvant excéder 48 heures Elle permet de la différencier d'une demande d'admission préparée.

La mission du Service d'accueil d'urgence, défini dans son projet de service s'ancre sur le triptyque suivant, « *l'accueil, l'évaluation, l'orientation* ». L'accueil du mineur est réalisé sur un temps délimité qui ne doit pas excéder la durée de 3 mois. Ce délai a été fixé dans une note de service conjointe entre le Département et l'IDEFHI en septembre 2008. Celle-ci fixe, par ailleurs, le rôle et la place des acteurs dans le processus de l'évaluation,

⁵⁴Ravon B., « *Refaire parler le métier. Le travail d'équipe pluridisciplinaire : réflexivité, controverses, accordages* ».P.109

⁵⁵ IGAS. Rapport sur le contrôle du dispositif d'Accueil d'urgence de l'ASE. Rapport de synthèse. Février 2008

⁵⁶ Delmas.M., 2012. « *Au cœur de l'urgence. Témoignage* » *Empan* (n°85) P.167-171.P.167

⁵⁷ Ibidem p 167

conduisant à l'énoncé d'un projet d'orientation, prémisse d'un projet de vie. La « *prise en charge limitée dans le temps rend compte de la dimension passagère de l'accompagnement* »⁵⁸

La notion de temps est donc au cœur de la problématique de l'accueil en urgence : le temps de l'accueil, le temps qui s'écoule en attendant la réorientation, le temps du départ. Accueillir en urgence suppose qu'une place soit toujours disponible pour répondre à une demande de l'ASE ou du Procureur. Ainsi, Cette assertion entraîne l'enchaînement d'actions dès l'arrivée du jeune qui, in fine, doit permettre de proposer à la personne accueillie une orientation adaptée à ses besoins. « *Accueillir de jour comme de nuit et pour un temps courts des jeunes en crise et en danger implique une définition claire et radicale des places, des rôles et des missions de chacun*²⁵⁹ ». C'est ainsi que le service d'accueil d'urgence propose un « *espace de protection, puis organise et articule le départ vers un ailleurs* ».⁶⁰

2.5.2 L'orientation source de tensions entre les services de l'IDEFHI

La fluidité des orientations reste le point de tensions entre les services éducatifs de l'IDEFHI et de l'ASE. Assurer une mission régaliennne suppose de proposer de manière quasi-quotidienne quelques places vacantes. Si ces places ne le sont pas faute d'orientations effectives, il incombe aux autres services de protection de l'enfance de l'IDEFHI d'assurer cette mission de service public. Or, entrer dans cette logique contraint chacun des services à sortir de son propre projet. En cela, les orientations issues du Service d'accueil d'urgence ne peuvent être traitées isolément par le SAU, mais doivent être traités collectivement par l'ensemble des directions des services de protection de l'enfance de l'établissement. Chacun des services jusqu'en 2012 restaient enfermés dans ses propres logiques de « places » et de procédure d'accueil, peu enclins à se laisser « envahir » par le public du service d'accueil d'urgence et ce, dans un contexte d'évolution des profils accueillis. La lenteur des réponses ou l'absence de réponses relatives aux demandes d'orientations sollicitées ralentissait de fait les orientations, et alimentait la saturation du dispositif d'urgence engendrant des tensions relationnelles entre les services. La création d'une instance de régulation hebdomadaire organisée par la DPA dans lesquels siègent les 6 directeurs des services de protection de l'enfance de l'établissement, a favorisé la fluidité des orientations.

La gestion des délais d'orientation des usagers est une prérogative qui incombe à la Directrice du SAU. Les évaluations éducatives, psychologiques, scolaires, sont menées

⁵⁸ Delmas M., 2012 « *Au cœur de l'urgence. Témoignages* » P.168

⁵⁹ Ressiguiet M. « *Urgence d'hier, Urgence de demain* » P.172.

⁶⁰ Ibid. Delmas M., 2012 « *Au cœur de l'urgence. Témoignages* » P.168

conjointement sur une période de 6 semaines. Elles donnent lieu à la production de 3 écrits qui constitue le projet d'orientation ainsi que le dossier de demande d'orientation. Les projets sont construits en fonction de la situation du mineur (âge, fratries), du projet familial envisagé (retour en famille ou non).

La production d'évaluations pluridisciplinaires fournis par les professionnels est importante au regard du nombre d'entrées. Les deux coordinatrices du service sont responsables du cadencement du processus d'évaluation. Les prestations des services éducatifs de l'IDEFHI dans le secteur de la Protection de l'Enfance étant diversifiées (Placement Familial Renforcé, Service Enfance, Service Adolescents, Accueil d'adolescents porteurs d'un handicap), la majorité des orientations leurs sont destinées. C'est ainsi que 37% des orientations sont proposées et réalisées en internes contre 12% pour le secteur habilité. Il est à noter que 25% des jeunes fuguent avant que la réorientation ait pu être effective. Ce chiffre conséquent, identique d'années en années, concerne les adolescents et révèle la difficulté de faire adhérer des jeunes très «abîmés» par leurs parcours de vie.

Le maintien d'enfants et d'adolescents en situation de vulnérabilité dans un service d'accueil d'urgence, est préjudiciable à leur épanouissement du fait de la structuration du service. En effet, comme nous l'avons déjà indiqué, le nombre d'accueil annuel et mensuel est important. Cette année 40 enfants de moins de 12 ans ont été accueillis dans le groupe des enfants, pour 12 places habilitées pour cette tranche d'âge. La part des enfants de moins de 6 ans s'élèvent à 10 par an avec une durée d'accueil de 6 mois à 17 mois. Plus l'enfant est vulnérable, moins son orientation semble possible. Ainsi depuis 3 années, 3 enfants âgés de 4 ans à 9 ans sont restés entre 10 et 18 mois au service d'accueil d'urgence. Cela signifie que ces enfants, accueilli durant un an ont vu, rencontrer 39 enfants dans leur groupe de vie de vie.

Concernant les adolescents, le SAU a accueilli 92 adolescents en 2016. 14% d'entre eux étaient en situation de handicap et sont restés de 7 mois à un 11 mois. Certains auront vu passer dans leurs groupes de vie, 45 jeunes sur une période de 6 mois.

Peut-on considérer au regard de ces chiffres que le quotidien institutionnel d'un service d'accueil d'urgence offre les repères affectifs nécessaires à l'épanouissement d'un public considéré comme vulnérable ? Peut-on considérer que les équipes éducatives d'internat marquées par la discontinuité de leurs interventions suffiront à offrir un environnement suffisamment contenant ?

*« La pérennisation des accueils questionne quant à la mission de l'éducateur, à la place faite aux personnes accompagnées, ainsi qu'à la légitimité de l'institution...La pérennisation de ces accueils soi-disant temporaires, ainsi que la complexité des problématiques, met alors en exergue l'incohérence ambiante ».*⁶¹

⁶¹ Delmas M., 2012 « Au cœur de l'urgence, Témoignage » p.169

Comment construire un lieu apaisant dans un environnement mouvant ? Dans ce contexte, les enfants et les adolescents vulnérables, plus que les autres, s'attachent fortement aux éducateurs dans la mesure où ils représentent les seuls repères stables. Le moment de leurs départs du SAU devient alors un moment douloureux. Il y a quelques temps, une adolescente en partance nous a écrit à ce sujet, « *le SAU, c'est comme dans le film les « ch'tis » on pleure quand on arrive et on pleure quand on part* ».

2.5.3 Un travail intra disciplinaire indispensable : « Accorder ses violons »

Le travail en équipe pluridisciplinaire est la pierre angulaire de ce service dédié à l'évaluation des situations d'adolescents en « situation de crises » et d'enfants en situation de grandes vulnérabilités, dans leurs aspects familiaux, éducatifs, psychologiques, et scolaires. L'évaluation des situations en vue de construire une orientation adaptée aux besoins des usagers s'organise et s'effectue en appui d'une équipe pluridisciplinaire. Le choix de mener des évaluations distinctes est articulé à la volonté de rendre explicite le rôle de chaque intervenant afin d'éviter une confusion des rôles et tâches. Par ailleurs, au regard du nombre important d'entrées et de sorties, il convenait de rendre lisible pour les partenaires externes, les prestations dispensées. Les évaluations sont réalisées dans un espace-temps prescrit et contraint. Les évaluations sont conduites concomitamment par l'ensemble des équipes. La coordination des évaluations, la construction des projets individualisés d'orientation, sont encadrés par deux coordinatrices affectées, l'une aux adolescents, et l'autre aux adolescentes et aux enfants. Les collaborations interdisciplinaires sont quotidiennes et sont facilitées par la proximité géographique de l'équipe de direction mais également des psychologues, de la psychiatre et de l'infirmière. La réactivité de l'ensemble de ces protagonistes se traduit par un soutien auprès des équipes éducatives. Elle se traduit également par des instances réflexives hebdomadaires et par des analyses de pratiques mensuelles. Cela représente, à mon sens, une force pour donner des réponses éducatives composites à un public multiforme. Par ailleurs, cet ensemble crée un contenant psychique pour des enfants et adolescents en situation complexe.

L'expertise des professionnels éducatifs du SAU s'est construite sur des compétences acquise de manière empirique. En effet, à ma prise de fonction, la majorité des personnels éducatifs qualifiés avaient fui le service dans le cadre d'une mobilité interne, par refus du changement de la mission et par la crainte de ses impacts. Les postes vacants n'ont pu être couverts majoritairement que par l'embauche de personnels vacataires non diplômés. Au regard de cet élément, un effort conséquent en matière de formation a été réalisé sur une période de six années, afin que les agents éducatifs

détiennent les compétences et les qualifications indispensables à l'accompagnement éducatif des usagers.

Toutefois, du fait même que, « *Les professionnels de l'urgence doivent faire face à trois notions ; la crise, l'urgence et la détresse* »⁶², la mission d'accueil d'urgence bien que régaliennne, n'emporte pas l'adhésion des acteurs ; bien au contraire, l'image du service d'accueil d'urgence est négative. Accueillir les situations d'enfants et d'adolescents souvent considérés comme « les patates chaudes » des autres institutions, comme les « incasables » de l'ASE, créent d'emblée l'image d'un service soumis à la violence quotidienne des usagers, dans lequel les équipes peinent à trouver des réponses et du sens à leurs missions. Par ailleurs, le fait d'accueillir de manière immédiat, sans filtre, c'est-à-dire sans avoir la possibilité d'anticiper l'accueil, et donc de s'y soustraire, entraîne de la peur chez les professionnels des autres services. En effet, les services éducatifs en lien avec la loi du 2 janvier 2002 ont tous construits des procédures d'accueil leur permettant de mettre en place les processus d'appropriation nécessaires à la situation des personnes accueillies. Mais notons que ces procédures d'accueil qui se veulent garantes du droit des usagers voient la limite du droit posé, à travers la possibilité pour un service de refuser un accueil au motif de la complexité d'une situation. In fine, ces refus sont régulièrement traités par le SAU. Dans ce contexte, les professionnels de l'urgence ont le sentiment d'être « *la voiture balai de l'ASE* », et aucun personnel éducatif de l'IDEFHI ne souhaite travailler au service d'accueil d'urgence.

Le service de l'Accueil Familial Renforcé

A l'instar du SAU, le cadre réglementaire de la protection de l'enfance s'applique également à au service de l'AFR. En ce sens les politiques publiques relatives à la protection de l'enfance doivent y être déclinées. Tout comme le SAU, les enfants et adolescent(e)s accueillies présentent des troubles graves de la conduite et du comportement, et/ou un handicap. C'est le cas pour un tiers du public accueilli chez un(e) assistant(e) familial(e).

Pour la majorité des situations en placement familial renforcé, les jeunes présentent des troubles liés à des interactions parents/enfants non « *secure* ». La rupture des liens fondamentaux et leurs pathologies représentent l'ensemble des troubles liés aux troubles de l'attachement.

⁶² Delmas. M., 2012 « *Au cœur de l'urgence, Témoignage* » p.167

2.6 L'assistant(e) familial(e) : un travailleur social particulier

La loi n°2005-706 du 27 juin 2005 a rénové le statut professionnel des assistantes familiales, autrefois appelé « assistantes maternelles ». On retrouve cette dimension familiale dans le code de l'action et des familles à travers l'article L.421-2 «...son activité s'insère dans un dispositif de protection de l'enfance, un dispositif médico-social ou un service d'accueil familial thérapeutique. L'assistant familial constitue, avec l'ensemble des personnes résidant à son domicile, une famille d'accueil ». Par conséquent, « c'est l'ensemble de la famille qui est sollicité et reconnu apte à accueillir l'enfant ».⁶³

L'indication de placement familial résulte de deux constats : le premier est relatif à l'impossibilité pour ces enfants de vivre dans des unités de vie collectives traditionnelles au regard de leurs troubles. Le second est corrélé à la situation de placement, qui d'emblée est imaginée par les travailleurs sociaux de l'ASE, comme un placement long. Le placement familial apparaît alors plus en adéquation que le placement en unités collectives, dès lors qu'il est considéré comme long. Le placement familial peut procurer à l'enfant « des expériences d'attachement nouvelles, correctrices et positives, lui permettant de reprendre un développement de bonne qualité sur le plan relationnel, cognitif et émotionnel...(...). Ainsi se dessine une perspective du placement familial, qui, loin de se limiter au simple hébergement d'un enfant, constitue une réponse spécialisée de soin des troubles du lien parent-enfant ayant rendu nécessaire la mesure de séparation »⁶⁴

Toutefois, si cette indication est souhaitable pour l'enfant, celui-ci vit ce trouble précoce de l'attachement de manière durable dans sa relation à l'autre, dans sa relation au monde. La particularité de la situation de placement familial repose sur le fait que l'enfant aura à vivre une situation de double attachement, celui avec sa famille d'accueil. En effet, l'activité de l'assistante familiale s'inscrit dans l'intimité de sa vie familiale et dans le partage avec l'enfant de sa vie quotidienne. L'essentiel de son travail réside dans la relation qui se noue et existe entre elle et l'enfant, élargie aux autres membres de la famille.

« Si l'enfant a besoin de continuité, il s'agit de continuité psychique », celle que Winnicott a appelé le sentiment continue d'exister...(...), la vraie question n'est pas comment éviter toute rupture mais plutôt comment éviter à l'enfant des ruptures non élaborées et comment l'aider à élaborer au mieux celles qu'il a connues »⁶⁵. Cette problématique et

⁶³ Allard C., 2017 « Pour réussir le placement familial » 5^{ème} Edition actualisée, Actions Sociales, Editeur ESF P.102

⁶⁴ ONED, 2015. *Accueil familial : quel travail d'équipe ?* Rapport d'étude de Anne Oui, chargée de mission p.43.

ses manifestations parfois bruyantes, suppose d'organiser des modalités de soutien afin de ne pas laisser la famille et l'assistante familiale désarmées face à l'enfant ou à l'adolescent. Aussi, les adultes, a fortiori les professionnels doivent avoir le souci permanent d'anticiper, de bâtir des projets, de se coordonner pour lutter contre l'imprévisibilité des symptômes qui surgissent dans une famille d'accueil. Un maillage étroit organisé par une équipe pluridisciplinaire est donc indispensable pour renforcer les interventions de l'assistante familiale d'une part et protéger l'enfant d'autre part. Le référentiel professionnel du métier postule l'existence de telles équipes autour du placement familial en stipulant que « *le travail de l'assistant familial s'inscrit dans un projet éducatif global qui nécessite un ensemble d'interventions psycho-socio-éducatives spécifiques à chaque enfant, adolescent ou jeune majeur. En conséquence, l'assistant familial fait partie de l'équipe pluridisciplinaire d'accueil familial permanent et à ce titre participe aux réunions d'évaluation et/ ou de synthèse sur la situation du ou des enfants accueillis* »⁶⁶

2.6.1 Une équipe pluridisciplinaire Renforcée

Le service de l'accueil Familial Renforcé est composé majoritairement d'assistantes familiales (85) soutenu par deux équipes éducatives (16 ETP) et une équipe médico-psychologiques (7,5 ETP) encadrées par deux cadres hiérarchiques. Un secrétariat composé de trois agents complètent ce service. Son organisation permet la mise en œuvre d'une astreinte éducative 24h/24 et 7j/7.

Relativement à un accueil familial classique, l'accompagnement est dit renforcé du fait des taux d'encadrement proposé et des processus d'action mis en place. En effet, un éducateur est référent de 10 situations dans le service de l'AFR, alors même que l'ASE propose un éducateur référent pour 28 situations dans son service d'accueil familial. La spécificité de ce service réside dans l'octroi conséquent de ressources humaines, aux métiers différents. Un enfant accueilli à l'Accueil Familial Renforcé est pris en charge par une équipe pluridisciplinaire. La spécificité du travail est notamment articulée autour de l'inter relation entre les professionnels, intervenant auprès de l'enfant, dans le but de proposer le maillage le plus serré possible autour de l'accompagnement de cet enfant et de sa famille tout au long du placement et, le cas échéant, dans la perspective d'un retour en famille.

L'espace de travail ainsi construit permet un cadre de réflexion et de soutien commun envers l'enfant et son assistante familiale. Des espaces de rencontres, de réflexion sont organisés tout au long de l'accueil entre éducateurs et assistants familiaux, éducateurs et

⁶⁵ Allard C., 2017 « *Pour réussir le placement familial* » 5^{ième} Edition actualisée, Actions Sociales, Editeur ESF P.102

⁶⁶ Ibidem P.45

psychologues, éducateurs et assistants familiaux à leurs domiciles, psychologues et assistants familiaux. Cette configuration est dupliquée pour les usagers.

2.6.2 Particularités et Problématiques rencontrées à l'AFR

A la différence du SAU, l'accueil en urgence est marginal et lorsqu'il se réalise ce n'est pas par défaut de place au SAU mais parce que la situation de l'enfant le nécessite. Cela concerne prioritairement les enfants de moins de 3 ans.

L'accueil d'un usager au service de l'AFR est inscrit dans une procédure d'accueil relativement longue (1 mois), durant laquelle se réunit l'équipe pluridisciplinaire qui évalue la pertinence de la demande et recherche l'assistante familiale qui pourrait répondre aux besoins de l'enfant. L'accueil ne se réalise avec cette dernière qu'avec son accord. De fait, l'absence d'un lieu d'accueil est rendu possible. Cette situation est évidemment préjudiciable pour les enfants en situation complexe qui malgré leurs besoins d'évoluer dans un environnement familial se verront orientés dans des unités collectives. Ainsi, le mouvement d'entrées et de sorties des usagers est relativement bas, les moyennes de séjour sont de quatre années, tandis que les entrées et sorties de ce service ne représentent que 10%.

2.6.3 Evolution des situations complexes dans le service de l'AFR

De par sa mission, ce service accueille des enfants et adolescents qui relèvent du champ du handicap (29%). Pour autant, cela ne signifie pas que l'ensemble de cette population est en « situation complexe », tel que je l'ai présenté en première partie. Toutefois, l'équipe de direction de ce service relève un nombre d'enfants en situation de déscolarisation du fait de leurs troubles mais aussi des enfants et adolescents porteurs de troubles psychiques. Par ailleurs, le rapport d'activité 2016 fait état de huit ruptures de prises en charge initiée par les assistantes familiales au regard des troubles manifestées par ces enfants ou adolescents à leur domicile. Ces troubles sont la plupart du temps, présentés comme handicapant la vie relationnelle au sein de la famille mais aussi la vie sociale des familles d'accueil. Dès lors, les préjudices subis par la famille élargie, enfants et conjoints, sont mis en avant pour appuyer la demande de fin de prise en charge. Réglementairement, les assistantes familiales ont la possibilité de signifier leur refus de continuer l'accueil d'un enfant à leur domicile pour des motifs suscités. Le directeur du service a alors un délai d'un mois pour rechercher un lieu pour l'enfant. Les marges de manœuvre de ce service sont réduites. Il s'agit dans un délai court de trouver une place dans une autre famille d'accueil. Cela suppose qu'une place soit « libre » dans une autre famille et qu'elle corresponde aux besoins de l'enfant, mais également aux possibilités de l'assistante familiale. Quant à la nécessité d'une réorientation en MECS, elle demande

toujours un délai d'attente qui nécessite de trouver une solution d'attente, c'est-à-dire un accueil relais chez un assistant familial. Anticiper ces situations de ruptures est une prérogative de l'AFR, qui pourrait être confortée par le regroupement des deux services. La préoccupation des professionnels de ce service est de limiter les situations de rupture dans le parcours des enfants et adolescents et d'inscrire les usagers dans une dynamique de parcours séquentielle, pensée.

A l'issue de la description de ces deux services, je constate que les modes de réponses pour garantir les missions de la protection de l'enfance sont différentes. Pour autant, elles ne s'opposent pas dans la mesure où leur point de jonction réside dans l'accueil de l'enfant et d'adolescents en situations complexes. Par conséquent, ces modalités de réponses bien que différentes peuvent être appréhendées comme complémentaires dans la mesure où les personnes accueillies relèvent des mêmes problématiques. Le caractère multidimensionnel des enfants adolescents à accompagner nécessite, comme exposé précédemment, des réponses globales, coordonnées et cohérentes. Elles sont à créer dans l'organisation elle-même. Il m'apparaît alors indispensable de construire les passerelles organisationnelles nécessaires pour l'élaboration d'une réflexion continue et des actions coordonnées relative à la sécurisation du parcours des enfants et adolescents.

Conclusion de la deuxième partie

Au sujet de la politique publique de la « Protection de l'enfance », la loi et la feuille de route 2015-2017 affichent comme objectif prioritaire celui d'assurer une meilleure cohérence, en ce qui concerne les dispositifs, les pratiques et l'articulation interinstitutionnelle.

La fusion prochaine des deux services SAU/AFR établie par la direction générale est significative de la nécessité de créer des espaces transverses pour optimiser le parcours des usagers aux situations complexes et prévenir les situations de rupture des personnes accueillies. Ce regroupement prochain est conforté par les axes de travail traduits dans le nouveau schéma départemental.

Cette nouvelle configuration représente, pour ma part un levier d'action possible. Cette fusion offre l'opportunité de définir une structuration organisationnelle qui réponde avec souplesse et intelligence à cet enjeu complexe de l'adaptation de nos réponses. Il s'agit alors de s'extraire des logiques de service construites antérieurement pour introduire la notion de transversalité à partir de ce regroupement. L'enjeu ici est de créer un contexte de travail favorisant les actions transverses pour optimiser le traitement des situations complexes d'une part et prévenir le morcellement des parcours d'autre part.

C'est dans ce contexte qu'il faut comprendre le choix de regrouper deux services ; la possibilité pour une entité de redéfinir le lien avec son environnement et se faisant offrir plus de stabilité pour les usagers.

3 Vers une organisation intelligente : le regroupement de deux services éducatifs

« L'organisation intelligente doit posséder une capacité d'anticipation et une souplesse adaptative qui lui permettent de rendre plus intelligibles son environnement et son rapport avec celui-ci⁶⁷ ».

3.1 Piloter la fusion de deux services éducatifs

Par lettre de mission en date du 15 avril 2016, j'ai été nommée préfiguratrice par le Directeur Général de l'établissement, pour conduire le regroupement des deux services éducatifs du SAU et l'AFR au 1^{er} janvier 2017.

Dans ce document, il était indiqué : *« Cette nouvelle entité dont il faudra préciser le nom, sera composée d'un directeur et d'un adjoint, d'une équipe administrative dirigée par une responsable administrative, d'une équipe médico-psychologique et des unités éducatives actuelles.*

Deux thématiques devront être traitées, celle relative à l'élaboration d'un projet de service commun et celle relative aux questions immobilières. »

Par ailleurs, le Directeur Général me précisait de conduire cette fusion en mode projet en mettant en place une équipe projet et un comité de pilotage. La déclinaison de la méthodologie de projet, les étapes de travail devront être présentées dans un document cadre.

Au moment où je rédige ce mémoire, la réalisation du regroupement n'est pas encore effective, elle est dorénavant prévue au 1^{er} janvier 2018 du fait de la problématique organisationnelle et humaine induite. Ainsi, ce projet de rapprochement s'inscrit, de mon point de vue plutôt dans un processus que dans la mise en œuvre stricto sensu d'un projet organisationnel. Sa mise en œuvre ne pouvait être envisagée sur un court terme du fait même de sa complexité et de son impact sur les modes de pensées des professionnels. A mon sens, ce regroupement vise un changement à deux niveaux. D'une part, il va modifier à terme l'action et les modes opératoires de l'accompagnement en inscrivant les actions des professionnels dans la transversalité, ce qui est nouveau. D'autre part, il transformera les régulations entre les acteurs, en limitant les « entre soi », en s'appuyant sur des processus d'apprentissage collectif afin de créer de nouvelles modalités de travail.

⁶⁷ LOUBAT J.R Les cahiers de l'actif n°446-447 p.17 in « *Parcours et projet de vie, vers une reconfiguration de l'action Médico-Sociale* »

Le pilotage de ce regroupement ne va pas de soi. En effet, « *Si le changement se décide dans un bureau, il se construit sur le terrain avec les principaux intéressés* »⁶⁸. Ainsi, s'il est certes possible de décréter la mise en œuvre du regroupement et de sa composante, la transversalité, sa réalisation, pour autant, suppose d'être explicitée et animée. En effet, la question du sens du regroupement est sans nul doute l'enjeu majeur pour les professionnels de ces deux services. Si les professionnels exercent la même mission, la temporalité différente dans laquelle elle s'exerce, les statuts et qualifications différentes des professionnels des deux services présentent des freins et des résistances, dont il m'a fallu tenir compte. La lettre de mission émise par le directeur général relative à l'élaboration d'un projet de service commun ouvrait, certes, la possibilité d'une collaboration partagée sur les thématiques relatives aux usagers. Cependant, elle impliquait un changement de paradigme lié à la transversalité qui supposait une appropriation par les acteurs eux-mêmes et qui ne pouvait se réaliser en un semestre.

Le risque de résistance ou de non adhésion était présent. L'ensemble des professionnels ressentaient ce changement de manière injonctive du fait « *d'une contrainte de réalisation forte* », ⁶⁹ associée à une date de mise en œuvre à court terme, elle aussi tout autant contraignante. De fait, la marge de négociation était assez faible, et suffisait en elle-même à créer des nœuds de résistances. Par conséquent, il me revenait la responsabilité de construire une méthodologie de l'action, une feuille de route, qui prenne d'ores et déjà en compte ces enjeux et risques en proposant « *des méthodes de travail et des échéances dans une logique d'expérimentation* ». ⁷⁰

Pour reprendre les propos des auteurs de l'ouvrage « *La conduite du changement* », il s'agissait de passer d'un changement imposé à un changement organisé et négocié. Cet ouvrage a guidé et soutenu le pilotage de ce regroupement. « *Le changement est un processus qui consiste à créer ce qui n'existe pas* ». ⁷¹ Cela supposait, de construire une stratégie qui puisse à terme remporter l'adhésion des professionnels.

J'ai ainsi construit une méthodologie de l'action comme me l'a signifié le Directeur Général qui tient compte de ces paramètres. Un certain nombre d'actions sont actuellement en cours tandis que d'autres ne relèvent que d'une projection, et comportent encore de l'incertitude quant à leurs réalisations et nécessiteront des ajustements.

Je me propose dans cette dernière partie de présenter le travail d'ores et déjà engagé tant sur le sens que sur son organisation transversale.

⁶⁸ AUTISSIER D., MOUTOT J.M., 2016. « *La conduite du changement.* » Dunod, P. 120

⁶⁹ Ibidem P.15

⁷⁰ Ibidem p.15

⁷¹ Ibidem page 106

3.1.1 Les enjeux et les risques liés au regroupement

Au-delà du changement organisationnel voulu, la question du sens, l'appropriation des enjeux représente la complexité de ce projet. Les théoriciens de la conduite du changement posent le postulat que les personnes s'approprient le changement si elles en mesurent les enjeux et si on leur laisse le temps nécessaire à cette appropriation.

« *Le changement est un processus qui oriente les actions des personnes vers un but à construire* ». ⁷² Cependant, la finalité de ce changement, en l'état n'existe pas en lui-même, il n'est pas visible dans l'immédiateté. C'est sa mise en action par les acteurs qui lui donneront corps dans la réalité, dans l'ici et maintenant.

Du fait que le changement comporte une part d'inconnu relatif à sa finalité non visible, il fait peur. Les ressentis liés à la perte d'un existant créent des phénomènes anxiogènes qui doivent pouvoir s'exprimer et être entendus. Selon les travaux de Kubler Ross, l'individu passe par différentes étapes, au nombre de quatre, nécessaires à cette appropriation.

Dans le cas présent, ces émotions étaient à l'œuvre dans les deux services mais ils s'exprimaient de manière plus aigüe dans le service de l'AFR. En effet, les assistantes familiales exprimaient leurs craintes d'être dans l'obligation de « *faire des accueils en urgence* », propos relayés par les psychologues, qui par ailleurs « *ne voient pas l'intérêt d'être regroupées avec leurs collègues du SAU* ». L'infirmière de l'AFR « *ne veut pas changer de bureau* » et souhaite conserver « *les échanges spontanés avec tous* ». Certains éducateurs craignent « *d'être isolés* », les cadres « *ont peur de faire les astreintes du SAU* ».

Dans le SAU, une partie des cadres « *craignent la perte de leurs identités dans un service surdimensionné* », les éducateurs du SAU disent apprécier « *ce service à taille humaine, convivial dans lequel on se connaît tous* » et craignent « *une perte de leurs expertises* ». Les secrétaires des deux services éprouvent de l'anxiété « *sur la montée en charge possible de leur travail* ».

Ces ressentis se sont manifestés dès l'annonce du regroupement et se sont cristallisés lors de la mise en œuvre du groupe projet relatif aux questions immobilières. Ceux-ci ont trouvé un écho auprès des instances représentatives du personnel. Il m'est donc apparu indispensable, afin de recueillir un minimum d'adhésion, de donner aux professionnels une possibilité de compréhension et de visualisation du projet dans ces aspects dynamiques.

En ce sens, les actes de communication participent à la construction du projet. Ainsi, il est nécessaire de construire « *une maquette du réel qui donne une représentation du*

⁷² Ibidem P.93

*changement et de son point d'arrivée ».*⁷³ La manière de communiquer ainsi que les organes de communication doivent être anticipées et ce d'autant que les représentations des individus sont subjectives.

*« L'objet du changement se construit par les représentations des acteurs elles-mêmes alimentées par les informations formelles et informelles produites dans les actions de communication ».*⁷⁴

3.2 Créer les conditions pour favoriser les actions transversales en direction des usagers en situation complexe

3.2.1 Présentation et Méthodologie de l'action

Je me propose de présenter le cadre de l'action présenté au Directeur Général, aux instances représentatives du personnel et à l'ensemble des professionnels des deux services.

J'ai donc construit un plan d'action sur une période de 17 mois en 2 étapes, en 4 objectifs et sous actions

1^{er} étape : de septembre 2016 à mars 2017

Objectifs 1 :- . Evaluer les projets des deux services afin de Co-construire le projet de service de la nouvelle entité, en favorisant la coopération entre les acteurs des 2 services

Action 1 : Mettre en place un comité de pilotage réunissant les acteurs des 2 services conduit et animé par les directeurs du SAU et du service de l'AFR.

Action 2 : Evaluer les projets de service respectifs.

Action 3 : Mise en place des binômes SAU/AFR pour mener les évaluations auprès d'un groupe constitué de professionnels des deux services.

Action 4 : Restitution aux salariés lors d'une réunion institutionnelle, et à l'ensemble des directeurs des services opérationnels et fonctionnels dans une instance dédiée aux projets de service.

Résultats attendus : baisse des tensions, réciprocité des échanges et actes de coopération, reconnaissance mutuelle des compétences des acteurs, déclinaison d'axes de travail pour la construction du futur service.

Evaluation en termes quantitatifs : nombre d'inscrits et nombre de participants effectifs, nombre de réunions, traçabilité des comptes rendus.

Evaluation en termes qualitatifs : déclinaison des 4 axes de travail transversaux aux deux services.

⁷³ Ibidem P. 93

Cette démarche est réalisée et sera présentée plus en détail dans cette troisième partie.

Seconde étape de mars 2017 à décembre 2017

Objectif 2 : Mettre en place l'élaboration du projet de service dans le cadre du regroupement en intégrant le principe de transversalité.

Acteurs concernés : Directeur, adjoint du directeur, cadres et coordinateurs, éducateurs, assistantes familiales, infirmières, psychologues, psychiatres, secrétaires.

Action 1 : Dans le cadre du comité de pilotage constitué, déterminer le nombre de thématique à traiter relatives à l'amélioration des prestations envers les usagers.

Action 2 : Déterminer les binômes des ateliers thématiques et définir avec les binômes les axes de travail à traiter par thématiques en appui d'une documentation.

Action 3 : Planifier et communiquer la démarche dans les services et au D.G

Evaluation en termes quantitatifs : nombre d'inscrits et nombre de participants effectifs des deux services, nombre de réunions, traçabilité des comptes rendus sous forme de fiche/ navette.

Résultats attendus : Préconisations sous forme de fiches actions, en vue de sécuriser le parcours des usagers dans l'entité par des actions transverses.

Critères d'évaluations qualitatives : qualité des échanges, production de fiche/action et validation en Comité de Pilotage.

Cette Démarche est en cours de réalisation.

2^{ème} axe : de septembre 2017 à avril 2018 :

Il s'agit sur la base des travaux de la 1^{ère} période définissant les prestations mises en œuvre à destination des usagers et de leurs axes d'amélioration, de co-construire l'organisation et le fonctionnement du service et les moyens d'y parvenir avec les personnels concernés.

Objectif 3 : Co-construire avec l'équipe de direction l'organisation et le projet stratégique en établissant une gouvernance fondée sur la transversalité.

Acteurs concernés : Le directeur, adjoint du directeur, les cadres des deux services (5,5 ETP), les coordinateurs (3 ETP), la responsable administrative.

Action 1 : Accompagner la démarche de changement par le recours à un cabinet de consultant afin de mobiliser les cadres et les coordinateurs des deux services en vue de la construction de l'équipe de direction.

Action 2 : Construire le binôme directeur/adjoint du directeur.

Résultats attendus : optimisation du potentiel relationnel et du travail collaboratif, définition du rôle de chacun, définition d'un organigramme et des fiches de poste.

Evaluation quantitative : présence aux réunions collectives et rendez-vous individuels, traçabilité des compte- rendus. Etablissement des fiches de postes. Déclinaison des instances participatives, décisionnelles et transversales.

Evaluation qualitative : investissement dans la démarche notamment dans les instances décisionnelles, qualité des relations intra-équipe, sentiment de confiance.

Cette démarche est en cours de réalisation

Objectif 4 : Garantir des conditions de travail de qualité pour l'ensemble des acteurs professionnels.

Acteurs concernés : Directeur, adjoint du directeur, cadres, secrétariat, équipes médico-psychologiques, équipes des visites médiatisées, Direction des Ressources Humaines, Comité d'Hygiène et de Sécurité des Conditions de Travail (CHSCT).

Action 1: identifier les catégories professionnelles impactées par le regroupement, identifier la charge de travail potentielle et proposer des améliorations.

Résultats attendus : identification de la charge de travail et de ses conséquences, préconisations, création des fiches de poste, validation par le CHSCT.

Evaluation en termes quantitatifs : réunion avec chaque catégorie professionnelle, comptes rendus des réunions.

Evaluation en termes qualitatifs : fiches de postes validées par les instances, feed back par les professionnels eux-mêmes.

Action 2 : Configurer les locaux afin de mettre en œuvre le regroupement

Acteurs concernés : le directeur, l'adjoint, les équipes de l'AFR, les secrétariats, les cadres, les psychologues, les psychiatres, les infirmières, le service Direction des Conditions de Vie au Travail, le CHSCT.

Résultats attendus : établissement de l'organisation spatiale du service, plan d'occupation des locaux.

Evaluation quantitative : nombre de réunions, traçabilité des comptes rendus

Evaluation qualitative : réunion avec chaque groupe concerné, constitution d'un comité de pilotage.

Action 3 : organiser le secrétariat avec les deux équipes de secrétaires, l'équipe médico-psychologique.

Acteurs concernés : les secrétaires, l'équipe médico-psychologique, directeur, adjoint du directeur, responsable administrative, DRH, CHSCT.

Résultats attendus : définition des charges de travail par secrétaire, définition des suppléances et des délégations, établissement des fiches de poste.

Evaluation quantitative : nombre de réunion, compte rendu.

Evaluation qualitative : validation des fiches de poste par les instances représentatives et la DRH.

Action 4 : Définir un plan de communication

Acteurs concernés : équipe de direction, tous les professionnels. Les instances représentatives du personnel, et le Directeur Général.

Résultats attendus : appropriation par l'ensemble des professionnels des éléments de plus-values liées à la mutualisation des compétences tant pour la qualité de vie au travail, que pour sécuriser le parcours des usagers.

Evaluation en termes quantitatifs : diffusion de supports de communication, réunion institutionnelle, entretien individuel ou par catégorie de métiers présentation aux instances

Evaluation en termes qualitatives : feed back par les professionnels en réunion institutionnelle et auprès des cadres lors des réunions d'équipe.

Cette démarche est en cours de réalisation.

3.2.2 Mettre en place un environnement de travail favorisant la transversalité

Du fait de l'importance de ce plan d'action, je ne peux pas dans cette dernière partie traiter de l'ensemble des objectifs, ni de l'ensemble des actions qui sous tendent ce pilotage, je souhaite ici m'attacher aux thématiques, qui de mon point de vue posent les éléments fondateurs de la mise en œuvre de la transversalité et qui concourent à optimiser le parcours des jeunes en situation complexe.

La méthodologie d'un projet entraîne systématiquement la constitution d'un comité de pilotage, d'un groupe projet, la participation des professionnels. Conduire le changement et conduire un projet sont de même nature, et doivent se vivre collectivement parce qu'il s'agit à terme de réunir l'ensemble des professionnels vers un but commun. En cela, le management par projet crée les conditions de la participation des professionnels. Il permet des apports individuels dans un collectif et valorise de ce fait un modèle d'apprentissage collectif. De fait, le simple fait pour les professionnels de s'exprimer sur les forces et faiblesses de l'existant leur permet de se projeter dans un futur possible en termes de d'inquiétudes et d'opportunités.

Le contexte participatif dans lequel s'inscrit le travail par objectif permet, tant aux professionnels qu'au directeur de mesurer l'impact du changement qui s'opère sur les individus et sur leurs besoins. Manager par le « sens » tel que développé par Autissier D,

c'est avant tout accompagner l'individu à rechercher des indices « *pour satisfaire son besoin d'avenir, de participation, de sécurité et de reconnaissance* »⁷⁵ Ce n'est qu'en fonction des réponses qu'il trouvera dans l'organisation, que l'individu pourra s'engager dans la dynamique de changement.

Dans cet exercice de pilotage des deux services éducatifs, il s'agit de créer une dynamique de projet non pas dans chaque service, mais qui les traverse et ce faisant deviendra transversale à la future entité.

Afin d'illustrer mon propos, je souhaite établir un focus sur 3 objectifs incontournables qui jalonnent ce pilotage, soient :

L'évaluation des projets de service du SAU et de l'AFR

La construction des équipes transversales

L'élaboration du futur projet de service et de la thématique de la sécurisation des parcours des personnes accueillies

3.2.3 L'évaluation des projets de service des deux services, une opportunité pour favoriser la coopération entre les acteurs

Faisant suite à l'élaboration du projet d'établissement, le lancement du processus des évaluations de l'ensemble des projets des services opérationnels a été établi en septembre 2016 pour une restitution en décembre 2016.

La méthodologie proposée s'est appuyée sur celle mise en œuvre lors de l'évaluation du projet d'établissement : participative en appui de questionnaire destinée aux bénéficiaires, aux salariés. L'évaluation des axes de travail déclinés dans chaque projet de service a été mise en œuvre en appui d'un diagnostic stratégique des services, par la méthode « S.W.O.T » (Forces, Faiblesses, Opportunités, Menaces).

C'est dans le contexte du regroupement prochain, que j'ai choisi d'évaluer les projets des deux services en réunissant les professionnels des deux services.

L'objectif étant de créer des conditions qui favorisent les futures coopérations dans la perspective de l'élaboration du projet de service de la nouvelle entité.

Dans cette perspective, j'ai organisé avec les cadres des deux services, la mise en place d'ateliers mixant des professionnels de l'AFR et du SAU. Nous avons donc réunis 25 professionnels (éducateurs, cadres, assistantes familiales, infirmières, psychologues, coordinatrices) des deux services concernés sur une période d'un trimestre durant 4

⁷⁵ Ibidem p.77

séances. L'animation a été confiée à 3 cadres (SAU/AFR). Le pilotage global a été effectué par moi-même.

Lors de la première séance du 15 septembre 2016, 25 professionnels se sont rencontrés collégalement, la majorité ne s'était jamais rencontrée, notamment les assistantes familiales et les éducateurs du SAU.

Les professionnels ont exposé leur travail quotidien. Ils ont pris connaissance des projets de service des uns et des autres, se sont interrogés réciproquement sur les missions de chaque service, le rôle et le périmètre des différents intervenants. Par la même, cet exercice a permis aux uns et aux autres de s'extraire des représentations pour le moins subjective de chacun et de les inscrire dans une réalité plus juste.

La seconde séance a été destinée à établir un diagnostic stratégique. Chaque groupe a travaillé indépendamment pendant deux heures, à partir de l'outil d'analyse stratégique SWOT afin d'identifier les forces et les faiblesses de leurs services respectifs, puis sur les menaces et les opportunités générées par le regroupement. Enfin, les deux groupes se sont retrouvés pour élaborer en commun l'analyse qui en résultait.

La troisième et dernière séquence ont été dédiées à l'évaluation des prestations éducatives, scolaires, psychologiques, et de soutien à la parentalité telle qu'elles apparaissaient dans les projets de service.

Il a aussi été convenu de partager ce groupe en deux, selon deux thèmes à évaluer :

Les prestations à l'égard des usagers

Les prestations à l'égard des familles.

Ainsi les professionnels se sont inscrits dans chacun des groupes en veillant que chaque service et chaque corps de métier soient représentés équitablement.

Lors de la troisième et de la quatrième séance, le 17 novembre 2016 et le 1^{er} décembre 2016, chaque groupe, à l'aide de tableaux, a pu évaluer les prestations pour les usagers (éducatives, scolaires, psychologiques) et celles pour les familles (visites médiatisées). Dans le cadre de la réunification des services, le 21 novembre et le 14 décembre 2016, les résultats du diagnostic stratégique ainsi que le bilan de l'évaluation des Projets de Service SAU et AFR ont été présentés aux membres du Comité de Pilotage et à la Direction Générale.

La démarche, d'ores et déjà réalisée, relative à l'évaluation des projets de service (objectif 1 du plan d'action), la configuration projetée, puis effectuée, a jeté les prémises de la transversalité. Elle a démontré qu'il était de l'ordre du possible de poser des points de jonctions sur la problématique des personnes accueillies dans ces deux services. Par

ailleurs, elle a contribué à renforcer les compétences des professionnels tout en leur permettant de penser que les compétences des uns pouvaient servir celles des autres dans l'objectif d'une amélioration de certaines prestations envers les personnes accueillies.

Il s'est agi pour les animateurs des ateliers, les cadres socio-éducatifs des 2 services, d'aider les acteurs en présence à s'engager dans un nouvel espace de pensée bienveillant, empreint de réciprocité et de clarté.

3.2.4 Les résultats du diagnostic SWOT du service de l'AFR

<u>Forces</u>	<u>faiblesses</u>
<p>Une équipe pluridisciplinaire</p> <p>Les éducateurs sont formés pour soutenir les relations parents/enfants</p> <p>Des moyens humains renforcés, une disponibilité des moyens sous forme d'astreinte</p> <p>Une individualisation de l'accompagnement par la mise en place d'un éducateur référent</p> <p>L'accueil de jeunes en situation complexe</p>	<p>Manque un dispositif dédié à la médiatisation des relations parents/enfants</p> <p>Manque un dispositif de type classe ou ateliers de jour pour les jeunes déscolarisés</p> <p>Collaboration insuffisante avec le secteur de la psychiatrie</p> <p>Communication insuffisante dans l'AFR</p> <p>Isolement des assistantes familiales du fait de l'absence de boîtes mails professionnelles</p> <p>Insuffisance des relations avec les autres services de l'établissement</p> <p>Vieillessement des assistantes familiales</p>
<u>opportunités</u>	<u>Menaces</u>
<p>Mise en place d'un dispositif d'accueil de jour pour les jeunes déscolarisés</p> <p>Mise en place d'une équipe dédiée aux visites parents/enfants en présence d'un tiers</p>	<p>La contrainte de faire des accueils en urgence chez les assistantes familiales</p>

3.2.5 Les résultats de l'évaluation du projet de service du SAU

<u>Forces</u>	<u>Faiblesses</u>
<p>Une évaluation pluridisciplinaire forte et efficiente</p> <p>Un plateau technique en capacité de répondre aux attentes et besoins des usagers</p> <p>Un savoir-être et un savoir-faire pour accompagner les usagers les plus vulnérables</p> <p>L'accueil sans discrimination, une valeur forte du service</p> <p>80% des actions énoncées dans le projet de service ont été mises en œuvre</p>	<p>Le travail avec les familles</p> <p>Les délais de concrétisation des projets d'orientation</p> <p>La perception du service en interne et en externe</p> <p>L'application partielle de la note conjointe ASE/IDEFHI</p>
<u>Opportunités</u>	<u>menaces</u>
<p>La création d'un second poste pour répondre aux usagers inoccupés et partiellement scolarisés</p> <p>La création d'un pôle famille</p> <p>Le recrutement d'assistantes familiales dédiées à l'accueil en urgence</p>	<p>Une réduction des moyens financiers, notamment en termes de crédits éducatifs</p> <p>Une structure qui ne soit plus à « dimension humaine »</p> <p>Une perception négative du service qui persiste</p>

Cet exercice qui consiste à partager dans un collectif ses propres représentations en appui du diagnostic SWOT a permis de poser les forces et les faiblesses de chacun de leurs services, démontrant ainsi que les capacités de l'un pouvaient être mise au service de l'autre. Cette notion d'apport réciproque possible est devenue alors une opportunité pour la construction du prochain service.

Pour finir, les professionnels ont défini 6 axes de travail qui de leur point de vue devaient être retenus dans la stratégie du futur service, mettant en avant leur engagement dans le changement, et dans la transversalité.

Axe 1 : Mettre en place une culture commune et une mutualisation des moyens au sein du nouveau service.

Axe 2 : Définir une politique de gestion des ressources humaines sur le plan de la formation et sur le soutien aux professionnels.

Axe 3 : Inscrire les pratiques professionnelles dans une dynamique de parcours de l'utilisateur dans un service élargi.

Axe 4 : Diversifier les prestations d'accueil en urgence

Axe 5 : Développer un dispositif de soutien à la parentalité et de visites parents/enfants.

Axe 6 : Développer un dispositif d'accompagnement éducatif et scolaire pour les usagers déscolarisés et partiellement déscolarisés.

Cette production positive m'a permis d'engager la suite des travaux, à travers notamment, l'élaboration du projet de service (objectif 2 du plan d'action).

3.3 Co construire des équipes transversales au service

3.3.1 L'équipe de direction :

Le regroupement des deux services va d'emblée modifier les périmètres d'intervention et les régulations relationnelles dans la mesure où il s'agit de nous extraire de nos propres logiques de service en introduisant la notion de dispositif et de transversalité des moyens à mettre en œuvre. L'équipe de direction est de mon point de vue convoquée la première pour soutenir une structuration organisationnelle qui réponde avec souplesse et intelligence à la problématique de la sécurisation du parcours et la prévention des ruptures. Les cadres qui sont la composante de l'équipe de direction, sont aussi un organe de relais de l'information et de la gouvernance en cours d'élaboration. Ils ont dans ce contexte, la délicate mission d'insuffler du sens auprès de leurs équipes tout le long de la démarche de changement. Or dans ce projet, regrouper des cadres de deux services et les réunir pour une cause commune suppose de réunir des conditions de motivations et d'engagement et de leur montrer « *que le projet présente des opportunités pour eux et peut s'inscrire dans leurs registres d'attentes* ». ⁷⁶ S'il m'appartient de conduire le changement, j'ai la responsabilité de construire une équipe de direction sur laquelle m'appuyer, dans laquelle une confiance réciproque puisse s'installer. Cependant, celle-ci ne peut se décréter et cela dans la mesure, où les individus réunis n'ont jamais travaillé ensemble, certains n'ont jamais travaillé avec moi, ni moi avec eux. Selon Lucien Karpik : « *La confiance est cruciale ; elle ne va pas de soi. Elle est une construction sociale, parfois intentionnelle et parfois spontanée, prenant appui sur des signes qui restent à décrypter, s'enracinant souvent dans un passé lointain, toujours sous le coup de pratiques ou de révélations qui risquent de l'amoindrir voire de provoquer sa disparition* » ⁷⁷.

⁷⁶ Autissier D. Moutot J.M. « *La conduite du changement* ». Dunod. 2016. P.173

⁷⁷ Karpik L. « *Dispositifs de confiance et engagements crédibles* ». *Sociologie du travail*, n°4, 1996, p. 527-550, p.92.

Au regard de l'enjeu, j'ai choisi de faire appel à un cabinet de consultant afin de soutenir ma démarche et construire avec eux la future équipe de direction ainsi que le futur binôme directeurs/directeur adjoint. L'accompagnement est envisagé sur une période d'un trimestre à raison d'une rencontre collective hebdomadaire. En parallèle des entretiens individuels visant les attentes des personnes dans ce futur service seront organisés. Ces allers retours permanent entre le collectif et l'individuel garantiront la mise en œuvre d'un environnement serein propice à l'engagement des personnes. En appui de la pensée de Bertrand Ravon, pour moi, le travail d'équipe ou le « faire-équipe » ne découle pas mécaniquement de la mise en présence de différents acteurs et d'un protocole réglementant leurs relations de travail. Il se construit à partir d'un partage.

3.3.2 La construction d'un secrétariat unique:

Dans le cadre du regroupement, la mutualisation des fonctions transverses telles que celles dévolue à un secrétariat m'apparaît une organisation pertinente et efficiente pour la création de cette prochaine entité. L'organisation actuelle des secrétariats respectifs est déclinée par thématique : ressources humaines, comptabilité, usagers. Au SAU, j'ai organisé des binômes qui permettent de garantir la continuité des actions lors des absences. A l'AFR, la base est identique mais aucune suppléance n'est mise en place. La responsable administrative de l'AFR (poste qui n'existe pas au SAU) a la charge d'établir l'ensemble des émoluments des assistantes familiales. Cette structuration du secrétariat de l'AFR, ne peut rester en l'état. Il convient donc de redéfinir la fiche de poste de la responsable administrative, notamment dans le cadre de la construction de la future équipe de direction dont elle fera partie. Il y a donc à envisager des délégations de ses missions actuelles vers les autres postes de secrétaires. Par ailleurs, s'il m'apparaît nécessaire de conserver, par souci d'expertise, les postes de travail sur les thématiques suscitées, il me faut mettre en place une organisation relative à la transmission des savoirs dans le cadre des absences des secrétaires (congs, absences diverses).

Il me faut donc accompagner ce changement avec les deux équipes de secrétaires qui vont elles aussi partager les mêmes locaux. Une attention elle aussi toute particulière doit être mise en œuvre, et se trouve ainsi déclinée dans le plan d'action en termes d'évaluation des futures charges de travail et de répartition des postes de travail.

3.3.3 La nécessaire redéfinition de l'équipe médico-médico-psychologique

Actuellement chacun des services est doté d'une équipe médico-psychologique composé respectivement d'une infirmière, d'un psychiatre et de psychologue. Au SAU, la répartition des postes de psychiatre et infirmière interviennent en transversalité, seules les psychologues interviennent nommément sur chacune des unités, l'une auprès des adolescents et l'autre auprès des adolescentes et enfants. A l'AFR, l'infirmière et la psychiatre interviennent en transversalité, tandis que l'intervention des psychologues est répartie sur les deux équipes éducatives.

L'équipe médico-psychologique du SAU exerce son métier dans le même lieu ce qui facilite les échanges informels et formels lorsqu'il s'agit notamment d'informer la psychiatre chaque jeudi des nouveaux accueils, des entretiens individuels à mener ou de réévaluer des prescriptions. Le travail des psychologues repose sur une procédure et sur une fiche de poste établi avec elle, la traçabilité de leurs interventions est transmise dans le cadre du projet individuel d'orientation, et il en va de même pour la psychiatre.

A l'inverse, les psychologues de l'AFR interviennent dans des lieux différents, et ne rencontrent pas régulièrement la psychiatre. Elles n'ont pas de fiche poste spécifique, les modes opératoires dépendent des personnes et non d'une procédure instituée. Dans le cadre du regroupement j'ai organisé une rencontre entre ces deux équipes afin qu'elles puissent partager la manière dont chacune travaillait. Au-delà des disparités évidentes liées aux prestations différentes des deux services, la réunion a mise en avant des points de vue différents entre les psychologues de l'AFR sur l'exercice de leurs métiers, mais aussi une grande méfiance, voire défiance quant au regroupement. La crainte d'être « envahie » par les situations du SAU est emblématique des résistances au changement en cours.

La redéfinition de l'organisation spatiale dans le cadre de ce regroupement est pour l'équipe médico-psychologique de l'AFR le catalyseur d'une forme d'opposition. Dans les problématiques repérées, l'une d'elle concerne en première intention la confiance, sur laquelle il me faudra être en éveil et définir un accompagnement particulier. Toutefois, la mise en acte de l'organisation spatiale et le travail à mener relatif à la sécurisation des parcours offriront un cadre salubre pour re-questionner leurs postures professionnelles. Cela supposera une re-« *définition claire des identités, des compétences, des méthodes professionnelles spécifiques et de leurs limites respectives* »⁷⁸, ce qui est incontournable lorsque se développe des fonctions transverses de coordination. Ma responsabilité de

⁷⁸ CNSA 2012 « *Promouvoir la continuité des parcours de vie : d'une responsabilité collective à un engagement partagé* » p.44

directrice est de « *permettre que chacun puisse occuper sa place et assumer sa responsabilité, dans son métier* » envers l'utilisateur.⁷⁹

Dans ce contexte, la création d'un projet de service commun, offre un cadre d'action non négligeable pour favoriser l'engagement des équipes médico-psychologiques.

3.4 L'élaboration du projet de service au service des jeunes en situation complexe

3.4.1 Un projet de service commun aux deux services pour une problématique commune

Suite à l'évaluation des projets de service, j'ai présenté la méthodologie retenue concernant l'élaboration du projet de service, repris les objectifs visés par le regroupement dans le cadre d'une réunion institutionnelle réunissant l'ensemble des professionnels des deux services. Celle-ci est mise en œuvre en mode projet modélisé sur le projet d'établissement, en appui de l'évaluation des projets de service des 2 services réalisés fin 2016 et en appui des Recommandations des Bonnes Pratiques Professionnelles de l'ANESM relatives au document « *Elaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service* ».

Son élaboration est envisagée sur deux périodes découpées en deux semestres sur 2017 et 2018. Elle est conduite par la directrice préfiguratrice du nouveau service à créer.

Il est commun de constituer un comité de pilotage, car celui-ci est le gage d'une démarche participative pour conduire la réussite d'un projet. Néanmoins, il est nécessaire en amont de cette constitution de prendre le temps d'une explication, voire d'une justification qui initie le projet ; dans le cas qui m'occupe : la fusion de ces 2 services. Dans ce contexte, le rôle du directeur « *se singularise par la recherche d'une large consultation auprès des collaborateurs et vise à susciter une large adhésion autour des principaux objectifs de l'entreprise* ». ⁸⁰

La constitution d'un comité de pilotage après le lancement du projet représente la seconde étape importante du projet de regroupement. J'ai établi sa constitution en intégrant des professionnels des deux services en mixant les catégories socio-professionnelles. L'inscription des professionnels au comité de pilotage a été proposée par courrier à chaque agent, relayée par les cadres dans le cadre de leurs réunions d'équipes hebdomadaires.

⁷⁹ Ibidem P. 46

⁸⁰ Plane J.M « Théories et management des organisations ».Dunod 4^{ième} édition P.210

L'objectif de la première réunion a été de présenter la finalité d'un projet de service mais surtout de souligner l'objectif attendu relatif au prochain projet. En effet, il s'agit de créer un service, issu du regroupement de 2 entités, offrant des modalités d'accueil et d'hébergement diversifiées, tant dans leur temporalité que dans leurs prestations, pour répondre aux besoins d'enfants et d'adolescents relevant de la protection de l'enfance, mais souvent également du handicap et de la santé mentale, aux besoins identiques de sécurisation de leurs parcours.

En conséquence, ce travail s'inscrit dans une dynamique de changement, complexifiée par une difficulté à se projeter dans ce service qui n'a pas encore d'existence, de réalité. Ainsi, il me faudra veiller durant cette élaboration, à éviter que les animateurs des groupes se situent dans un agglomérat des identités respectives, par superposition des projets. Au contraire, il leur faudra s'inscrire dans le développement d'une culture commune, entre autre, au sein des ateliers de projet. Créer des espaces de transversalité à travers l'élaboration du projet de service s'avère indispensable. Ils représenteront les lieux de « *de confrontation, de compréhension de la complexité, de gestion de l'incertitude et d'étayage par le collectif* ». ⁸¹La réussite de ce projet est dépendante de l'adhésion des membres du comité de pilotage à cette vision. De mon point de vue, ils sont les animateurs du changement et la mise en œuvre des ateliers sont les outils organisationnels pour le conduire. La constitution des ateliers sont les prémisses de la création d'instances collectives. Ils doivent répondre à certains critères :

Ils doivent intéresser les professionnels des deux services, et permettent une élaboration commune sur des sujets qui provoqueront des débats, des confrontations possibles mais qui au bout du compte produiront un résultat accessible à tous, au bénéfice des usagers.

En conséquence, Les membres du comité de pilotage ont la responsabilité d'animer les groupes de travail qui travailleront sur sept thématiques relatives aux prestations à décliner envers les personnes accueillies. De manière partagée, en comité de pilotage, nous avons retenu la constitution de 7 groupes de travail autour de 7 thématiques. Leur finalité est de produire des préconisations sous forme de fiche actions visant l'amélioration de la qualité des prestations

La méthodologie relative à l'animation des ateliers a été aussi élaborée dans cette instance. Elle consiste en :

Un état des lieux par la mise en exergue des actions et prestations pertinentes qui doivent être poursuivies au regard du besoin des usagers (processus, procédures)

⁸¹ Ibidem P 157

Une élaboration d'axes d'amélioration à court moyen ou long terme sous la forme de fiches action (trame jointe).

Il s'agit de repérer à chaque fois dans ces deux étapes

Qui est concerné ?

Quelles sont les incidences et les effets réels ou escomptés ?

Quelles sont les réponses possibles aux problèmes mis en évidence ?

Pour garantir la cohérence de ce projet de service, la mise en perspective d'actions coordonnées pour répondre aux besoins identifiés des usagers doit en être le fil rouge des groupes de travail et à fortiori pour leurs animateurs. .

En accord avec les membres du comité de pilotage, j'ai choisi de constituer des groupes de 10 à 12 professionnels issus à part équivalente des 2 services d'origine et des différents métiers, animé par les membres eux-mêmes. J'ai souhaité que les animateurs des ateliers se constituent en binôme, un membre de chaque service dans le souci permanent d'insuffler le principe de la transversalité. Le comité de pilotage se réunira 4 fois de mai 2017 à décembre 2017.

Une fiche navette me sera adressée à l'issue de chaque atelier de manière à formaliser l'avancée des travaux et à en assurer la cohérence. Elles seront traitées collectivement dans le cadre du comité de pilotage. L'élaboration des fiches actions représenteront quant à elles les éléments conclusifs des actions futures à conduire dans le cadre du projet de service commun.

A présent, je vais présenter l'atelier qui symbolise le sujet de ce mémoire, et qui l'incarne le mieux, celui relatif à la sécurisation des parcours et à la prévention des ruptures. Le public visé est celui des jeunes en situation complexe.

3.5 La sécurisation du parcours et la prévention des ruptures : un enjeu majeur pour les jeunes en situations complexe

3.5.1 La déclinaison des objectifs

Dans le cadre d'une séance de travail avec les binômes dédiés à cet atelier, j'ai défini avec eux les objectifs visés ainsi que les résultats attendus qui consisteront à déterminer des actions pour chaque objectif proposé. Ces actions détermineront les futures fiches actions. J'ai par ailleurs déterminé avec eux les critères d'évaluation quantitatifs et qualitatifs : feuille de présence, fiche navette, fiche action, ordre du jour. Je leur ai

proposé de s'approprier les ressources documentaires externes et internes afin qu'ils puissent conduire l'atelier en appui d'éléments objectivés tels que : *rapport d'activités des 2 services, rapport d'étude ODPE 76, Rapport IDEFHI « parcours des jeunes faisant l'objet d'une mesure prise au titre de la protection de l'enfance et d'une orientation délivrée dans le champ du handicap »*. *Rapport du défenseur des Enfants 2015 « Handicaps et protection de l'Enfance : des droits pour les enfants invisibles »*, *Rapport d'études de l'ONED relatif aux assistants familiaux. Recommandation de l'ANESM « les comportements problèmes : prévention et réponses »*.

Les objectifs sont au nombre de quatre, ils se déclinent comme suit

Garantir des réponses éducatives souples, adaptées aux enfants et adolescents en grande vulnérabilité (situations complexes)

Sécuriser le parcours des usagers afin de prévenir les ruptures en Famille d'accueil

Institutionnaliser des espaces d'élaboration relatives aux situations complexes

Diversifier les modalités d'accueil en urgence lorsque la situation de l'enfant le nécessite.

Cet atelier projet est composé d'assistantes familiales, d'éducateurs, de psychologues, d'une coordinatrice, des psychiatres des deux services actuels. Trois séances de travail ont été mises en place, à compter du mois de mai. Elles ont données lieu à la déclinaison d'actions validées en comité de pilotage. La rédaction des fiches actions est en cours de réalisation à la date où je rédige ce mémoire. Je me propose de présenter le travail fourni par cette équipe transversale et pluridisciplinaire des deux services actuels.

3.5.2 L'atelier « Sécuriser le parcours des jeunes et prévenir les ruptures »

Objectif 1 Garantir des réponses éducatives souples, adaptées aux enfants et adolescents en grande vulnérabilité (situations complexes).

Action 1 : faire un état des lieux des réponses éducatives actuelles

Action 2 : En lien avec les travaux en cours de la DPA déterminer les réponses éducatives apaisantes pour les jeunes en grande vulnérabilité

Action 3: Déterminer des lieux ressources pour les usagers (replis temporaires en collectivité, chez d'autres assistantes familiales sur la base du volontariat)

Action 4 : mettre en place un protocole interinstitutionnel « double mesure ». Intégrer dans le projet de service, dans les pratiques professionnelles toutes les réponses partenariales actives sur le département relatives aux situations complexes, sous forme de procédures (logigramme).

Objectif 2 : Sécuriser le parcours des usagers afin de prévenir les ruptures en Famille d'accueil et dans les unités collectives

Action 1 : objectiver les sources de rupture, de non qualité, et au contraire les facteurs favorables à une continuité des parcours.

Action 2 : Redéfinir la place et le rôle des assistantes familiales dans l'équipe pluridisciplinaire, réactualiser la fiche de poste des assistantes familiales.

Action 3 : Redéfinir les fiches de poste des coordinatrices et créer un poste similaire expérimental dans la partie « prestation en famille d'accueil ».

Action 4 : Etablir un plan de formation transversale sur « les besoins fondamentaux des enfants » en lien avec l'accueil en urgence et en accueil familial

Action 5 : Formaliser les stages de formation des assistantes familiales dans les unités collectives le l'urgence.

Action 6 : Formaliser le processus du Projet Pour l'Enfant et systématiser les synthèses après 3 mois d'accueil dans les unités collectives dédiées à l'urgence

Objectif 3 : Institutionnaliser des espaces d'élaboration relatives aux situations complexes

Action 1 : Pratiquer un état des lieux des réunions pluridisciplinaires actuelles, leurs nombres, leurs objectifs, les acteurs requis.

Action 2 : déterminer les critères de complexité en lien avec les ressources documentaires précitées.

Action 3 : créer un espace de veille institutionnelle pour les jeunes en situation complexe dès leurs accueils jusqu'à leurs sorties du dispositif.

Action 4 ; déterminer le processus et les procédures requises

Action 5: réviser les procédures d'accueil en accueil familial

Action 6 ; créer une équipe transdisciplinaire de veille institutionnelle pour « prévenir les ruptures ».

Objectif 4 : Diversifier les modalités d'accueil en urgence lorsque la situation de l'enfant le nécessite.

Action 1 : Déterminer les critères nécessitant un accueil familial plutôt qu'en unités collectives

Action 2 : Créer une équipe d'assistantes familiales volontaires pour accueillir en urgence lorsque la situation de l'enfant ou de l'adolescent le nécessite.

Action 3 : créer une instance transdisciplinaire pour soutenir l'assistante familiale et pour mettre en œuvre le projet individualisé d'orientation de la personne accueillie.

3.5.3 Construire des représentations professionnelles partagées

J'ai démontré dans cette dernière partie que le besoin de coopération ne se développe pas spontanément dans une organisation. Il peut-être empêché, par la difficulté à traiter collectivement une situation complexe, et c'est d'ailleurs dans ce contexte que les difficultés de coopération sont révélées. Mais il peut l'être également parce que la structure même de l'organisation ne la favorise pas.

J'ai montré que les services opérationnels de l'IDFHI, tels que le SAU et l'AFR n'échappent pas à ce postulat. Effectivement, les professionnels sont inscrits dans leurs propres valeurs et fonctionnements. Enfermés dans des « entre soi », ces services pourtant dépendants du même secteur d'activités, peinent à proposer des réponses et attendent de l'autre qu'il élabore ses propres stratégies. Cette coopération a donc besoin d'être construite et nécessite un environnement la favorisant. Il s'agit alors de glisser d'une culture relativement communautaire à une culture transversale qui, par sa nature favorise les coopérations interprofessionnelles et pluridisciplinaires. Pour ce faire, la construction de la transversalité doit être envisagée à tous les niveaux de l'organisation.

Aussi, le projet de regrouper deux services éducatifs de protection de l'enfance, en prise avec des situations complexes, offrent la possibilité d'expérimenter d'autres modalités de travail, transversales dans leur fonctionnement.

La mise en synergie des professionnels dans le cadre de l'élaboration du projet de service, a démontré que chacun des acteurs étaient détenteurs d'un potentiel au service des personnes accueillies. Le travail réflexif collectif a permis la proposition de solutions à partir de représentations partagées par les acteurs.

.Au regard de la nécessité d'établir un projet de service commun, il convenait de les convier sur le terrain de l'interdisciplinarité et d'une transversalité assumée. L'atelier thématique « sécurisation du parcours » a permis la constitution d'un travail d'équipe, au sens où l'écrit B. Ravon : « *Le travail d'équipe émerge concrètement lorsque celle-ci se trouve confrontée à une situation complexe et qu'elle réussit, par une réflexion conjointe*

autour des pratiques et des activités de chacun de ses membres, à développer une représentation et une position commune du mode de résolution de cette situation »⁸².

La sécurisation du parcours de l'utilisateur est donc *« le résultat d'une intelligence collective, systémique et proactive plutôt que le résultat des actes professionnels considérés séparément »⁸³*

Conclusion

L'objectif de ce mémoire était de montrer en quoi la fusion de deux services éducatifs de protection de l'enfance, aux modalités d'accompagnement fort différentes, pouvaient, en appui d'une mise en œuvre de la transversalité, optimiser le parcours des jeunes en situation complexe.

Il m'a fallu dans un premier temps décrire ce que recouvrait cette dénomination, tant ces mineurs représentent actuellement la nouvelle cohorte du public accueilli en protection de l'enfance. Leurs parcours à l'ASE est le plus souvent morcelés et interroge de fait les pratiques professionnelles, mais aussi la structuration des organisations des établissements médico-sociaux. Eviter les ruptures, la sécurisation des parcours en appui d'une vision partagée par les équipes pluridisciplinaires, des besoins fondamentaux de l'enfant est au cœur de la loi du 14 mars 2016.

Ce projet de regroupement représente une opportunité pour repenser des modalités d'accompagnements plus souples, alternatifs et diversifiés envers ces jeunes. Toutefois, ce projet, par les changements de paradigme qu'il comporte doit être envisagé comme un processus progressif, évolutif. Il s'agit, pour ma part d'accompagner les professionnels à ce qu'ils s'approprient progressivement la notion de transversalité à travers une autre modalité organisationnelle. Dans ce contexte, l'élaboration du projet de service pose le cadre d'une culture commune, en passant d'une logique de deux services à un seul service. Il permet, chemin faisant, d'inscrire les pratiques professionnelles dans une dynamique de parcours de l'utilisateur dans un service élargi. La complémentarité des expertises générées par le regroupement offre une optimisation des moyens pour garantir à l'utilisateur un parcours sécurisé, et garantir aux professionnels des conditions de travail favorisant l'évaluation pluridisciplinaire.

« Quelle que soit la pathologie des enfants que nous recevons, notre tâche consiste toujours à ce qu'advienne un certain gain psychique, un certain progrès. Nos patients

⁸² Ravon B. *« Refaire parler le métier. Le travail d'équipe pluridisciplinaire : réflexivité, controverses, accordage. » Nouvelle revue de psychosociologie, n°14, 2012/2, p. 97-111*

résistent toujours parce que le changement est coûteux et qu'un nouvel équilibre ne s'acquiert qu'au prix d'un renoncement. Nous aussi, professionnels et équipes, résistons au changement ; dans cette résistance, notre part n'est pas à négliger puisque les patients sont dépendants de notre propre cheminement, ne peuvent avoir un espace plus grand que si le nôtre s'est élargi »⁸⁴.

Cette citation représente le cadre clinique de mon action de directrice de ce futur service. La pertinence et l'impact des actions globales à conduire envers les usagers sont au cœur de regroupement et en sont le sens. Il m'apparaît qu'il est un peu tôt pour produire des éléments évaluatifs. Néanmoins, la création d'un environnement instituant dans lequel les identités professionnelles se croisent, débattent, partagent leurs visions, coopèrent, modifient d'ores et déjà la vision des professionnels envers ces jeunes vulnérables. En modifiant notre perception, nous leur ouvrons la possibilité d'expérimenter un parcours en protection de l'enfance plus « secure ».

Mon travail durant ses prochains mois visera à conforter les actions transverses du futur service. La réussite de ce regroupement dépend de plusieurs paramètres, l'un des principaux tient à l'engagement de l'équipe de direction. Quant à moi, dans cette nouvelle expérience de direction liée à la direction d'un service élargi, j'aurai la responsabilité de construire de manière pérenne un environnement bienveillant permettant l'expression de tous, professionnels et personnes accueillies.

.

⁸⁴ Villand M., « Transversalités, pluridisciplinarité et partenariat », 2001 *Enfances et psy* (n°14) P.142-147. P.147

Bibliographie

Revue lues/consultées

Delmas M., « *au cœur de l'urgence. Témoignage* », Eman 2012/1 (n°85) p.167-171

<http://www.cairn.info:revue-empan-2012-htm>

Chognot C., novembre 2015 -UNIOPSS. Journée d'étude Conférence de territoire de la Meuse. P.2

CNSA Rapport 2012 « *Promouvoir la continuité des parcours de vie* ».

Enfances Psy : 2001, sous la direction de Leblanc A. Edition érès

Loubat J.R., juillet/août 2013. « *Transitions, continuité et ruptures dans les parcours individuels de prise en charge : impacts sur les trajectoires* ». Cahiers de l'actif n°446-447

Ressiguier. M., 2012 « Urgence d'hier, urgence de demain » Eres « Empan » (n°85)

p172-175. <http://www.cairn.info:revue-empan-2012-172.htm>

Naves P. « *La réforme de 2007 malmenée* » dans la revue TSA n°10. Mars 2010

Ravon B., « *refaire parler le métier. Le travail en équipe pluridisciplinaire réflexivité, controverses, accordage* ». Nouvelle revue de psychosociologie 2012/2 (n°14), p.97-111

<http://www.cairn.infor/revue-nouvelle-revue-de-psychosociologie-2012-2-page-97.htm>

Enfances/Psy n° 18 Dossier urgence ères 2001

Villand M., « Transversalités, pluridisciplinarité et partenariat »,2001 Enfances et psy (n°14) P.142-147. P.147

Ouvrages

Allard C. 2017 « *Pour réussir le placement familial* » 5^{ième} édition actualisée collection Actions Sociales. Éditeur ESF. P.102

Astier I., :2007 « *Les nouvelles règles du social* »PUF, Paris

Autissier D, Mouton J.M. « *Conduite du changement* » Dunod. Novembre 2016

Karpik L. « *Dispositifs de confiance et engagements crédibles* ». *Sociologie du travail*, n°4, 1996, p. 527-550, p.92.

Plane J.M « *Théories et management des organisations* ».Dunod 4^{ième} édition P.210

Lois, décrets, circulaires, rapport d'activités, projet d'établissement, plans et schéma

Loi n° 2016-297 du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfance

Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées

Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

Rapports, études et missions

Barreyre J-Y. Fiacre P : « *Parcours et situations de vie des jeunes dits incasables. Une dimension nécessaire à la cohérence des interventions* », *Informations sociales*, 2009

Handicaps et protection de l'enfance : des droits pour des enfants invisibles. Rapport 2015 du défenseur des droits

ODPE 76 : 2016 « *Etude sur les enfants confiés à l'ASE porteurs d'un handicap* »

ONED. Oui Anne, chargé d'étude. 2015 « *Accueil Familial : quel travail d'équipe ?*

Rapport remis par le Dr Marie-Paule Martin-Blachais à Laurence Rossignol, Ministre de l'enfance et des droits des femmes. 28 février 2017. « *Démarche de consensus sur les besoins fondamentaux des enfants en protection de l'enfance.* »:

Rapport d'information de Mme Muguette Dini et Michelle Meunier fait au nom de la commission des affaires sociales du Sénat n°655. 25 juin 2014

Sénat. Note de synthèse. Commission des affaires sociales. Rapport d'information de Mmes Michelle Meunier et Muguette Dini, rapporteuses.

Rapport sur la mission de chef de projet Perrin J. 2017: « *Parcours des jeunes faisant l'objet d'une mesure prise au titre de la protection de l'enfance et d'une orientation délivrée dans le champ du handicap* ».

Vitte L, 2015 : *Adolescents pris en charge par l'Unité Mobile des adolescents hospitalisés (UMAH) : une étude descriptive à la lumière des problématiques de la protection de l'enfance, Thèse de médecine, Rouen.*

Documents internes à l'IDEFHI :

Projet de service SAU 2011-2015

Projet de service AFR 2011-2015

Rapport d'activités de l'IDEFHI 2016

Référentiel AFR 2017

Rapport d'activités du SAU (2016)

Rapport d'activités de l'AFR (2016)

Organisation matricielle 2016

Liste des annexes

Annexe II : Orientation Schéma Enfance Famille C.D 76

Annexe III : Evolution du nombre de jeunes en double mesures à l'IDFHI

Annexe IV Organigramme de la DPA

Annexe VI : Organigramme de l'IDFHI

Annexe VII : Présentation IDFHI

.

ORIENTATION 3 /

Diversifier les modalités de prise en charge, par redéploiement, pour favoriser une meilleure adéquation des réponses aux besoins des familles et des enfants.

La structuration de l'offre départementale s'inscrit dans le cadre d'un schéma à moyens constants. La mise en œuvre des orientations du schéma devra permettre une optimisation et une meilleure répartition des modalités d'accompagnement d'une part et une diversification des prises en charge d'autre part. L'objectif est de poursuivre le mouvement de désinstitutionnalisation engagé depuis plusieurs années pour proposer une prise en charge adaptée aux besoins des jeunes et des familles, qui mobilise le droit commun à chaque fois que c'est possible et des réponses spécifiques lorsque c'est nécessaire.

LES ACTIONS DU SCHÉMA

- Fiche-action 7 : Initier une dynamique départementale d'optimisation des modalités d'accompagnement
- Fiche-action 8 : Mieux prendre en compte les difficultés psychologiques des mineurs et mieux intégrer les enfants porteurs de handicap dans les établissements et services ASE
- Fiche-action 9 : Appréhender de manière spécifique la prise en charge des mineurs non accompagnés (MNA)
- Fiche-action 10 : Gérer les modes de prise en charge alternatifs pour adapter l'intensité des accompagnements à l'évolution des besoins de l'enfant et de sa famille

> FOCUS
Mieux prendre en compte les difficultés psychologiques des mineurs et mieux intégrer les enfants porteurs de handicap dans les établissements et services ASE

La formation des mineurs est essentiellement expérimentée à l'école spécialisée (AES ASE) mais dans ce dernier, à vocation médicale, qui permet également les actions de prévention de crises, d'activités de développement et d'activités de soutien, les autres modalités de placement, ainsi que les autres modes d'accueil des mineurs aux difficultés aux parcours complexes, la prise en compte au sein des services et établissements de soins et familiaux, genre des besoins d'accompagnement particuliers, ceux à l'attention de dispositifs innovants, etc. Le schéma prévoit ainsi de mieux accompagner les professionnels dans la prise en charge des situations complexes, via la formation continue, de renforcer le travail en réseau avec les acteurs médicaux, sociaux, éducatifs, de favoriser l'implication des professionnels, de mieux intégrer les besoins des familles, de favoriser la coopération avec les acteurs de la protection de l'enfance, de mieux intégrer les besoins des familles, de favoriser la coopération avec les acteurs de la protection de l'enfance, de mieux intégrer les besoins des familles, de favoriser la coopération avec les acteurs de la protection de l'enfance, etc.



ORIENTATION 4 /

Mieux garantir la cohérence des parcours au travers d'une approche globale et partagée de l'enfant et de sa famille.

Une approche multidimensionnelle et un appui sur les ressources des enfants, des familles et de l'environnement, l'école en particulier, sont affirmés comme principes visant à favoriser la cohérence des parcours. Le déploiement plus large du projet pour l'enfant (PPE) sera l'un des leviers activés pour poursuivre cet objectif.

LES ACTIONS DU SCHÉMA

- Fiche-action 11 : Favoriser une approche multidimensionnelle de la prise en charge tout au long du parcours de l'enfant
- Fiche-action 12 : Faire de la scolarité et de la formation des priorités des prises en charge des enfants accompagnés et contribuer à éviter décrochage scolaire et déscolarisation
- Fiche-action 13 : Mieux accompagner les sorties de dispositif à tous les âges et mieux préparer la fin de prise en charge des grands mineurs et des jeunes majeurs

> FOCUS
Faire de la scolarité et de la formation des priorités des prises en charge des enfants accompagnés et contribuer à éviter le décrochage scolaire et la déscolarisation.

Un appui au réseau de la scolarité et de la formation éducative, ainsi que pour tous les enfants, en particulier pour les mineurs accompagnés ou pris en charge par l'ASE, la prise en compte de toutes les formes de décrochage et de déscolarisation, particulièrement élevées, en matière de territoire sera favorisée, particulièrement avec l'éducation post-primaire pour l'accompagnement des jeunes. Pour les mineurs sortants, une attention particulière sera portée au parcours scolaire, en évitant que le placement ne génère de rupture dans la scolarité, de redoublement de cours, etc. Les mineurs qui doivent être notamment accompagnés, en matière de scolarité et de formation, ont un projet éducatif, scolaire ou de formation pour chacun, à la fois globale et individuel.

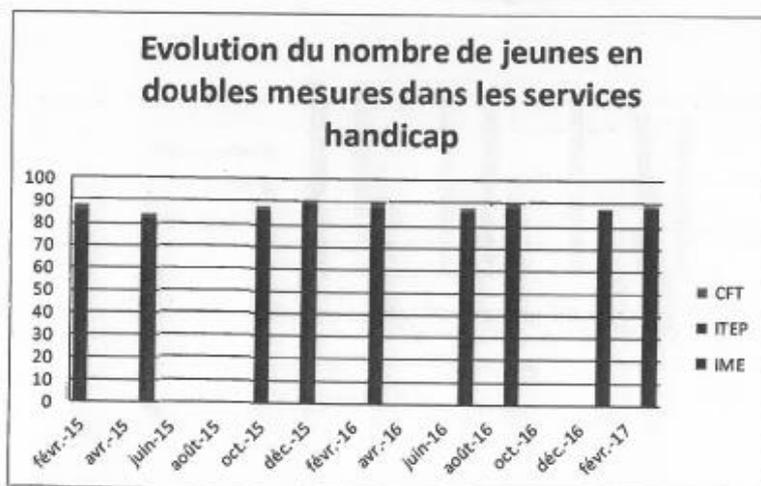
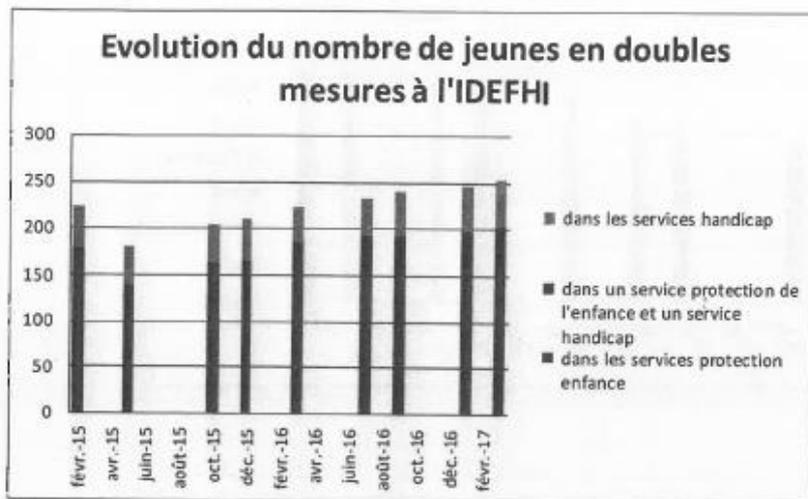
LES INSTANCES DE PILOTAGE DU SCHÉMA

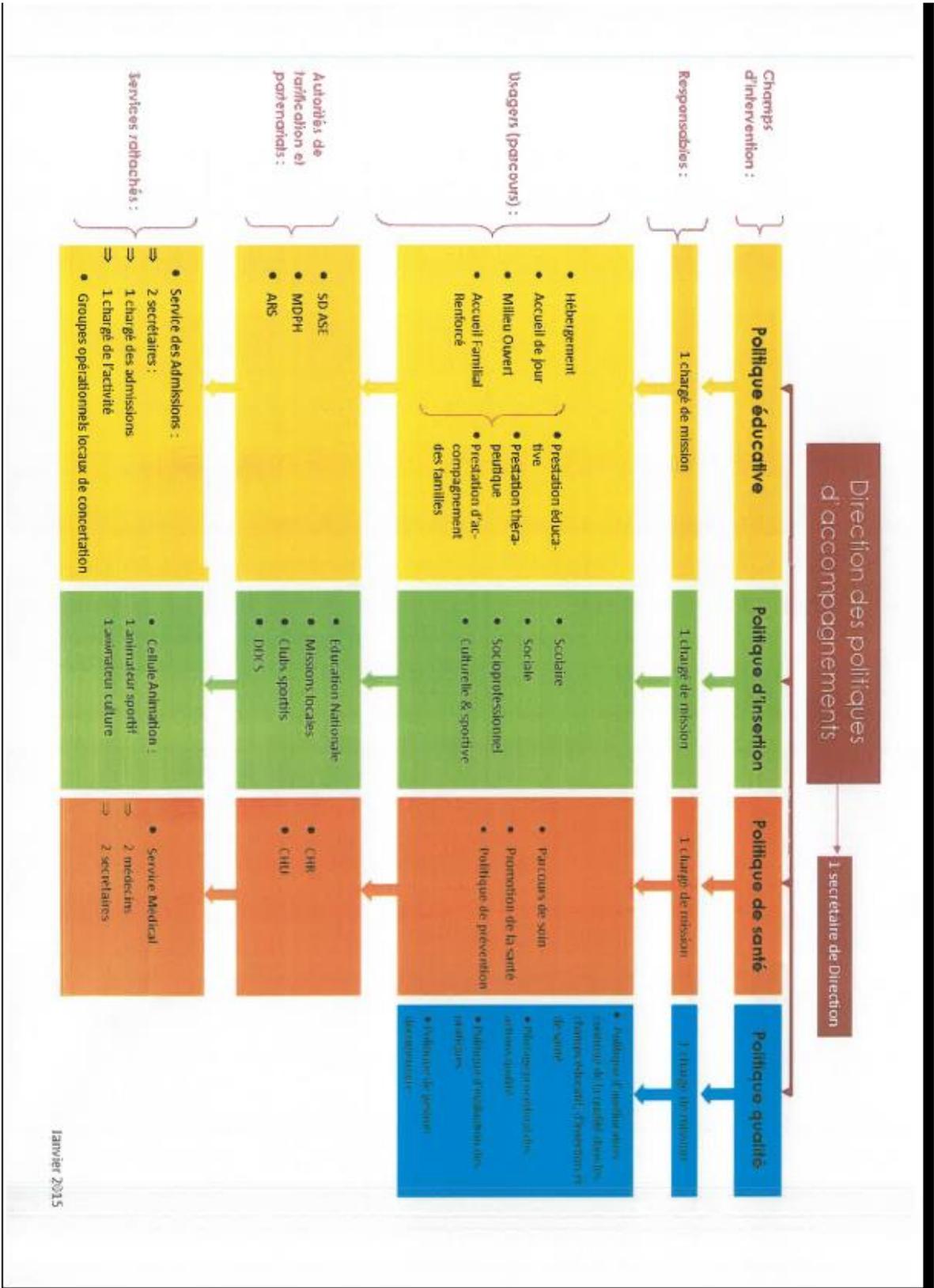
La réunion plénière de l'ODPE : instance d'avis et d'orientation	Le groupe de suivi du schéma de l'ODPE : instance technique
<p>Au moins une fois / an (quin)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suivi de la mise en œuvre du schéma • Expression d'un avis sur la politique départementale de protection de l'enfance • Validation des propositions émises par le groupe de suivi du schéma 	<p>Au moins une fois / an</p> <ul style="list-style-type: none"> • Programmation des travaux à conduire sur la période (priorisation des actions) • Echanges sur le suivi de la mise en œuvre des actions et sur les difficultés rencontrées • Redéfinition, le cas échéant, du calendrier et des modalités de mise en œuvre des objectifs stratégiques
<p>Ensemble des partenaires de la politique publique de prévention et de protection de l'enfance</p>	<p>Représentants des partenaires de la politique publique de prévention et de protection de l'enfance</p>



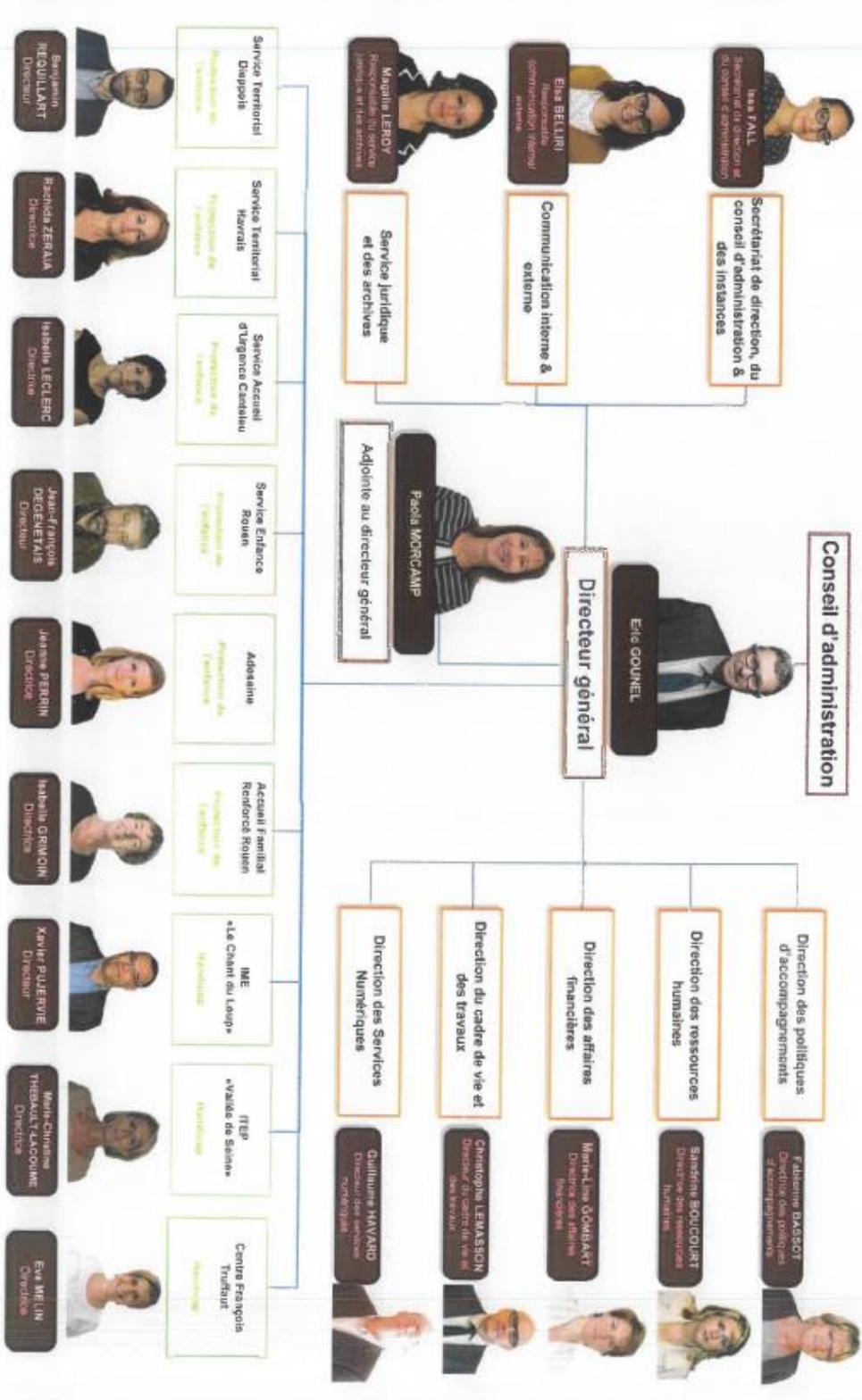
Annexe 1 :

Evolution des situations de doubles prises en charge à l'IDEFHI de Février 2015 à Mars 2017





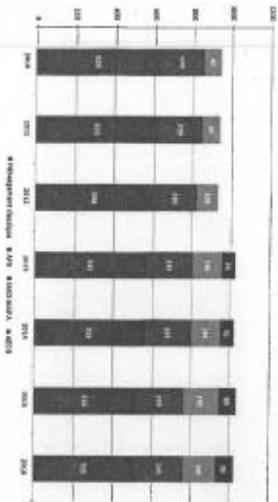
ORGANIGRAMME 2017 IDEFHI



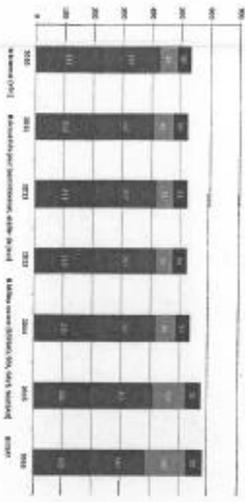
Évolution des modes de prises en charge

chiffres 2017

Dans le champ de la protection de l'enfance



Dans le champ du handicap



Chiffres clés

chiffres 2016

Budget global de 72,5 M€ dont :

Département de Seine-Maritime
53,7 M€

Agence Régionale de Santé
16,95 M€

Patrimoine

chiffres 2017

Le parc immobilier de l'IDEFHI est comparable par sa taille



à une commune de 30 000 habitants

40 structures de milieu ouvert administratifs
50 bâtiments administratifs



130 structures d'hébergement
30 bâtiments pédagogiques

Efficacité

chiffres au 31/12/2016

L'IDEFHI contribue à l'emploi de 1 284 personnes dont :

Agents des services opérationnels
1 129

Agents des services fonctionnels
155

Nombre total de recrutements en 2016*
159

*Titulaires, stagiaires et contractuels permanents y compris les contrats aidés.

L'IDEFHI accueille **1 606** usagers dont :

En protection de l'enfance
1 023

Dans le champ du handicap
583

Travailleurs de l'ESAT**
51

** Etablissement et service d'aide par le travail

<Leclerc>	<Isabelle>	<novembre 2017>
<p align="center">Certificat d'aptitude aux fonctions de directeur d'établissement ou de service d'intervention sociale</p> <p>ETABLISSEMENT DE FORMATION : <Institut du Développement Social></p>		
<p align="center">Piloter la fusion de deux services éducatifs de protection de l'enfance afin d'optimiser le parcours des jeunes en situation complexe</p>		
<p>Résumé :</p> <p>< Le champ de la protection de l'enfance est aujourd'hui confronté à l'accompagnement de mineurs en situation complexe. Ils présentent des parcours heurtés, segmentés, en miroir des cloisonnements institutionnels à l'œuvre dans l'établissement. Eviter les ruptures de parcours en appuyant notre action sur les besoins de l'enfant et la sécurisation de leurs parcours, est au cœur des recommandations et de la dernière réforme de protection de l'enfance.</p> <p>Ce mémoire propose une démarche de changement se fondant sur le postulat qu'une plus grande transversalité entre les services est de nature à limiter les ruptures.</p> <p>Je propose d'en expliciter la démarche et de montrer en quoi la fusion des deux services, Accueil d'Urgence et Accueil Familial Renforcé est susceptible de construire des représentations partagées entre les acteurs de ces deux services permettant au sein d'une nouvelle équipe pluridisciplinaire de construire des parcours coordonnés.</p> <p>.></p>		
<p>Mots clés :</p> <p><protection de l'enfance, situations complexes, besoins fondamentaux, parcours, transversalité, fusion, urgence, accueil familial, évaluation pluridisciplinaire</p>		
<p align="center"><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>		
