

Recherche-action pour l'évaluation
de mesures de Soutien à domicile renforcé
dans le cadre de la politique d'aide sociale à l'enfance

Rapport d'étude pour le Conseil départemental de l'Isère

Novembre 2016

Auteurs :

Catherine Chauveaud, chargée d'études à l'Odenore

Philippe Warin, directeur de recherche au CNRS,
Université Grenoble Alpes – Laboratoire PACTE/Odenore

Sommaire

Introduction	3
1 Objectifs de l'étude	5
2 Organisation générale et suivi de l'étude	7
2.1 Organisation générale de l'étude	7
2.2 Suivi de l'étude	8
3 Méthode d'enquête et qualité des données	10
3.1 Méthode d'enquête	10
3.2 Qualité des données	13
4 Réponses aux « questions évaluatives »	15
4.1 La maîtrise des outils de mise en œuvre des mesures de SAD renforcé	15
4.1.1 Du point de vue des responsables de structures gestionnaires	16
4.1.2 Du point de vue des cadres de l'ASE sur les territoires	16
4.1.3 Du point de vue des professionnels qui appliquent les mesures	20
4.2 L'efficacité des mesures de SAD renforcé	21
4.2.1 Du point de vue des responsables de structures gestionnaires	21
4.2.2 Du point de vue des cadres de l'ASE sur les territoires	22
4.2.3 Du point de vue des professionnels qui appliquent les mesures	23
4.2.4 Des éléments d'appréciation statistique	23
4.2.4.1 La population cible	24
4.2.4.2 Résultats	24
4.3 La pertinence des mesures de SAD renforcé	27
4.3.1 Du point de vue des responsables de structures gestionnaires	27
4.3.2 Du point de vue des cadres de l'ASE sur les territoires	29
4.3.3 Du point de vue des professionnels qui appliquent les mesures	32
4.3.4 Du point de vue des parents	32
4.3.4.1 Un avis général positif	33
4.3.4.2 Des points de vue inverses	34
4.3.4.3 Des appréciations plus nuancées ou critiques	36
4.3.4.4 Les contraintes du cumul « mesures + suivis en parallèle »	37
4.3.4.5 Des réunions peu justifiées, mais des outils bien acceptés	39
4.3.4.6 Une appréciation critique des fins de mesures	40
Conclusion	42
Annexe 1 : Enquête auprès de responsables de structures prestataires et des cadres de l'ASE sur les territoires	46
Annexe 2 : Enquête auprès de professionnels	70
Annexe 3 : Enquête auprès de parents	80
Annexe 4 : 17 portraits familiaux	90

Introduction

L'étude a pour objet les mesures de soutien à domicile (SAD) renforcé développées dans le cadre du Schéma départemental d'action sociale en faveur de l'enfance et de la famille (2014-2018) du Conseil départemental de l'Isère. Ces mesures ont été progressivement déployées sur les territoires du sud et du nord Isère dès l'automne 2014. Parallèlement, le Conseil départemental a fait le choix d'évaluer leur mise en œuvre sur une durée de deux années, le temps de leur montée en charge. L'étude confiée à l'Odenore a eu pour objectif d'accompagner la Direction de l'Insertion et de la Famille (DIF), qui porte le dispositif, dans la mise en place d'une démarche d'évaluation. Cet objectif opérationnel donne à cette étude le caractère d'une « recherche action », dans la mesure où l'intervention de l'Odenore a consisté à préparer des éléments utiles pour une évaluation par le Conseil départemental partant de travaux menés étroitement avec les acteurs, discutés et validés dans des instances réunissant leurs représentants. Cette intervention s'est déroulée de septembre 2014 à juin 2016. Au cours du premier semestre 2014, l'Odenore a participé à la préparation de l'étude et a produit à cette étape des premiers documents.

Le besoin d'évaluer s'explique par la volonté du Conseil départemental de prouver la plus-value du choix d'inscrire les mesures de SAD renforcé dans une offre de services composée principalement de deux dispositifs de placement, l'un en établissement (Maisons d'enfants à caractère social – MECS), l'autre en famille d'accueil. Le Conseil départemental justifie ce choix sur deux plans :

- La recherche d'alternatives au placement, qui par expérience apparaît comme une solution de dernier recours vu les conséquences psychiques et sociales que peut induire l'éloignement de l'enfant du domicile familial. Le soutien à domicile est pensé comme un niveau supplémentaire dans la prise en charge des enfants et des adolescents. Au-delà des témoignages recueillis dans le cadre de cette étude, il apparaît, au dire des professionnels de la protection de l'enfance, que « les enfants et adolescents qui leur sont confiés aujourd'hui n'ont plus rien à voir avec ceux d'hier. Troubles psychiques, passages à l'acte, dégradation du lien familial se cumulent pour rendre la situation explosive. Le modèle historique des MECS est réinterrogé. »¹

¹ Michel Paquet, « Les adolescents mettent les MECS sous pression », *ASH*, n° 2917, juillet 2015, pp. 30-32.

- Le besoin d'accroître le nombre de prises en charge à moyens financiers constants, considérant qu'une partie des moyens consacrés au placement en établissement doit être redéployée dans un dispositif nouveau dont le coût unitaire (la mesure individuelle) est théoriquement moins onéreux.

L'appréciation de la plus-value des mesures de soutien à domicile renforcé paraît donc à la fois sociale et gestionnaire.

Cette entrée en matière conditionne aussitôt l'évaluation qui peut être faite de ce dispositif alternatif au placement. En effet, dès lors qu'il s'agit de vérifier la plus value sociale des mesures en question, la réflexion porte sur leur efficacité en termes de prévention, traitement et sortie de situations à risques pour l'enfant et la famille, tandis que sous l'angle de leur plus value gestionnaire, l'accent est mis sur leur efficience, c'est-à-dire sur l'utilisation optimale des moyens mis en œuvre. Bien entendu ces deux dimensions sont liées, le but étant d'atteindre à la fois la meilleure efficacité et la plus grande efficience.

Partant de ces premiers termes de l'évaluation, une approche de l'évaluation de la mise en place des mesures de soutien à domicile renforcé a été construite puis appliquée de façon à apporter au Conseil départemental des premiers éléments lui permettant d'apprécier à plusieurs niveaux l'intérêt de sa nouvelle offre. Pour cela le travail réalisé par l'Odenore en lien étroit avec la DIF a procédé par étapes. C'est ce que cette note de synthèse va montrer, tout en synthétisant les principaux résultats utiles à l'évaluation globale recherchée.

1. Objectifs de l'étude

« Le placement au domicile est une mesure de protection prise soit par l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE) dans le cadre d'un accueil provisoire administratif contractualisé avec les parents, soit par le juge des enfants dans le cadre de l'assistance éducative. »² Le souhait de la DIF a été de concentrer la réflexion évaluative en priorité sur les mesures dites « renforcées », c'est-à-dire celles qui, au travers des cahiers des charges, appellent le plus d'interventions au bénéfice de l'enfant et de la famille. Ces mesures renforcées visent à éviter le placement en établissement ou en famille d'accueil.

Du point de vue réglementaire, les mesures de soutien à domicile interviennent dans le cadre de l'Accompagnement Educatif à Domicile (AED : mesure administrative qui nécessite l'accord express des parents) ou de l'Assistance Educative en Milieu Ouvert (AEMO : mesure judiciaire qui ne requiert pas l'accord express des parents mais la recherche, par le juge des enfants, de l'adhésion de la famille). « Dans le premier cas, l'enfant reste au domicile de ses parents, sachant qu'un hébergement hors domicile peut être organisé à la demande des parents ou en accord avec eux. Dans le second cas, le juge qui confie l'enfant à l'ASE précise, dans son ordonnance, que cette mesure de placement pourra s'exercer sous forme d'un hébergement quotidien au domicile des parents, sauf en cas de difficulté nécessitant un changement immédiat des modalités d'hébergement dont il lui sera fait rapport sans délai. »³ Renforcées ou non, l'AED et l'AEMO sont définies au regard de références légales, niveaux de service, public concerné, descriptif de l'intervention, production d'écrits, durée d'intervention, encadrement, financements, contrôle d'effectivité.

Tenant compte de ces définitions, la démarche d'étude s'est fondée sur un travail préalable de définition du « référentiel d'évaluation » des mesures de SAD renforcé. Le tableau ci-dessous résume ce document de base qui fixe les objectifs de l'étude. Comme on le voit, l'étude a eu à construire trois « questions évaluatives », en tenant compte à la fois de « critères de jugement/réussite » et d'« indicateurs ou descripteurs » de cette réussite. Le traitement de chaque question évaluative a appelé la réalisation d'enquêtes qualitatives dont la méthodologie est présentée plus loin.

² Ces précisions sur le cadre juridique sont extraites des *ASH*, n° 2897, février 2015, p. 30.

³ *Ibidem*.

Tableau 1 : Référentiel d'évaluation – Dispositif Soutien à domicile renforcé

Source : document DIF du 3 novembre 2014, sur la base d'une note de travail de l'Odenore du 22 octobre 2014.

Questions évaluatives	Critères de jugement/réussite	Indicateurs ou descripteurs
<p>Question n° 1 Dans quelle mesure les prescripteurs (cadres ASE et juges) et les partenaires intervenant à domicile connaissent, maîtrisent, perçoivent les outils nécessaires à la mise en œuvre des mesures de SAD renforcé, que sont les cahiers des charges (CC), le référentiel d'évaluation diagnostique en protection de l'enfance (CREAI Rhône-Alpes), le livret d'accueil destiné aux familles et/ou l'outil de reporting Eval 38, et le sens et rôle du Projet pour l'enfant (PPE) ?</p> <p>Dans la mise en œuvre des mesures de SAD renforcé, quelle utilisation est-elle faite par les intervenants à domicile du rapport d'évaluation et quelles sont les difficultés et pistes d'amélioration ?</p>	<p>Les décideurs se sont suffisamment appropriés les outils pour mettre en place le dispositif et ses outils sont considérés comme suffisants pour constituer une aide à l'orientation vers le bon niveau de service.</p> <p>L'utilisation des outils permet de définir des objectifs qui coulent de sens et d'apprécier l'évolution de l'enfant pendant le cours de la mesure.</p>	<p>Pour évaluer l'appropriation, l'Odenore propose un « descripteur du passage à un usage explicatif » des cahiers des charges, référentiel CREAMI et PPE.</p> <p>Ce descripteur répond à la question : les acteurs se servent-ils dans leurs interactions (avec quels acteurs ?) de ces outils (CC, référentiel, PPE, Eval 38) pour expliquer des objectifs d'action, cadrer des plans d'action, commenter des mesures ?</p> <p>Cette question est valable pour les prescripteurs, décideurs et partenaires intervenant à domicile (responsables et professionnels des structures).</p>
<p>Question n° 2 Dans quelle mesure le SAD renforcé permet-il de limiter les placements en établissement ou famille d'accueil (ou de faciliter/ accélérer/ stabiliser leur sortie) ?</p>	<p>Les placements seront « limités » (en nombre et durée) si le risque de danger pour l'enfant est diminué, si les compétences parentales ont été suffisamment développées et si la mesure est adaptée aux possibilités d'évolution de la famille et de l'enfant (ce qui renvoie à l'évaluation diagnostique).</p>	<p>La baisse du danger peut notamment se mesurer en considérant l'écart entre le danger qualifié dans le rapport d'évaluation, les objectifs fixés dans le PPE et la description faite dans le bilan d'évaluation rendu à l'échéance de la prise en charge.</p> <p>Sur le plan statistique, à la sortie des SAD, le % de fins de mesures ASE, des niveaux d'entrée en établissement ou famille d'accueil ou l'entrée dans des niveaux plus bas de SAD.</p>
<p>Question n° 3 Dans quelle mesure les prestations renforcées de soutien à domicile permettent-elles de répondre aux besoins des enfants et familles ?</p>	<p>Il est répondu aux besoins des enfants et familles si ceux-ci ne sont plus en danger et si les compétences parentales ont été développées, les familles parviennent à assurer leur responsabilité en étant plus autonomes.</p>	<p>La réponse aux besoins se mesure à la satisfaction des familles.</p> <p>Sur le plan statistique : idem que précédemment.</p>

2. Organisation générale et suivi de l'étude

2.1. Organisation générale de l'étude

En ce qui concerne l'organisation générale de l'étude, le point principal renvoie à la définition des terrains d'enquêtes par la DIF. En effet, ce n'est pas l'Odenore qui a proposé et surtout choisi les structures à partir desquelles les chercheurs ont mené les enquêtes. La connaissance fine de la DIF des structures prestataires sur les territoires explique évidemment qu'il en soit ainsi. Comme on le verra dans la synthèse des résultats (*cf. infra* point 4), le choix proposé par la DIF a pris en compte plusieurs paramètres.

En particulier, il y a les territoires et d'une certaine façon les publics, entre nord et sud Isère mais aussi entre agglomérations (Grenoble, Bourgoin, Villefontaine) et secteurs ruraux. La dimension territoriale – ou spatiale et populationnelle – est essentielle dans la mesure où elle permet de prendre en considération des éléments importants comme par exemple les ressources de proximité dont peuvent disposer ou pas les familles (aides de proches...) comme les services de l'ASE (autres acteurs locaux...). Ces facteurs jouent dans le traitement des situations et l'utilisation des aides à domicile. Ils rendent nécessairement attentif aux « écosystèmes » dans lesquels se décident et se réalisent les mesures de l'ASE.

En parallèle, la DIF, avec pour elle la connaissance historique des structures et de leurs évolutions, a panaché l'échantillon de structures à partir desquelles enquêter. Elle a retenu comme critères, la taille et le mode d'organisation des structures, mais aussi les logiques et pratiques d'intervention. Ce choix est central. En effet, comme on va le voir dans la présentation des résultats, des structures ont développé bien avant le Schéma départemental d'action sociale en faveur de l'enfance et la famille (2014-2018) une offre d'intervention au sein des familles, alors que certaines tout aussi anciennes ont défendu et développé un choix différent en construisant des interventions hors domicile. D'autres encore sont amenées à revoir leur offre de services, et par conséquent leur projet d'établissement, pour transformer des mesures de placement en mesures de SAD.

Aussi, la DIF a-t-elle orienté au départ l'Odenore vers 12 structures réparties sur différents territoires du département de façon à rencontrer dans un premier temps leurs responsables. A l'issue de cette première étape d'enquête, l'Odenore a rendu compte des positionnements différents des responsables des structures par rapport au choix du Conseil départemental de développer des mesures de soutien à domicile renforcé. En

attendant de rappeler les résultats de cette étape, retenons ici que cette première approche a permis à l'Odenore de classer les structures selon quatre cas de figure principaux :

① Les structures qui ont développé antérieurement au Schéma départemental d'action sociale en faveur de l'enfance et de la famille (2014-2018) une offre d'intervention au sein des familles (mais souvent aussi des dispositifs localisés) et qui s'inscrivent dès le départ dans la politique de SAD renforcé, moyennant éventuellement des ajustements dans l'organisation des interventions.

A noter que ces structures peuvent être des MECS qui ont développé des interventions au sein des familles dans le cadre de l'AED ou de l'AEMO.

② Les structures qui ont été conduites récemment, suite au Schéma départemental d'action sociale en faveur de l'enfance et de la famille (2014-2018) à modifier leur projet de service dans le sens d'interventions au sein des familles dans le cadre de l'AED ou/et de l'AEMO renforcée(s), afin notamment de suivre l'évolution des financements.

③ Les structures qui ont structuré dans le temps une offre de placement en établissement et qui sont prêtes à devenir prestataires de mesures de SAD renforcé.

④ Les structures qui ont construit dans le temps des dispositifs localisés et les défendent comme autre alternative au placement en établissement ou en famille d'accueil que les interventions à domicile.

A partir de ce classement validé par les instances mises en place pour le suivi de l'étude, la DIF a décidé en lien avec l'Odenore de retenir une structure représentative de chacun des quatre types. Au final, et selon une diversité territoriale, cinq structures ont été retenues, le choix étant fait de doubler les enquêtes pour le type 4 (les structures « réfractaires » aux mesures de SAD renforcé).

2.2. Suivi de l'étude

L'étude réalisée par l'Odenore a pu bénéficier de l'appui régulier du « Comité technique de suivi de l'étude » mis en place avec des représentants de la DIF. Le rôle du Comité associant les deux chercheurs de l'Odenore était de définir, étape par étape, les objectifs opérationnels de l'étude de mise en œuvre du référentiel d'évaluation, de discuter et

valider les outils d'enquête (grilles d'entretien et analyse statistique des données administratives transmises à l'Odenore sur les prises en charge en AED et AEMO renforcées), de discuter les rendus intermédiaires (livrables préparés par l'Odenore à l'issue de chaque étape), et de préparer les réunions du « Comité d'évaluation de l'étude ». Ce Comité a associé les représentants de toutes les structures choisies pour l'enquête ainsi que des cadres ASE des territoires. Son rôle a été de discuter les différents livrables de façon à permettre à l'Odenore d'apporter les corrections et précisions nécessaires à ces documents. En tout, le Comité technique s'est réuni une douzaine de fois, le Comité d'évaluation à six reprises à chaque fois sur une demi-journée.

L'utilité des deux instances a été incontestable. L'accompagnement de l'étude proposé par la DIF s'est donc révélé tout à fait probant. D'une part, le Comité technique, grâce à ses explications et conseils, a permis de guider le travail de l'Odenore qui découvrait en partie, dans le cadre de cette étude, les dispositifs de l'ASE⁴. D'autre part, le Comité d'évaluation a enrichi, par ses discussions, la compréhension des organisations, fonctionnements et pratiques directement intéressés par l'objet d'étude. On peut noter, que le Comité d'évaluation a validé l'ensemble des livrables de l'Odenore, partageant les résultats de l'étude parfois avec des nuances mais aussi en allant plus loin dans certaines conclusions.

Il faut également rappeler que sur proposition de l'Odenore, un séminaire de lancement a été organisé dans les locaux de la Maison des Sciences de l'Homme Alpes du CNRS, de façon à partager les retours d'expériences du service d'e l'ASE du département de la Gironde et de la direction d'une MECS de Savoie/Haute Savoie sur l'évaluation de dispositifs de l'ASE. Le compte rendu de cette réunion du 8 octobre 2014 montre l'importance pour les participants d'une « évaluation pluraliste », visant à inclure les différents points de vue, en amont, sur les questions évaluatives, en aval, sur les résultats de l'évaluation. L'étude menée ici s'est d'une certaine façon inscrite dans cette logique en allant rechercher les avis d'expérience des différents acteurs, parfois dans des dispositifs collectifs de recueil des points de vue.

⁴ Précédemment, l'Odenore a réalisé pour l'Observatoire National de l'Enfance en Danger (ONED) une recherche sur la participation aux groupes d'expression dans une MECS : Calmo P., Chauveaud C., Daran M. Mazet P., Warin P., « Analyse compréhensive de la participation et non participation des usagers de la MECS du Chaudan aux groupes d'expression », Odenore, série « Etudes et Recherches » n° 48, 2013, 102 p. [en ligne sur le site de l'Odenore].

3. Méthode d'enquête et qualité des données

3.1. Méthode d'enquête

En termes de méthode d'enquête, l'Odenore a procédé à des entretiens semi-directifs menés à partir de guides d'entretien préparés en fonction des acteurs interrogés : responsables de structures prestataires, cadres de l'ASE sur les territoires, professionnels intervenant auprès des familles, parents. Les guides d'entretien partagent des blocs de questions communes de façon à recueillir, préciser et discuter :

- Les appréciations générales de la politique de SAD renforcé.
- Les avis sur les finalités éducatives et les finalités économiques du dispositif.
- Les points de vue d'expérience sur les modalités de réalisation (cahiers des charges, référentiel d'évaluation diagnostique en protection de l'enfance, livret d'accueil destiné aux familles, Projet pour l'enfant, Eval 38) et les conditions de mise en œuvre des mesures de SAD renforcé.

Les entretiens ont été généralement individuels quand il s'est agi de responsables de structures et de parents. Mais il a pu arriver qu'avec ces acteurs des entretiens aient été menés collectivement. Pour les deux autres catégories d'acteurs, les entretiens ont été collectifs, d'une part avec les cadres ASE du nord puis du sud Isère, d'autre part avec les professionnels intervenants auprès des familles.

Les entretiens ont été réalisés le plus souvent par les deux chercheurs auteurs de l'étude. Ils se sont déroulés sur place, soit dans les locaux du Conseil départemental à Grenoble et Bourgoin-Jallieu (cadres ASE), dans les structures (responsables et professionnels), et dans les structures ou à domicile (parents).

Chaque entretien a donné lieu à une double prise de notes, puis à une analyse croisée entre les deux chercheurs. Leur durée est variable et dépend des configurations (entretiens individuels ou collectifs), elle oscille entre une heure trente et deux heures trente.

En tout, 76 acteurs ont été rencontrés lors de 36 entretiens individuels ou collectifs :

- D’abord 12 entretiens avec des responsables de structures (à deux reprises les entretiens ont eu lieu avec deux responsables, soit 14 personnes au total).
- Puis 2 entretiens collectifs avec 6 cadres ASE de territoires du nord Isère et 4 cadres ASE de territoires du sud Isère.
- Ensuite 5 entretiens collectifs avec 31 professionnels (le nombre de participants aux entretiens allant de 3 pour une structure à 8 dans deux autres). Le tableau suivant indique la diversité des professionnels intervenant auprès des familles rencontrés au cours des entretiens :

Tableau 2 : Présentation des professionnels intervenant auprès des familles rencontrés lors des entretiens

Type de Structure	Nombre participants à l’entretien	Nombre participants par profession ou statut						
		Educateur spécialisé	Moniteur éducateur	Educateur de jeunes enfants	Psychologue	Juriste	Assistant social	Chef de service
①	7	5	2					
②	8	5			1	1		1
③	3	2			1			
④a	5	1		1	1		1	1
④b	8	7			1			

- Et enfin 17 entretiens avec 21 parents (trois fois avec le couple, une fois avec 3 mères).

La DIF a donc orienté les chercheurs vers les responsables des structures et les cadres de l’ASE sur les territoires. Les responsables des structures leur ont permis de rencontrer les professionnels intervenant auprès des familles. Ces derniers, en lien avec les chefs de service ont aidé au « recrutement » de familles pour les entretiens avec des parents.

Il a été décidé par le Comité technique et validé par le Comité d’évaluation, de rencontrer des familles qui sont sorties de mesures de l’ASE récemment ou pour lesquelles les mesures de SAD renforcé arrivent à leur terme, et de s’adresser aux parents uniquement. Procéder à des entretiens en cours de mesures et *a fortiori* avec des enfants/jeunes a semblé pouvoir être source de complications pour les intervenants.

Tableau 3 : Caractéristiques des 21 parents rencontrés

	Situations familiales	Nombre de personnes interviewées	Personne en couple ou seule	Type de mesure	Nombre d'enfants concernés par une mesure ASE	Expérience du placement pour les enfants	Expérience du placement pour l'un des parents	Durée dans un parcours ASE	Sortie de l'ASE
Mme A	1	1	C	« AEMO Niv 4 »	1 ou plus	oui	non	3 ans	non
M. et Mme Mu	1	2	C	AED 2	1	non	non	1 an	non
M. S et Mme L	1	2	C	AED 2	1 ou plus	non	oui	4 ans	proche
Mme Ba	1	1	C	AED 2	1 ou plus	non	non	7 ans (interrup.)	oui
Mme A bis	1	1	C	AED 2	1	oui	non	5 ans	non
M. et Mme C	1	2	C	AED 2	1	non	non	6 mois	non
M. Be	1	1	S	AED 2	2	oui	non	3 ans	proche
Mme B	1	1	C	« AED 4 »	1	non	oui	3 ans	oui
Mme Ch	1	1	C	« AED 4 »	1	non	non	1 an	NSP
Mme M	1	1	S	« AEMO/AED 4 »	2	oui	non	4 ans	non
Mme ER	1	1	S	« AED 4 »	1	oui	non	3 ans	non
Mme C	1	1	S	« AED/AEMO 4 »	1	non	non	3 ans	non
Mme L	1	1	S	« AED 4 »	2	non	non	2 ans	oui
Mme 1	1	1	C	« AED 4 »	2	non	non	2 ans	oui
Mme 2	1	1	C	« AED 4 »	2	non	non	5 ans	oui
Mme 3	1	1	S	« AED 4 »	2	non	non	18 mois	oui
M. Lé (ex mari de Mme3)		1	S	« AED 4 »	mais 1 pour M.	non	non	18 mois	oui
Mme R	1	1	S	« Niv 4 »	1	non	non	2 ans	non

17 21

Note de lecture : Dans les entretiens il est fait état de « mesures d'AED ou d'AEMO niveau 4 ». Ces catégories n'existent en tant que telles ; il s'agit d'accueil et d'accompagnement renforcés de niveau 4.

Aucun entretien n'a pu se faire avec des juges pour enfants. Les demandes réitérées n'ont pas abouti, malgré l'appui de la DIF. Les raisons de cette impossibilité restent méconnues. Cet empêchement introduit incontestablement une limite dans l'étude. Procéder à des entretiens avec des juges aurait permis de comprendre l'importance que les juges prêtent au SAD renforcé, d'autant que la politique de Protection Judiciaire de la Jeunesse (PJJ) a été restructurée (en particulier la « mesure judiciaire d'investigation éducative » créée fin 2010⁵) et que la « dialectique » entre judiciaire et éducatif paraît à relancer aux yeux de beaucoup d'experts⁶.

⁵ La mesure judiciaire d'investigation éducative (MIJE) créée par une circulaire du 31 décembre 2010 et un arrêté du 2 février 2011 a été réformée par une note de la direction de la PJJ du 23 mars 2015. La MIJE est un outil d'information mis à la disposition des magistrats et susceptible d'être ordonné dans le cadre de procédures concernant des mineurs, qu'il s'agisse de procédures civiles (assistance éducative) ou

3.2. Qualité des données d'enquête

Ce n'est pas aux chercheurs d'apprécier la qualité des entretiens et des données d'enquête, ni *a fortiori* celle de l'étude réalisée. Pour autant, et parce que la question de la qualité ou pertinence du matériau a été abordée lors de rencontres avec la Direction de l'Insertion et de la Famille et de la Direction Générale du Conseil départemental, les auteurs du rapport sont affirmatifs sur trois points :

- Sans nécessairement cerner les tenants et aboutissants de tous les points examinés – quel enquêteur pourrait le prétendre ? –, les entretiens individuels et collectifs ont permis aux différents interlocuteurs d'être libres de leurs paroles et d'assumer leurs points de vue, parfois critiques. La longue expérience du travail d'entretien des deux chercheurs et leur fonctionnement en duo ont facilité le recueil d'un matériau de qualité.
- La pratique d'une partie des entretiens sur un mode collectif a facilité l'approfondissement de bon nombre de questions dans la mesure où la conduite de ce type d'entretien permet l'expression d'avis convergents mais aussi d'avis différents et parfois opposés, et d'atteindre ainsi dans les échanges ce que l'on appelle des « seuils » d'accord ou de désaccord.
- Les rencontres répétées avec les responsables des structures et des cadres de l'ASE sur les territoires lors des réunions du Comité d'évaluation ont facilité, de par l'explication des objectifs de l'étude et du rôle de l'Odenore (probablement aussi la confiance), les témoignages et le dévoilement des avis, certitudes et doutes, critiques ou inquiétudes.

En résumé, les données d'enquêtes paraissent robustes au regard de la conduite des entretiens et de l'analyse produite des informations recueillies. Le corpus ainsi constitué

pénale (enfance délinquante). La MIJE fournit au juge des éléments de compréhension, d'observation et d'analyse partagée sur une situation donnée et lui apporte des propositions au soutien de sa décision. Elle s'est ainsi substituée aux enquêtes sociales et aux mesures d'investigation et d'orientation éducative réalisées par les services du secteur public et du secteur associatif habilité par la PJJ (cf. Sophie André, « La mesure judiciaire d'investigation éducative », *ASH*, n° 2912, mai 2015, pp. 43-49). La simplification de la MIJE de mars 2015 introduit notamment l'obligation de remettre au juge non plus un rapport de synthèse mais un rapport conclusif avant le fin de la mesure ; cela suppose que les services de l'ASE et la structure prestataire aient pu se concerter et assurent leur présence lors de l'instance, ce qui n'est pas forcément le cas comme l'indiquent les entretiens réalisés.

⁶ Jean-Pierre Michel, « La PJJ au service de la justice des mineurs. Rapport au ministre de la Justice (18 décembre 2013) », *Journal du droit des jeunes*, 2014, n° 332, pp. 10-11. Alain Bruel, *Pratiques et évolutions de la justice des mineurs. Aperçu de clinique judiciaire*, Paris, Erès, 2015. Florence Raynal, « Judiciaire et éducatif, une 'dialectique' à relancer », *ASH*, n° 33, octobre 2015, p. 33.

pourrait évidemment être confronté à d'autres données existantes et/ou complété par d'autres enquêtes qui pourraient réutiliser, et les grilles d'entretien et les données elles-mêmes (méthode dite de « ré-analyse »), si le processus d'évaluation engagé par le Conseil départemental était poursuivi. Nous pouvons noter que des retours d'expérience sur les SAD dans d'autres départements (comme le Finistère) signalent que si le dispositif peut être controversé, il est généralement jugé par les différents acteurs comme efficace, car à la fois contraignant et proche des familles⁷⁷, et permettant des réponses plus souples⁸⁸.

Nous allons rendre compte maintenant de ce qu'il en est en Isère, près de deux ans après la mise en route des premières mesures de SAD renforcé.

⁷⁷ Audrey Guilier, « Entre internat ouvert et milieu ouvert », *ASH*, n° 2868, juillet 2014, pp. 26-29.

⁸⁸ Caroline Sédrati-Dinet, « Placement à domicile : une troisième voie ? », *ASH*, n° 2897, février 2015, pp. 33-33.

4. Réponses aux « questions évaluatives »

Présentons maintenant les principaux résultats de chacune des trois étapes de l'étude, fondées sur les entretiens avec des responsables de structures et les cadres de l'ASE sur les territoires, des professionnels intervenant auprès des familles, des parents. La présentation cherche à synthétiser les éléments de réponse apportés aux trois questions évaluatives. Les entretiens ont recueilli l'appréciation générale des différents acteurs sur la politique de SAD renforcé, mais aussi leur avis sur les finalités éducatives et les finalités économiques du dispositif, ainsi que sur les modalités de réalisation et les conditions de mise en œuvre des mesures de SAD renforcé. Notons que les entretiens ont eu lieu les premiers mois du dispositif ; aussi les points de vue ont-ils pu évoluer depuis.

Un rapport intermédiaire a été livré et validé à l'issue de chaque étape. Aussi, en accord avec le Comité technique et le Comité d'évaluation, nous reprenons ici des extraits de ces différents documents. Le lecteur a cependant la possibilité de se reporter à l'intégralité des trois livrables en question, reproduits dans les annexes.

4.1. La maîtrise des outils de mise en œuvre des mesures de SAD renforcé

Pour rappel, la première question évaluative posée est : *Dans quelle mesure les prescripteurs (cadres ASE et juges) et les partenaires intervenant à domicile connaissent, maîtrisent, perçoivent les outils nécessaires à la mise en œuvre des mesures de SAD renforcé, que sont les cahiers des charges (CC), le référentiel d'évaluation diagnostique en protection de l'enfance (CREAI Rhône-Alpes⁹), le livret d'accueil destiné aux familles et/ou l'outil de reporting Eval 38, et le sens et rôle du Projet pour l'enfant (PPE) ? Et dans la mise en œuvre des mesures de SAD renforcé, quelle utilisation est-elle faite par les intervenants à domicile du rapport d'évaluation et quelles sont les difficultés et pistes d'amélioration ?*

Ces questions portent directement sur « l'effectivité » des outils (sont-ils connus et mis en œuvre ?). Mais les entretiens permettent aussi de préciser l'intérêt et les limites des outils dans les fonctionnements courants et les pratiques, parfois au regard d'autres outils utilisés dans les structures. Sous cet angle, l'évaluation permet de recueillir les

⁹ Le CREAI est la Centre régional d'études, d'actions et d'informations en faveur des personnes en situation de vulnérabilité. Le lien avec le CRAI Rhône-Alpes : <http://www.creai-ra.com/>

avis également sur « la pertinence » des outils (les outils ont-ils du sens au regard des objectifs poursuivis ?).

4.1.1. Du point de vue des responsables de structures prestataires

Quels que soient le type de structure qu'ils dirigent, les responsables rencontrés portent des appréciations convergentes sur les modalités d'intervention. Les modalités (CC, PPE, et même EVAL 38) sont jugées comme utiles pour les relations avec les services de l'ASE et efficaces pour l'implication des familles dès lors que les mises en œuvre sont collectives et interviennent tôt. Pas d'incompatibilité forte est exprimée avec les outils internes (notamment les Documents individuels de prise en charge – DIPEC), les CC ont même des effets organisationnels forts, importants pour les structures. Les principaux inconvénients pointés par les deux groupes les plus distants (1 et 4) portent sur la redondance des instances nécessaires pour l'élaboration des documents (de leur version provisoire à leur version définitive) et les contraintes que cela représente pour les familles (« violence administrative »).

Les appréciations rendues sur les conditions de mise en œuvre des mesures sont moins nombreuses que celles portées sur les autres plans. Elles sont également plus réservées et concernent essentiellement les limites rencontrées par les services de l'ASE sur les territoires dans la préparation et le suivi des mesures. Du point de vue des structures partenaires, les difficultés qui peuvent être rencontrées dans la mise en œuvre varient d'un territoire à l'autre et dépendent des moyens et de la structuration des services de l'ASE.

4.1.2. Du point de vue des cadres de l'ASE sur les territoires

Les points de vue recueillis auprès des cadres de l'ASE sur les territoires précisent ces avis. Le Schéma départemental et l'ensemble des outils (Cahiers des charges, PPE, référentiel CREAL...) sont connus. Néanmoins, plusieurs cadres indiquent que l'information sur les mesures de SAD renforcé a été tardive. Dans certains cas, l'information est venue de structures partenaires. Sans se formaliser pour autant, les cadres considèrent que des informations et surtout des décisions/directives seraient bienvenues pour les aider dans la mise en œuvre des mesures. Ces attentes concernent très directement les modalités de réalisation des mesures. Elles rejoignent pour une part celles exprimées par des responsables de structures partenaires. Elles portent sur :

- ***Le flou de certaines notions***

La notion principale de « placement » est floue dans la mesure où le terme est employé par les professionnels lorsqu'il s'agit aussi du domicile familial (alors

que la DIF ne parle pas de « placement à domicile »). De même, la notion d'« intervention à domicile » donne lieu à des interprétations multiples du fait du besoin d'ajuster au mieux l'intervention aux besoins et contextes familiaux, mais aussi aux contraintes d'organisation des structures. En l'absence de précision, le comptage des interventions est difficile aux yeux de bon nombre de cadres comme des responsables de structures.

▪ ***La place des PPE à assurer***

Le département de l'Isère fait partie des quelques départements qui ont défini un PPE type¹⁰. C'est loin d'être le cas partout. Cela étant, la mise en œuvre des PPE est parfois tardive sur certains territoires. Elle peut intervenir après le démarrage de la mesure. Une première explication se trouve dans les moyens et l'organisation des services de l'ASE. Cela étant, d'autres raisons entrent en ligne de compte. Notamment, aux dires de plusieurs cadres, le PPE ne paraît pas calé pour l'AEMO renforcée dans la mesure où certains territoires sont, lors des entretiens de janvier/février 2015, en train de prendre en compte la décision du Conseil départemental d'octobre 2014 de confier à l'ASE l'exécution des ordonnances prononcées par le juge (au titre de la garantie de continuité voulue par la Loi de 2007). A noter que l'ASE est souvent à l'origine même des ordonnances.

Par ailleurs, l'application du PPE n'obère en rien l'utilisation d'autres documents individuels de prise en charge propres aux structures (les DIPEC notamment). Cela indique probablement que le PPE s'apparente encore beaucoup à un document administratif classique et que par conséquent il n'est pas devenu totalement l'outil de référence attendu¹¹.

▪ ***Des référents à désigner***

Cette question est liée à la précédente. En effet, une fin de mesure d'AEMO appartient au juge. Une fin de mesure d'AEMO renforcée est décidée en lien avec le Conseil départemental. Or avec une AEMO classique le référent est un

¹⁰ Muguette Dini, Michelle Meunier, « Rapport d'information fait au nom de la Commission des affaires sociales sur la protection de l'enfance », Sénat, rapport n° 655, juin 2014, p. 34.

¹¹ « En outre, il est fondamental que le PPE devienne un document de prise en charge globale, c'est-à-dire traitant de toutes les dimensions du développement de l'enfant (sociale, médicale, éducative, affective, etc.). Trop souvent, lorsqu'un PPE est élaboré, celui-ci s'apparente à un document administratif classique, mentionnant toutes les données relatives à l'organisation du suivi de l'enfant (situation familiale, noms des intervenants, modalités de prise en charge, objectifs fixés, délais prévus, etc.). Or, comme son nom l'indique, le « projet pour l'enfant » est bien plus qu'un simple dossier de prise en charge ; il doit être l'outil par lequel les services départementaux, en coordination avec l'ensemble des professionnels, et - lorsque la situation le permet- en collaboration avec les parents, s'interrogent sur le parcours de vie de l'enfant et mettent en place les actions nécessaires à son épanouissement. ». Cf. M. Dini, M. Meunier, op. cit., 2014, p. 65.

travailleur social du Conseil départemental ou d'un service habilité, tandis qu'avec une mesure d'AEMO renforcée il s'agit du professionnel de la structure chargée de la mise en œuvre de la mesure. Du coup, la question est posée de savoir quel professionnel participe à l'audience relative à une fin de mesure d'AEMO renforcée. Le travailleur social de la structure partenaire ou bien le travailleur social de l'ASE sur le territoire ? Qui est mandaté et qui en a le temps ?

Sachant que des instances réunissant les différents acteurs se tiennent avant les audiences, la remarque a été faite lors des entretiens que ce n'est pas le manque d'information qui fait obstacle. A noter que le rapport sénatorial de 2014 cité plus haut indique en l'espèce : « il serait intéressant de développer la pratique consistant à désigner, pour chaque PPE signé, un référent ASE exclusivement chargé de son suivi et de son évaluation. » (p. 66).

▪ ***Le rapport circonstancié en fin de mesure d'AEMO***

La Loi de 2007 exige de la structure partenaire qu'elle remette un rapport circonstancié au Conseil départemental en fin de toutes mesures d'AEMO. Apparemment, les rapports ne sont pas uniformes et surtout pas systématiquement remis au Conseil départemental alors qu'ils le sont au juge.

▪ ***L'information sur les disponibilités des structures***

Les cadres de l'ASE sont normalement informés des disponibilités d'intervention des structures. Les juges pas forcément. Sans une information actualisée, les acteurs sur les territoires manquent de capacité de prévision. Lorsque les structures partenaires tardent à présenter leur projet de service, notamment parce qu'elles attendent des précisions demandées, le circuit d'information sur les disponibilités peut se gripper.

Les cadres de l'ASE sur les territoires précisent également leurs points de vue sur les conditions de mise en œuvre des mesures de SAD renforcé. La Loi de 2007 a intégré dans ses objectifs le renforcement du repérage du danger pour l'enfant. Pour cette raison, le secteur médical et médicosocial, comme celui de l'éducation sont appelés à être des partenariats actifs. Des départements, comme celui de l'Isère, y parviennent¹². De fait, la provenance des « informations préoccupantes » est élargie à différents acteurs des territoires. Le rôle d'examen qui incombe au Conseil départemental est du coup accru. Les services du Conseil départemental se retrouvent par conséquent à centraliser et à vérifier des flux d'informations. Ce travail est d'autant plus considérable que par ailleurs les juges ont perdu de leurs moyens d'investigation rapide. Des cadres de l'ASE

¹² M. Dini, M. Meunier, op. cit., 2014, p. 40.

indiquent que sur leurs territoires 40 à 50% des informations remontent d'établissements scolaires ; ces informations sont souvent liées à des conflits conjugaux, parfois avec des cas de violence.

Or la qualification des informations reçues en informations préoccupantes est produite par les services de l'ASE sur les territoires ; cela demande de leur part d'expertiser l'information. En moyens contraints, cela conduit à jongler entre plusieurs activités à la fois (examen des informations, diagnostic complémentaire, préparation des mesures, suivi des mesures, fin de mesures).

De plus, la Loi de 2007 impose des conditions dans la mise en œuvre (participation des familles, recherche de l'adhésion...). Cela induit un processus par instances successives qui peut être long. Or dans un contexte d'instruction plus tardive, ce processus réduit la possibilité de parcours entre l'AED et l'AEMO, et entre classique et renforcé. Cette possibilité semble à beaucoup d'acteurs de plus en plus ténue, a fortiori vu la complexité des besoins.

Outre ces aspects essentiels, deux autres remarques sont à prendre en compte concernant les contraintes qui pèsent sur les conditions de la mise en œuvre. Elles sont partagées aussi bien par les cadres de l'ASE que par des responsables de structures partenaires.

- ***La perte de ressources sur les territoires***

Dans le nord Isère en particulier, de nombreux responsables de structures et les cadres de l'ASE sur les territoires constatent la réduction ou la disparition de moyens extérieurs sur lesquels ils pouvaient prendre appui : lits en services psychiatriques, pédopsychiatres, généralistes et spécialistes, services d'accueils spécialisés... Pour cette raison, les mesures de l'ASE d'une façon générale et du SAD renforcé en particulier peuvent ne pas trouver ou perdre leur efficacité.

- ***Les coûts des changements de mesures***

Modifier une mesure et a fortiori changer de mesure a un coût élevé pour les services de l'ASE comme pour les familles et les structures partenaires. Recommencer un cycle d'instances, passer à d'autres professionnels est chronophage mais aussi – et surtout – déstabilisant pour les familles. Ces situations mettent en exergue la complexité de la construction de la protection de l'enfance : habilitations spécifiques par type de mesure, multiplications des documents et des instances, flou dans la désignation d'un référent tout au long d'un parcours dans des mesures de l'ASE, ... et ce, dans un contexte d'offres

contingentées et de calcul de coûts pour être moins cher que le placement en établissement.

4.1.3. Du point de vue des professionnels qui appliquent les mesures

Au moment des entretiens, les points de vue sont sévères et indiquent parfois que les professionnels intègrent plus les outils par contrainte que par conviction. Ils notent tous que la démultiplication des outils n'a pas de réelle plus-value pour la définition et le suivi des mesures, mais représente cependant des coûts, et pour les familles, et pour les professionnels.

Le sentiment d'une bureaucratisation de l'ASE est fort. Ce qui va de pair avec la perception critique de la logique économique du SAD abordée plus loin. Se construit ainsi la perception d'une administration éloignée du terrain.

Beaucoup de professionnels attendent une concertation sur les outils, en particulier pour des outils aidant le suivi-évaluation des actions et résultats. A noter des réflexions internes entre professionnels sur les outils ou fonctions nécessaires à mettre en place. Soit autant d'éléments qui pourraient être utiles à un management participatif initié par la DIF. Ce besoin de concertation est à mettre en rapport avec le constat largement partagé de situations qui, globalement, seraient plus complexes qu'auparavant (part croissante du psychique), alors même – comme le disent certains professionnels – que les attentes vis-à-vis des familles sont plus fortes ou exigeantes, et de fait peuvent compliquer les rapports aux professionnels.

A noter que le référentiel d'évaluation des situations en protection de l'enfance est très largement méconnu. De rares professionnels ont et connaissent le document ; celui-ci n'est pas utilisé pour autant.

Les avis sur les conditions de réalisation des mesures renforcées sont à l'image des précédents, plutôt critiques ou interrogatifs. Il ne faut cependant pas oublier que les entretiens interviennent peu de temps après la mise en œuvre et que si les opinions peuvent paraître souvent tranchées, leur expression – au cours des entretiens – manque de recul. Dit autrement, les points de vue peuvent évoluer. On est encore au stade d'un « round d'observation », si bien que les points de vue témoignent d'une forme de « régulation autonome » en réponse à la « régulation de contrôle » que semblent inspirer les dispositifs aux professionnels¹³. Toutefois, on peut souligner également sur le plan

¹³ Ce type de confrontation accompagne le plus souvent les changements introduits dans les organisations. Le texte de référence sur cette question est celui de Jean-Daniel Reynaud, « Les régulations dans les

des conditions de réalisation un certain décalage entre les avis des professionnels et celui des responsables vus au tout début du travail d'enquête, à partir desquels – faut-il rappeler – le classement entre structures a été proposé.

Ceci dit, il ressort des échanges avec les groupes de professionnels que les avis sont surtout porteurs d'attentes de précisions sur la définition des PEC et de besoins d'attention et de retours de la part de l'ASE sur les informations que les professionnels peuvent faire remonter. Ces attentes varient cependant d'une structure à l'autre et selon leur implantation territoriale ; ce qui revient à nouveau à remarquer la diversité des moyens et pratiques des services de l'ASE sur les territoires.

4.2. L'efficacité des mesures de SAD renforcé

La deuxième question évaluative posée est : *Dans quelle mesure le dispositif soutien à domicile renforcé permet-il de limiter les placements en établissement ou famille d'accueil (ou de faciliter/accélérer/stabiliser leur sortie) ?*

Cette deuxième question est principale pour le Conseil départemental puisqu'elle interroge « l'efficacité » au travers des mesures de SAD renforcé, c'est-à-dire la possibilité à partir du diagnostic des situations et dans l'intérêt de l'enfant et de la famille d'éviter une mesure de placement.

4.2.1. Du point de vue des responsables de structures prestataires

A défaut de données sur les conséquences des mesures de SAD renforcé en termes d'évitement de mesures placement (ou d'amélioration de la préparation de placements ou de sortie de placements), les points de vue sont généraux et portent globalement sur l'efficacité économique supposée des mesures en question.

Sur ce plan, les structures qui adhèrent le plus au SAD renforcé sont aussi réalistes. Pour certaines, le SAD renforcé est un « virage à prendre » de façon à préserver des budgets. C'est un défi managérial (maintenir un équilibre budgétaire tout en opérant une reconversion plus ou moins profonde de leur projet de service). Pour les structures qui ont développé des dispositifs d'intervention aux coûts de fonctionnement élevés, le SAD renforcé est perçu comme une menace directe. Cela est en lien avec la critique de la pertinence éducative du SAD renforcé discutée plus loin.

organisations : régulation de contrôle et régulation autonome », *Revue Française de Sociologie*, 1988, volume 29, n° 1, pp. 5-18.

4.2.2. Du point de vue des cadres de l'ASE sur les territoires

Aucun des cadres rencontrés ne relativise la finalité économique du SAD renforcé. L'objectif d'efficacité des moyens alloués à l'ASE n'échappe à personne. Cette réalité s'impose à tous, de façon variable selon les territoires.

La finalité économique est perçue en termes de rationalisation des mesures de l'ASE et d'économie budgétaire globale. Notamment, il s'agit de mettre fin, via l'AED renforcée, au cumul de mesures qui était courant précédemment. Des cadres notent en même temps que l'AEMO renforcée réduit les possibilités laissées jusque-là aux juges d'ordonner plusieurs mesures.

En même temps, les exigences de suivi des mesures renforcées demandent une capacité d'intervention que les territoires ne peuvent pas toujours assumer. Certains sont dans des difficultés chroniques de sous-effectifs, d'autres dans des difficultés plus ponctuelles. Pour tous les cadres, le renforcé signifie « plus de visites, plus de vigilance, plus de continuité ». Plusieurs difficultés liées aux ressources sont mises en avant.

- ***Des ressources limitées en AED renforcée***

La régulation entre administratif et judiciaire atteint ses limites du fait du contingentement du nombre de mesures en AED renforcée. Les cadres constatent la difficulté à gérer le flux de mesures d'AED renforcée.

Le niveau 3 permet d'accéder à des moyens complémentaires pour étayer les mesures. Cela étant, sur certains territoires la recherche de moyens complémentaires se fait autrement, notamment en direction d'autres services du Conseil départemental sur le territoire. Cette possibilité est limitée puisque dans ce cas le besoin de moyens complémentaires est reporté sur d'autres budgets que celui de l'ASE.

- ***Peu de recours au placement séquentiel en cas de crise***

L'AED et l'AEMO renforcées ne prévoient pas cette possibilité. Or, certaines situations obligent les services de l'ASE sur les territoires à procéder à du placement séquentiel, souvent en urgence. Il faut pour cela disposer de capacités d'accueil. Dans ce cas, le danger prévaut sur la règle du non cumul de mesures.

- ***Les difficultés à répondre à des ordonnances de mesures d'AEMO renforcée***

Bon nombre de cadres s'inquiètent des difficultés rencontrées pour donner suite à des ordonnances de mesures d'AEMO renforcée. Les cadres sont alors conduits

à présenter aux juges des propositions alternatives ou à ne pas exécuter – pour un temps – leurs ordonnances.

L'inquiétude partagée porte sur la qualité de la réponse à apporter, mais aussi sur le jeu des responsabilités juridiques le cas échéant. Cette question des responsabilités est évoquée par plusieurs acteurs qui manifestent en la matière un besoin d'information collective.

4.2.3. Du point de vue des professionnels qui les appliquent

D'une façon générale, les professionnels rencontrés perçoivent la politique de SAD renforcé comme une recherche d'équilibre entre moyens et besoins, comme dans beaucoup de domaines. Ils accueillent cette raison avec un certain fatalisme. La réalité gestionnaire est cependant plus ou moins directement ressentie par les professionnels selon les structures. Cela rend compte de la diversité des « modèles économiques » de chacune d'entre elles.

Cela étant, les professionnels voient croître leur charge de travail et certains semblent atteindre parfois le maximum avec des situations de plus en plus lourdes. Comme chez les responsables de structures, une certaine inquiétude pointe lors des entretiens sur le sens des pratiques socioéducatives et l'évolution des services à rendre (mais pas explicitement sur l'emploi).

4.2.4. Des éléments d'appréciation statistique

L'Odenore a également procédé à une analyse statistique de l'évolution des mesures d'AED et d'AEMO renforcées entre novembre 2014 et juin 2015, en lien avec l'étude de cohorte réalisée par la DIF. L'objectif de cette étude ancillaire était de savoir ce que sont devenues huit mois après ces mesures actives à un instant T (novembre 2014). L'analyse ne tient donc pas compte des nouvelles mesures au cours de la période.

Le choix de ces dates a été décidé par la DIF. Il a du sens du fait que l'entrée en vigueur des mesures de SAD renforcé s'est faite au cours du deuxième semestre 2014. L'analyse statistique en question concerne donc la période de montée en puissance de ces nouvelles mesures. Le nombre d'enfants/jeunes qui en bénéficient en novembre 2014 est par conséquent relativement réduit. Pour autant, les effectifs sont suffisants pour produire des résultats.

4.2.4.1. La population cible

Parmi les 5 015 enfants/jeunes qui bénéficient de mesures de l'ASE en novembre 2014, 252 (soit 5%) sont, à cette date, concernés (en simple ou double mesures) par des mesures d'AED-R niveau 2 (121), d'AEMO-R niveau 2 (31) et de mesures de niveau 4 (100). Parmi ces 252 enfants/jeunes, 60 d'entre eux (soit 24%) ne seront plus à l'ASE en juin 2015.

Parmi ces 252 enfants/jeunes une très large majorité (244, soit 97%) est en simple mesure renforcée en 2014 et en 2015 (ces 244 enfants/jeunes représentent un peu plus de 5% des 4 689 enfants/jeunes en simple mesure, quelle qu'elle soit, en novembre 2014). Les 8 enfants/jeunes restants, qui ont donc une double mesure, font l'objet d'une AED-R niveau 2.

La population cible des enfants/jeunes avec des mesures de SAD renforcé concerne donc essentiellement des enfants/jeunes en simple mesure en 2014 et en 2015 (lorsqu'ils ne sont pas sortis de l'ASE en juin 2015).

4.2.4.2. Résultats

- ***Une stabilité dans les mesures renforcées quand les enfants/jeunes ne sont pas sortis de l'ASE au cours de la période***

3 groupes sont identifiés : les enfants/jeunes avec, en novembre 2014, une simple mesure d'AED-R niveau 2 ; ceux, à la même période, avec une simple mesure d'AEMO-R niveau 2 ; ceux, toujours en novembre 2014, avec une simple mesure de niveau 4.

Parmi les 113 enfants/jeunes en simple mesure d'AED-R niveau 2 en novembre 2014 et en juin 2105 :

- 38 sont sortis de l'ASE (34%).
- 65 n'ont pas changé de mesure (58%).
- Pour les 10 autres (9%), ils :
 - ont glissé vers une mesure d'AEMO-R niveau 2.
 - sont passés dans une AED niveau 1
 - dans une AEMO niveau 1.
 - ou bien ont été placés en établissement ou en famille d'accueil.

Parmi les 31enfants/jeunes en simple mesure d'AEMO-R niveau 2 en novembre 2014 et en juin 2015 :

- 23 n'ont pas changé de mesure (74%).

- Les autres sont soit
 - sortis de l'ASE.
 - passés dans une AED-R niveau 2.
 - ou bien placés en établissement ou en famille d'accueil.

Parmi les 100 enfants/jeunes en simple mesure renforcée niveau 4 en novembre 2014 et en juin 2015 :

- 17 sont sortis de l'ASE (17%).
- 81 n'ont pas changé de mesure (81%).
- les derniers sont passés dans une mesure d'AEMO niveau 1 (2%).

Ces résultats laissent envisager une stabilité dans la mesure de SAD renforcée (surtout en niveau 4), à moins que les enfants/jeunes ne sortent des dispositifs de l'ASE. Ils montrent également qu'aucun enfant/jeune en simple mesure renforcée niveau 2 est passé dans du niveau 4, et que très peu (6 sur 244, soit à peine 2,5%) ont été placés en établissement ou en famille d'accueil.

Le constat est donc que les mesures d'AED et d'AEMO renforcées jouent plutôt bien leur rôle d'évitement du placement, et que le niveau des mesures établi au départ, quand il évolue, va dans le sens d'une mesure de moindre niveau.

- ***Une possibilité offerte pour sortir du placement***

L'intérêt des nouvelles mesures s'apprécie sur un autre plan également, à savoir celui de la possibilité de sortir de placements. En effet, toujours parmi les enfants/jeunes en simple mesure en novembre 2014, 1 889 (soit plus de 40% du total des enfants/jeunes en simple mesure à cette date) sont placés à cette date. Si l'on suit l'évolution de ce groupe de 1 889 enfants/jeunes, outre les 1 629 qui restent placés (soit 86%), il apparaît que :

- 223 des enfants/jeunes placés en novembre 2014 sont sortis de l'ASE en juin 2015 (12%).
- 37 sont passés dans des mesures d'AED ou d'AEMO renforcées ou pas (2%) :
 - 20 dans une mesure d'AEMO ni 1.
 - 8 dans une mesure de niveau 4.
 - 6 dans une mesure d'AED niveau 1.
 - Les derniers dans une mesure d'AED-R niveau 2 ou d'AEMO-R niveau 2.

- ***Les doubles mesures, des premières indications à vérifier***

Au-delà des enfants/jeunes qui bénéficient de mesures renforcées en 2014, pour la plupart d'entre eux en simple mesure, d'autres groupes sont à considérer. Ils concernent des enfants/jeunes qui sont soit : en double mesure en 2014 et 2015 ; en double mesure en 2014 mais en simple mesure en 2015 ; en simple mesure en 2014 mais en double mesure en 2015.

L'examen de ces 3 groupes et de leur évolution est utile. Il apporte plusieurs constats qui mériteraient d'être étudiés dans le temps de façon à vérifier l'existence de tendances :

- Parmi les 174 enfants/jeunes qui sont en double mesure en novembre 2014 et qui le sont encore en juin 2015, aucun n'est concerné – à l'une ou l'autre de ces deux dates – par une double mesure intégrant une mesure d'AED ou d'AEMO renforcée. Ce résultat indiquerait qu'aucune mesure d'AED ou d'AEMO renforcée ne vient « doubler » durablement une mesure de placement.
- Parmi les 102 enfants/jeunes qui sont en double mesure en novembre 2014 mais en simple mesure en juin 2015, 6 étaient placés en 2014 avec en plus une mesure d'AED-R niveau 2. En juin 2015, ces 6 enfants/jeunes sont soit :
 - sortis de l'ASE ;
 - restés en établissement ;
 - restés en famille d'accueil.

Autrement dit, très peu d'enfants/jeunes placés en 2015 l'étaient déjà en 2014 avec en plus une double mesure de SAD renforcé (AED-R niveau 2 en l'occurrence). Lorsqu'un élément de la double mesure tombe ce ne serait pas le placement, mais la mesure de SAD renforcé prise pour préparer l'entrée ou la sortie de placements. Cette observation mériterait d'être poursuivie dans le temps.

- Parmi les 50 enfants/jeunes qui sont en simple mesure en novembre 2014 mais en double mesure en juin 2015 :
 - Moins de 4 ont une simple mesure d'AED-R niveau 2 en 2014 et la conservent en 2015 mais sont placés entretemps, soit en établissement (1 enfant/jeune), soit en famille d'accueil (1). Dit autrement, aucun jeune ou presque avec une mesure de SAD renforcé est par la suite placé tout en conservant cette mesure.

- 15 sont placés en novembre 2014 et le sont toujours en juin 2015 ; la plupart bénéficient d'une mesure d'AEMO niveau 1.

Ces deux observations méritent également d'être poursuivies dans le temps. L'une pour vérifier que les cas de placements alors qu'une mesure de SAD renforcé existe et est maintenue sont rares sinon exceptionnels. L'autre pour voir si une mesure de SAD renforcé qui s'ajoute à du placement permet de sortir de celui-ci « plus rapidement » (ce que seule une étude de dossier peut permettre de dire).

4.3. La pertinence des mesures de SAD renforcé

En posant la troisième question évaluative, la DIF a voulu mesurer la pertinence des mesures de SAD renforcé au regard des réponses apportées aux enfants et familles. Cette question était formulée ainsi : *Dans quelle mesure les prestations renforcées de soutien à domicile permettent-elles de répondre aux besoins des enfants et familles ?*

Le système d'enquête par entretiens a permis de collecter les points de vue des acteurs professionnels autour d'un questionnement global portant sur la finalité éducative des mesures proposées. Parallèlement, les entretiens avec les parents ont porté au niveau des expériences vécues, souvent par comparaison avec d'autres mesures lorsque le SAD renforcé s'inscrit à la suite.

4.3.1. Du point de vue des responsables de structures prestataires

Les appréciations sont plutôt favorables, sauf pour le groupe 4. La pertinence du SAD renforcé provient, outre de l'alternative au placement qu'elle représente, de la possibilité de travailler directement et durablement dans l'environnement familial, avec parfois le recours à des activités hors domicile (« étayage » des mesures de SAD renforcé). La pertinence est toutefois questionnée en cas de changement de structure partenaire. Dans ce cas, le dispositif ne garantit pas la continuité du service qui est pourtant perçue comme nécessaire sinon indispensable dans les relations avec les familles. Elle est même contestée lorsque l'intervention à domicile apparaît focalisée sur le danger pour l'enfant ; les responsables de structures pointent alors l'AED renforcée. Les acteurs en question ne la considèrent pas comme la meilleure approche pour développer *la parentalité* et (re)construire le lien.

« Par « parentalité », de quoi parle-t-on ? Une définition institutionnelle a été donnée il y a peu par le Comité national de soutien à la parentalité, signe d'un besoin de précision après plus de dix ans de développement de ces dispositifs : « La parentalité désigne l'ensemble des façons d'être et de vivre le fait d'être parent. C'est un processus qui conjugue les différentes dimensions de la fonction parentale, matérielle, psychologique, morale, culturelle, sociale. Elle qualifie le lien entre un adulte et un enfant, quelle que soit la structure familiale dans laquelle il s'inscrit, dans le but d'assurer le soin, le développement et l'éducation de l'enfant. Cette relation adulte-enfant suppose un ensemble de fonctions, de droits et d'obligations (morales, matérielles, juridiques, éducatives, culturelles) exercés dans l'intérêt supérieur de l'enfant en vertu d'un lien prévu par le droit (autorité parentale). Elle s'inscrit dans l'environnement social et éducatif où vivent la famille et l'enfant » (2). Cette définition, fort longue et complexe, montre à la fois l'aspect multidimensionnel du terme (juridique, matériel, économique, culturel, psychologique...), son caractère évolutif qui relève donc d'un processus, et sa finalité, qui est l'intérêt supérieur de l'enfant. La parentalité renvoie à une certaine conception du rôle de parents et à la place de l'enfant, devenu sujet, dont l'intérêt doit être préservé et le bien-être, assuré (3). La parentalité véhicule, à ce titre, des normes, reposant sur des conceptions parfois divergentes de la famille et des objectifs éducatifs qui lui sont assignés. »

(1) Un rapport de février 2013 de l'Inspection générale des affaires sociales sur l'évaluation de la politique de soutien à la parentalité établit une liste de six dispositifs : les réseaux d'écoute et d'appui aux parents (Reaap), les lieux d'accueil enfants-parents (Laep), les contrats locaux d'accompagnement à la scolarité (Clas), la médiation familiale, les espaces rencontres et les points d'information aux familles.

(2) Voir le site internet : http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/avisdefinition_CNSP_10_11_2011.pdf

(3) La Convention européenne sur la protection de l'enfance parle de « bientraitance » et non plus de « maltraitance ».

Source : Dauphin S., « Introduction », *Politiques sociales et familiales*, 2014, n° 118, p. 3.

Au-delà du constat, il s'agit d'expliquer ce manque d'adhésion, nonobstant la « menace économique » que peut constituer l'AED renforcé pour les structures qui ont développé des dispositifs localisés ayant leur propre coût de fonctionnement. L'explication principale se situe au niveau du sens de l'intervention éducative. Sur ce plan, le manque d'adhésion tient – selon nous – à l'interprétation qui est faite de l'AED renforcée. Les acteurs en question interprètent l'AED renforcée sous le prisme du « danger pour l'enfant » perçu comme la justification d'une approche sécuritaire des besoins de l'enfant¹⁴. Et ce, alors même que ces acteurs considèrent que le problème central est celui du lien (ou des liens/rerelations au sein de la famille) et qu'ils ont les moyens pour agir dans ce sens. Pour eux, prévenir ou sortir du danger passe nécessairement par un travail sur ce lien¹⁵. C'est, de leur point de vue, le fond de l'action éducative, qui, sinon, devient essentiellement une action de contrôle social. Ces acteurs se réfèrent directement à l'idée de prévention (accent majeur de la Loi de 2007) pour justifier leur position : pas de prévention sans travail sur le lien¹⁶. Surtout, ils observent

¹⁴ Voir le référentiel d'évaluation diagnostique en protection de l'enfance (CREAI-RA) pris en compte par la DIF et connu par certains acteurs rencontrés, pas tous, en tout cas par ceux de ce 4^{ème} groupe.

¹⁵ On peut noter que la question se pose exactement dans ses termes aujourd'hui dans l'approche de la maladie mentale. Cf. Alice Béja, Marc-Olivier Padis, « De la peur du fou à la parole des patients. Entretien avec Patrick Landman », *Esprit*, n° 415, 205, pp. 52-60.

¹⁶ Cette référence à la Loi de 2007 constitue une interprétation extensive de celle-ci. En effet, l'objectif de la Loi de 2007 est de limiter le développement de situations à risque, ou tout du moins de limiter leur aggravation. Plus précisément, la Loi oriente sur l'action médicosociale, dès le plus jeune âge (PMI, santé scolaire...). Le rapport des sénatrices Dini et Meunier a montré que la mise en œuvre est loin d'être effective. Sinon, il est vrai – et ce même rapport le rappelle (p. 63) – que la Loi de 2007 s'est donnée pour objectif de rétablir un équilibre entre la protection due à l'enfant et la place de la famille. A la fois elle confirme le rôle et la place des parents (passage de la substitution à la suppléance) et renforce les droits

que les mesures interviennent tardivement et que dans ces conditions, selon le critère du danger pour l'enfant, il arrive (souvent) que le danger ne soit plus « latent » mais « patent » et demande par conséquent des mesures tout ou partie hors de la famille et donc du domicile.

4.3.2. Du point de vue des cadres de l'ASE sur les territoires

Les cadres se situent principalement dans une logique de prévention du danger pour l'enfant. De ce point de vue, ils considèrent que l'intervention à domicile renforcée est profitable sur plusieurs plans. Leurs avis recoupent ceux des représentants des structures partenaires des trois premiers groupes et partiellement ceux du 4^{ème}.

- ***Eviter le placement en établissement***

Les mesures de SAD renforcé sont saluées par l'ensemble des acteurs (responsables de structures, cadres de l'ASE) comme étant une alternative au placement en établissement. En particulier, l'AED renforcée apparaît comme une nouveauté dans un paysage jusque-là largement occupé par le placement et l'AEMO. Cette mesure répond d'ailleurs à l'un des objectifs de la Loi de 2007.

L'AED renforcée niveau 4 constitue même pour bon nombre de cadres de l'ASE une réponse aux parents désemparés qui souhaitent et en même temps redoutent le placement. D'une façon générale, le niveau 4 est supposé représenter une prise en charge efficace, notamment d'adolescents en grandes difficultés.

- ***Travailler au domicile avec les familles***

Le mérite du SAD renforcé est d'intervenir dans l'environnement immédiat (« le domicile est le milieu naturel ») et de permettre une meilleure perception des dangers. Comme le disent des cadres : « cela aide à comprendre ce qui se passe dans les familles, y compris le côté nocif ».

De ce point de vue, les cadres de l'ASE n'adhèrent généralement pas aux réticences exprimées par des responsables de structures partenaires de type 4. Ils expliquent cette position comme étant une résistance au renouvellement des cultures, organisations et pratiques.

Si les conditions d'intervention sont garanties, cela permet de travailler dans la permanence, la confiance et la durée (soit les principes de l'action éducative,

de l'enfant conformément aux dispositions de la Convention internationale des droits de l'enfant, notamment avec l'instauration obligatoire du PPE (article L. 223-1 du CASF). M. Dini, M. Meunier, op. cit. 2014.

comme l'ont rappelé des cadres). Intervenir à domicile n'obère en rien le travail hors domicile avec d'autres acteurs (écoles, services sociaux...).

▪ ***Réinvestir un discours d'autorité nécessaire au travail sur la parentalité***

L'AED renforcée offre aussi la possibilité de responsabiliser les parents et les enfants. Elle porte un discours de « la dernière chance » : celle de la protection administrative plutôt que la protection judiciaire ; celle de l'alternative au placement en établissement, ou en famille d'accueil (ce qui renvoie également aux objectifs de la Loi de 2007).

Dès lors qu'il est porté avec pédagogie, ce discours rassure les parents qui redoutent le placement et aide à convaincre les récalcitrants. Il contribue en même temps à renouveler l'image de l'ASE. Bien que les acteurs et les dispositifs aient profondément changé, il indique aux parents que le temps de « la DDASS voleuse d'enfants » est révolu.

Il n'empêche que les cadres de l'ASE peuvent se heurter au manque d'adhésion et être conduits finalement à demander une mesure d'AEMO ; cela semble être plus fréquent sur certains territoires. Les cadres considèrent que c'est l'attitude des parents plus que la nature des besoins qui détermine le choix de l'AED ou de l'AEMO renforcée.

Les besoins des familles sont somme toute relativement homogènes. Ils découlent d'une déstructuration de la cellule familiale (dont on ne sait dire si elle est plus forte qu'avant ou pas). Les raisons sont multiples et leur nature diverse (économique, sociale, psychologique, psychiatrique). Les situations familiales ont aussi parfois une résonance territoriale (éloignement, isolement). Cela complique la réalisation de l'objectif attendu dans les cahiers des charges de travailler sur/avec les « réseaux primaires ».

Les discussions lors des entretiens introduisent de façon systématique une analyse en termes de crise de la parentalité du fait d'empêchements socioéconomiques, de recompositions familiales qui ne laissent plus de place aux jeunes (refaire sa vie au dépens des enfants d'un premier lit), du sentiment de honte de ne pouvoir répondre aux demandes de ses enfants, de l'emprise d'addictions (notamment des jeux qui placent les jeunes dans des mondes virtuels¹⁷), etc. Du fait d'une relative diversité socioéconomique des familles (en

¹⁷ L'ouvrage du psychanalyste Jean-Paul Gaillard (*Enfants et adolescents en mutation*, Paris, Editions ESF, 2014) explique la mutation sociétale observable depuis le début des années 2000 qui a refaçonné « l'économie psychique et relationnelle » des enfants nés dans l'ère du tout numérique.

termes de catégories socioprofessionnelles des parents), les manifestations de cette crise de la parentalité ne sont pas – d'un point de vue sociologique – « naturalisées », au sens où elles s'expliqueraient par l'évidence d'une appartenance sociale. Les explications seraient à de multiples niveaux – comme le rappelle plus haut la définition de la notion de parentalité – et obligeraient par conséquent à travailler dans plusieurs orientations à la fois.

Aussi, face à ces réalités familiales, l'AED renforcée prend toute sa place. Pour autant, plusieurs professionnels, de l'ASE comme des structures, craignent qu'elles soient insuffisantes si les mesures ne peuvent pas être étayées par du séquentiel et des interventions hors domicile.

▪ ***Préparer au mieux des placements en établissement plutôt que des sorties***

Les cadres de l'ASE ne partagent pas l'avis de bon nombre de responsables de structures partenaires qui perçoivent dans les mesures d'AED ou d'AEMO renforcée la possibilité de préparer au mieux et au plus tôt des sorties de mesures de placement en établissement. Des cadres indiquent même que ce ne peut pas être l'objectif. Ils considèrent que cela serait contradictoire avec la logique du renforcé. Pour eux, le placement ne peut être suivi que d'une mesure classique. Dit autrement, le renforcé est une alternative à l'entrée dans un placement et non une modalité de sa sortie.

Si sur ces différents aspects les appréciations des cadres de l'ASE sur les territoires sont convergentes, sur d'autres elles paraissent plus différenciées. Ces acteurs n'ont donc pas tous le même point de vue sur tout. Ces différences tiennent pour beaucoup aux parcours professionnels, aux territoires et aux contraintes qu'ils ont à gérer. On le voit avec le point suivant, mais aussi au niveau de la finalité économique, des modalités de réalisation et des conditions de la mise en œuvre.

▪ ***Le classique plutôt que le renforcé***

Certains cadres préfèrent pour commencer des mesures classiques, quitte à passer ensuite à des mesures renforcées. Il s'agit à la fois d'être progressif (quand la situation n'impose pas immédiatement le renforcé) mais aussi réaliste : il faut pouvoir gérer le suivi par un travailleur social des mesures d'AED renforcées. D'autres, au contraire, entrent plus directement dans des mesures renforcées, quitte ensuite à abaisser le niveau de l'intervention.

Pour tous, le recours à l'AED ou AEMO, classique ou renforcée, doit être déterminé autant que possible par la situation et la nature des besoins. Cela étant, ce principe est plus ou moins tributaire des moyens et des conditions. D'une

façon générale, le besoin d'ajuster les mesures aux ressources disponibles est permanent, mais peut varier d'un territoire à l'autre (ou dans le temps). Les ressources disponibles (propres à l'ASE et autres) conditionnent pour partie le recours aux mesures renforcées. Aussi, la règle du non cumul induite par les mesures renforcées n'est-elle pour les cadres de l'ASE que l'une des données d'une régulation plus globale qu'ils ont à opérer en permanence entre les besoins et les moyens. Chacun est particulièrement vigilant pour coordonner les moyens et éviter des juxtapositions coûteuses.

4.3.3. Du point de vue des professionnels qui les appliquent

D'une certaine façon les appréciations, tout en restant contrastées, paraissent moins divergentes selon les structures que les avis reçus précédemment par les responsables de structures. Cette différence de points de vue peut être due, notamment, à la diversité des fonctions et des rôles (comme l'indiqueraient pour une part les échanges collectifs qui ont eu lieu en présence de chefs de services), mais aussi être l'effet des entretiens collectifs (ici de groupes de professionnels travaillant ensemble, qui peuvent avoir tendance à produire de l'accord ou du consensus). Cela étant, on ne note pas de désaccords flagrants sur la question de la finalité éducative du SAD renforcé, structure par structure, entre les avis des responsables et ceux de leurs collègues.

Si les avis des professionnels intervenant à domicile paraissent moins divergents que ceux des responsables de structure, ils ne sont pas moins interrogatifs sinon dubitatifs sur l'intérêt du SAD renforcé comme alternative au placement.

En effet, pour les professionnels les mesures de SAD renforcé ont des avantages ou pour le moins ne présentent pas de désavantages majeurs pour les actions concrètes menées avec les familles. Pour autant, leur intérêt comme alternative au placement est largement discuté dans la mesure où – et les avis sont unanimes sur ce point – les interventions sont décidées et mises en œuvre en général trop tard au regard de la gravité de la situation. De fait, les mesures de SAD renforcé sont surtout perçues comme une autre façon d'intervenir en situation budgétaire contrainte, même si aucun professionnel ne récuse l'intérêt éducatif et social de l'intervention à domicile.

4.3.4. Du point de vue des parents

Des familles rencontrées, on peut dire qu'elles :

- sont diverses en termes de catégories socioprofessionnelles.
- ont des ressources financières variables : plus ou moins importantes mais aussi plus ou moins assurées.

- sont de différents types : « nucléaire », « monoparental », « recomposé ».
- ont un nombre variable d'enfants à charge. Dans le cas des familles recomposées le nombre d'enfants à charge va jusqu'à 8.
- indiquent un faible soutien (matériel, psychologique) de la part de proches, et assez souvent peu de relations sociales.

Outre ces caractéristiques sociales générales, les personnes rencontrées se différencient sur deux autres plans qui jouent fortement – au vu des entretiens – sur la réception et au final sur l'appréciation des mesures renforcées :

- La maîtrise plus ou moins grande des relations aux acteurs sociaux (communication, compréhension).
- La conception de l'éducation dans la famille, avec des parents qui sont attachés, de façon très résumée, soit à la transmission sans discussion de valeurs et de règles aux enfants, soit à un mode interactions avec leurs enfants en vue d'encourager chez ceux-ci l'émergence de comportements jugés positifs pour prévenir des comportements jugés négatifs¹⁸.

Les appréciations portées par les parents sur les mesures renforcées, leur intérêt et leurs effets/impacts demandent par conséquent d'être analysées au travers d'une grille multidimensionnelle qui tient compte à la fois de variables sociales générales, de la maîtrise des rapports aux professionnels et de la conception que les parents ont de l'éducation dans la famille.

4.3.4.1. Un avis général positif

Les entretiens sont unanimes sur les effets positifs des prises en charge sur les comportements des enfants, des parents et sur les relations dans la famille. Ce constat est central. Les lignes forces sont les suivantes :

- L'évitement du placement que tous redoutent (deux parents rencontrés en ont eu l'expérience directe dans leur enfance/jeunesse).
- Le professionnalisme des intervenants qui savent très rapidement lever les premières résistances et parviennent progressivement à susciter l'intérêt et donc la participation aux mesures.

¹⁸ Jean-Pierre Pourtois, Huguette Desmet, « Note de synthèse [L'éducation familiale] », *Revue française de pédagogie*, vol. 86, n° 1, 1989, pp. 69-101.

- La qualité de l'intervention réalisée entièrement et en continu avec les parents de façon à les aider à réinstaurer leur place et rôle dans des relations apaisées avec leurs enfants.
- L'efficacité de l'intervention menée par des professionnels complémentaires (souvent en binôme) : jamais d'absences, une disponibilité au-delà des temps prévus, des soutiens convergents qui par leur cumul assurent une bonne compréhension des comportements à avoir, ...
- Le bienfait des prises en charge qui parviennent à :
 - recréer une communication (relativement) apaisée dans la famille,
 - réassurer les parents dans leurs compétences de parents,
 - aider les parents à maîtriser leurs comportements destructeurs,
 - aider les parents à passer dans le mode d'une « éducation parentale ».

4.3.4.2. Des points de vue inverses

Il faut noter que ces points de vue positifs convergents sur la qualité et l'efficacité des interventions renvoient à des prises en charge différentes. En effet, les mesures en question se déroulent soit uniquement ou principalement au domicile (11 parents), soit uniquement en milieu ouvert (10 parents).

Cette différence est particulièrement intéressante puisqu'elle permet d'introduire 3 constats :

- Les parents qui ont l'expérience de mesures réalisées à domicile ne voient apparemment pas l'intérêt ou l'utilité d'un soutien en milieu ouvert. Ils n'en ont pas l'expérience mais craignent une surcharge d'obligations.
- Les parents qui ont l'expérience de mesures produites en milieu ouvert sont :
 - soit très clairement hostiles à l'idée d'une intervention à domicile (5 d'entre eux, tous aidés par la même structure),
 - soit (pour les 5 autres, tous aidés par une autre même structure) apparemment plus intéressés, voire demandeurs, du fait que leur implication actuelle est plus ou moins à minima, à distance de ce qui se fait avec leurs enfants, sur quoi ils portent cependant un jugement positif au vu des effets constatés sur les comportements de leurs enfants.

Entre les parents qui louent l'intérêt de l'intervention à domicile et ceux qui lui sont (franchement) hostiles et préfèrent l'accompagnement en milieu ouvert, les arguments sont inverses :

- Les premiers considèrent que c'est au domicile qu'eux-mêmes et leurs enfants peuvent être au mieux pris en charge et progresser pour sortir des difficultés. Le domicile, lieu de vie principal de la famille, est perçu comme l'espace privilégié pour recevoir l'aide qui peut leur permettre de sortir de problèmes privés. Le milieu ouvert leur fait craindre un risque d'exposition aux yeux d'autrui (dont on sait par ailleurs qu'il peut être source de stigmatisation). En même temps, aucun de ces parents ne parle de l'intervention à domicile en termes de « surveillance » et de « contrôle social ». La qualité de l'intervention à leurs yeux est justement liée au fait qu'elle évite ce risque.
- Les seconds sont (davantage) catégoriques : l'intervention à domicile (même s'ils ne l'ont pas connue) n'est pas envisageable – ils la refuseraient – car pour eux rien ne peut être (re)construit là où physiquement et psychologiquement les difficultés sont vécues.

Deux visions s'opposent. Il faut être dans le domicile car par ses composantes matérielles (pièces, objets...) et immatérielles (souvenirs attachés aux pièces, objets...) le travail de la parole avec les intervenants fait sens comme nulle part ailleurs ; ou surtout ne pas y être car aucune parole ne peut faire sens là où tout (matériel, immatériel) ramène aussitôt aux comportements destructeurs.

Aucun de ces deux points de vue inverses n'est réductible. Ils ont chacun leur sens et ce sens donne pour les parents toute la légitimité de l'intervention, soit à domicile soit en milieu ouvert. A notre avis, on ne peut que prendre acte de cette différence de points de vue qui sur le fond renvoie à la question fondamentale du rôle de la mémoire dans la (re)construction sociale et psychologique des individus. Pour les uns, c'est dans le « lieu de mémoire » que l'on peut reprendre son « esprit » (le lieu et l'esprit ne peuvent pas être séparés), pour les autres c'est strictement l'inverse. Cette opposition n'est pas tranchée alors qu'elle a été beaucoup discutée.

En développant ce constat, nous mettons le doigt sur un critère d'évaluation fondamental du SAD renforcé. Ne pas en tenir compte reviendrait à passer à côté de l'évaluation qualitative produite par l'expérience vécue.

4.3.4.3. Des appréciations plus nuancées ou critiques

- ***Le rapport famille/école/structures chargées de la mise en œuvre des mesures***

Un moment crucial du point de vue des parents est celui de l'arrivée dans les mesures. Les choses ne sont pas toujours simples ; ce n'est pas une découverte. En revanche, les parents qui sont en même temps parents d'élèves insistent sur l'importance – ou pas – d'un autre acteur : l'école. Celui-ci est peu apparu dans les séries précédentes d'entretiens auprès de structures et de l'ASE sur les territoires.

La plupart des récits mentionnent l'école comme un acteur important dans l'entrée dans une mesure de l'ASE. Important pour les parents car l'école est souvent à l'origine d'une première information portée à la connaissance de services sociaux (parfois aux services de l'ASE) ou directement à celle de structures de protection de l'enfance. Cette information signale un comportement perturbateur et parfois violent de l'enfant en classe ou à l'école (récréations, cantine). Elle est dissociée de la question des résultats scolaires et même de possibles comportements dits de « décrochage ». Cette information indique parfois la possibilité de violences subies par l'enfant à la maison. Dans toutes ces situations, l'école joue le rôle qui lui est dévolu dans le Schéma départemental d'action sociale en faveur de l'enfance et de la famille (2014-2018).

L'école est cependant un acteur qui manque à ses obligations. L'explication avancée par les parents n'a pas été perçue au travers des entretiens précédents. Sauf cas plutôt rares, les parents n'ont trouvé aucun soutien du côté des acteurs de l'école (responsables d'établissement, enseignants, intervenants médicosociaux) alors que ceux-ci ont déclenché une prise en charge par l'ASE. Le sentiment largement partagé est par conséquent celui d'un système éducatif qui rejette les enfants « déviants » mais aussi – et surtout – qui ne cherche pas à prévenir sinon à traiter les difficultés. Dans beaucoup de récits les parents parlent d'enseignants et de responsables d'établissement indifférents sinon dépassés par les réactions de leurs enfants « hyperactifs ».

En l'espèce, on retrouve le débat sur la tendance au sein des établissements scolaires de qualifier de « troubles de comportement » ce qui relève pour commencer, sinon essentiellement, de difficultés relationnelles dans et en dehors de la famille, qui se traduisent à l'école par des réactions aux relations avec les adultes et les autres enfants. Des récits vont dans ce sens. Ils questionnent sur les responsabilités du système éducatif notamment en termes de prévention au sein de l'école qui pourrait éviter parfois des prises en charge par l'ASE.

Il faut cependant remarquer de notables différences dans les appréciations lorsque, plus rarement, des parents à l'inverse louent l'attitude attentionnée des enseignants et responsables d'établissements, et l'aide qu'ils leur ont apportée en premier. Lorsque c'est le cas, on relève le même constat chez les parents : les acteurs de l'école ont su être prévenants et agir comme des relais efficaces. En l'espèce, les parents apprécient l'information et les conseils qu'ils ont reçus, la médiation produite avec des structures de l'ASE. Ils notent tous combien cela a compté pour eux puisqu'ainsi leur inquiétude d'avoir affaire à l'ASE a été (en partie) levée.

▪ ***Le constat de collaborations profitables pour les familles***

Il est également important de noter que les parents qui partagent cet avis positif l'expliquent tous par un même constat : les acteurs de l'Education nationale en question étaient par ailleurs en relation avec des structures de la protection de l'enfance situées à proximité. De par cette interconnaissance – et vraisemblablement du fait que chacun de ces acteurs sait ce que l'autre peut apporter pour le bien-être des enfants et des familles – un fonctionnement partenarial existait préalablement qui a permis à ces familles d'entrer, en confiance (relative), dans le processus de prise en charge dès que celui-ci a été proposé. Ce constat amène à souligner toute l'importance du travail en réseau des acteurs de l'Education nationale et de l'éducation spécialisée sur les territoires. Evidemment cela dépend au départ de la volonté de chaque acteur individuel ou collectif, de l'idée du métier et de la fonction qui est partagée dans les équipes...

Ces « écosystèmes » se constituent dans le temps mais aussi – au vu des entretiens – sur des territoires où le nombre d'acteurs est suffisamment réduit pour que ceux-ci aient la possibilité de se rencontrer, de se connaître et de coopérer. Dans ces conditions, la prévention des dangers pour l'enfant (et la famille) devient une action collective.

Au moment d'évaluer les mesures de SAD renforcé, il est essentiel de retenir des entretiens avec les parents que la qualité de la prise en charge et son succès dépendent aussi largement de cet investissement partenarial, qui va bien au-delà de la demande de signalement faite par le Département aux acteurs de l'Education nationale. La qualité et l'efficacité des interventions relèvent ainsi en partie des interactions entre acteurs complémentaires, sur les territoires, qui permettent aux familles d'entrer au mieux, mais aussi au plus vite, dans une prise en charge.

4.3.4.4. Les contraintes du cumul « mesures + suivis en parallèle »

Dans la plupart des entretiens, les parents parlent de suivis pour eux et/ou leurs enfants, effectués par différents types de professionnels. Ces suivis ont pu précéder, compléter, ou suivre les mesures renforcées. Ces suivis peuvent concerner d'autres

membres de la famille que l'enfant ou les enfants qui bénéficient de mesures en question. Dans plusieurs situations, les familles ont des « carrières » longues et multiples entre mesures et suivis. Une synthèse de chacune des situations en rend compte (cf. Annexe 4).

Chez tous les parents concernés ces suivis participent à une recherche de solution pour leur(s) enfant(s) mais aussi, et parfois d'abord, pour eux-mêmes. De leur point de vue d'expérience, ces suivis et les mesures renforcées forment un tout qui participe ou a participé à leur vie personnelle, de couple (lorsque c'est le cas), et familiale. Les récits des parents montrent ainsi combien le comptage statistique des mesures d'ASE offre une représentation partielle de la réalité. Pour tous ces parents, les mesures s'articulent à des suivis divers et variés qu'ils ont décidés d'eux-mêmes.

Ces suivis peuvent être réalisés par un psychothérapeute, un pédopsychiatre, un psychomotricien, un coach familial, un médecin psychiatre addictologue, un auxiliaire de vie scolaire, un éducateur sur les temps de cantine ou autre..., et par plusieurs à la fois. Ces suivis sont généralement au frais des familles à moins qu'ils soient délivrés par des services publics, par exemple des CMP.

Les mérites attribués à ces suivis par les parents sont les suivants :

- Lorsqu'ils préexistent aux mesures renforcées, les suivis facilitent l'entrée dans les mesures renforcées. Ils confortent les parents, enfants, familles dans l'intérêt d'être aidés. Mais très rarement ils les orientent ou introduisent dans une prise en charge par l'ASE, ou les aident à comprendre de quoi il s'agit.
- Lorsqu'ils ont démarré après la mise en place de mesures renforcées, les suivis répondent à des besoins pour l'essentiel d'ordre psychologique pour lesquels les parents ne pensent pas trouver de réponses autrement qu'en s'adressant à d'autres professionnels, malgré tout le soutien, la compréhension et le bien-être qu'ils reçoivent au travers des mesures renforcées.
- Surtout ces suivis sont perçus comme un appui notable en prévision de la fin des mesures et évidemment à leur sortie. La sortie des mesures est une question centrale aux yeux de tous les parents rencontrés car elle est source d'inquiétude. Nous allons y revenir.

Dans ces conditions, la question des « doubles-mesures » ne se pose pas, du point de vue des parents, en termes de cumul de mesures d'AED ou AEMO renforcées avec des mesures de placement, mais d'articulation à organiser entre les mesures et les suivis.

L'imbrication dans bon nombre de cas des mesures renforcées et de suivis en parallèle fait que les parents tiennent compte nécessairement de cet ensemble lorsqu'ils donnent leur point de vue sur les mesures. Vivant un ensemble d'interventions, l'appréciation qu'ils portent sur l'une est nécessairement influencée par l'appréciation qu'ils portent sur les autres.

Le cumul des mesures de l'ASE et des suivis en parallèle ne va pas de soi selon les parents concernés. Il est contraignant car il oblige à une disponibilité de temps et d'esprit. L'intérêt est toutefois apparemment suffisant pour qu'aucun parent n'exprime une lassitude et une envie d'abandon. Cette persévérance est d'autant plus remarquable que beaucoup cumulent d'autres obligations « générales » liées notamment au travail ou à l'éloignement induit par le lieu de résidence, ou parfois « particulières » lorsqu'il s'agit par exemple de suivis médicaux réguliers.

Dit autrement, les mesures d'AED ou d'AEMO renforcées sont bien reçues et appréciées, mais il ne faudrait pas en ajouter davantage. Plusieurs parents parlent aussi pour leurs enfants et du cumul qui peut devenir contreproductif. Ils indiquent alors leurs efforts pour motiver leurs enfants et faciliter leur participation aux rencontres nécessaires avec les professionnels.

4.3.4.5. Des réunions peu justifiées, mais des outils bien acceptés.

Dans cette discussion, des parents ne manquent pas de signaler leur étonnement en se rappelant de réunions perçues comme répétitives et trop longues lors de la mise en œuvre des prises en charge. Certains se souviennent de difficultés propres aux acteurs à s'organiser (difficultés que nous avons perçues lors des entretiens avec les structures et les cadres de l'ASE sur les territoires) : absences lors de réunions fixées, retards dans la transmission de documents... A l'inverse, plusieurs signalent la brièveté des échanges au moment de la fin des mesures, pour regretter un manque de solennité : pas de temps symbolique (partage d'un goûter ou autre), absence d'un représentant de l'ASE sur le territoire... Nous allons y revenir.

En revanche, et pour prolonger sur les appréciations des aspects formels, les parents rencontrés ne paraissent pas décontenancés ou ennuyés par le volume de documents à lire et signer, même si certains les ont oubliés ou les confondent lors des entretiens. Ce qui pourrait être fastidieux est largement allégé par les professionnels qui, attentionnés, expliquent et accompagnent. Alors que les professionnels et les responsables de structures mettaient le doigt sur cette contrainte pour les familles, voire sur la « violence » de ce fonctionnement, les parents, eux, ne prêtent guère d'inconvénient à

cette partie administrative. Aussi les professionnels sont-ils peut-être les seuls à mettre en avant cet aspect, car ils sont concrètement les premiers concernés par la production de ces documents.

4.3.4.6. Une appréciation critique des fins de mesures.

La fin des mesures apparaît pour plusieurs parents comme non gérée. Il y a là manifestement une critique qui paraît d'autant plus juste à leurs yeux que le suivi et la réalisation des mesures ont été exigeants pour eux et leurs enfants. Outre, ce qui est dit ci-dessus sur le manque de solennité des fins de mesures (pas de temps symbolique), les parents critiquent l'arrêt brutal – du jour au lendemain – de mesures avec/dans lesquelles ils ont vécu avec leurs enfants, avec plus ou moins de difficultés, pendant des mois ou des années. Ils ne doutent pas du fait que la mesure ait produit ses effets pour l'arrêter ; tous constatent l'amélioration et parlent de « stabilisation », de « consolidation », de « nouveaux rails » etc. Pour autant, tous craignent que la crise ne revienne, chacun redoute la rechute. La crise qu'a connue la famille est perçue – parce que vécue – comme une maladie grave, un cancer, dont on craint que de guérison il ne s'agisse que de rémission.

La fin de la mesure est dans ces conditions une projection dans l'inconnu. Les parents se sentent (mieux) armés, mais ils craignent de devoir faire face, cette fois seuls, si les problèmes ressurgissent. Ils n'attendent pas de rester plus longtemps dans la mesure, même si certains trouvent que la fin intervient un peu tôt. Ils souhaitent en revanche avoir la possibilité d'un soutien, bref, si la situation vient à se représenter. La fin de la mesure c'est la fin de relations établies avec des professionnels pour lesquels les parents témoignent leur respect et leur estime, c'est la rupture d'un lien. Les parents le regrettent mais comprennent qu'il en soit ainsi. En revanche, c'est le silence des acteurs, après tant de présence, sur la question principale du « et si cela recommence » qui les inquiète. La critique porte donc sur la non prise en compte du risque de récurrence alors que la mesure a prévenu ou combattu un danger. En revanche, les familles les plus « prêtes » à assumer ces fins de mesures revendiquent avec le plus d'assurance leur place retrouvée de « parents responsables ».

Les structures et les professionnels peuvent sur ce plan avoir des postures différentes. On a pu remarquer lors des entretiens que les structures parfois préservent une possibilité de contact – si besoin – après la fin de la prise en charge. Cette possibilité est très appréciée, même si elle n'est pas utilisée. Elle rassure. A défaut de cette offre supplémentaire, hors prise en charge financée au titre de l'ASE, des parents vont rechercher d'autres soutiens auprès de professionnels divers et variés, exerçant pour beaucoup en libéral. Il serait intéressant de mieux connaître ces « suivis en parallèle »,

leurs contenus et leurs résultats, et de savoir s'ils sont efficaces contre la rechute. Car la fin des prises en charge peut appeler d'autres réponses, en particulier pour garantir au mieux un non-retour dans les mesures de l'ASE.

Conclusion

L'étude réalisée en lien avec la DIF apporte des éléments d'appréciation sur les mesures de Soutien à domicile renforcé mises en place par le Conseil départemental en 2014. Elle contribue à leur évaluation en cherchant à répondre notamment à la question principale de leur efficacité pour éviter le placement. Le but était de comprendre, au début de son application, la réception du dispositif par les professionnels (services de l'ASE et structures prestataires) ainsi que par les parents. L'étude a donc eu pour objectif de rendre compte de l'accueil et du premier usage des mesures de SAD renforcé alors même que l'intention du Conseil départemental est d'introduire dans son Schéma départemental d'action sociale en faveur de l'enfance et de la famille (2014-2018) un dispositif alternatif au placement en établissement. L'étude a donc pris la forme d'une enquête auprès de différents acteurs, qui ont été rencontrés parfois plusieurs fois pour certains d'entre eux.

L'étude présente quelques éléments quantifiés qui permettent d'observer que les mesures de SAD renforcé ne se poursuivent pas par du placement lorsqu'elles sont prolongées. Au vu de ces éléments, on suppose ici que l'objectif initial du Conseil départemental est atteignable. Sur le plan statistique, la DIF a en revanche produit des données en parallèle de cette étude qui peuvent également contribuer à l'évaluation.

C'est cependant sur d'autres plans que l'étude présentée ici apporte des éléments qui peuvent être utiles à une évaluation. Tout en considérant que les points de vue des acteurs aient pu évoluer avec la montée en charge progressive du dispositif, et surtout sans gommer les nuances et les différences dans les appréciations, plusieurs constats peuvent être mis en avant en priorité :

- L'accueil général des mesures de SAD renforcé est globalement favorable, mais si pour certains professionnels l'intervention à domicile n'est pas la plus favorable pour traiter les difficultés avec les enfants/adolescents et les familles. Outre les discussions sur les logiques socioéducatives, mais aussi les craintes sur l'avenir des dispositifs d'intervention hors domicile, les avis des professionnels, qu'ils soient acquis ou plutôt réservés, convergent pour considérer que sous certaines conditions les mesures de SAD renforcé peuvent permettre d'éviter des placements qui ne seraient pas nécessaires (aucun acteur ne considérant le placement en établissement comme inutile d'une façon générale). Au final, c'est du côté des parents que les avis paraissent les plus tranchés entre ceux qui adhèrent fortement et ceux qui, à l'inverse, refusent catégoriquement l'idée de

l'intervention à domicile. Des points de vue aussi contrastés, *a fortiori* provenant des bénéficiaires des mesures, posent pour la suite la question de la possibilité de panacher les mesures.

- La question de l'adaptation des mesures aux situations – donc celle de leur définition préalable puis de leur possible évolution – est partagée par tous les acteurs professionnels. Elle est centrale car au cœur d'un travail socioéducatif qui pour être efficace doit procéder assez largement par du sur-mesure. La souplesse des plans d'action à mettre en œuvre est une condition *sine qua non* pour poser les bonnes mesures et pour les adapter quand nécessaire, de façon à prévenir au mieux les dangers pour l'enfant/adolescent et la famille. Aussi la crainte principale partagée unanimement dans les enquêtes auprès des professionnels est-elle double :
 - Le déclenchement tardif des mesures, car dans ce cas les mesures renforcées ne peuvent pas jouer véritablement leur rôle préventif d'évitement d'un placement ; dans ce cas, elles ne font qu'absorber ce qui pouvait relever précédemment d'un placement en MECS.
 - La difficulté à préserver un placement temporaire en cas de besoin, du fait d'une gestion administrative des dispositifs qui empêcherait quand nécessaire les « doubles mesures ».
- Le fond d'inquiétude que révèlent les entretiens est important. Les finalités gestionnaires de l'introduction du SAD renforcé n'échappent à aucun acteur. Chacun a compris qu'il s'agit de redéployer des moyens constants pour faire face à des besoins croissants de protection de l'enfance. Si cette exigence d'une certaine façon ne surprend pas – elle est de partout – en revanche ses conséquences concrètes, notamment au niveau du travail à mener avec les familles, interrogent beaucoup. Le souci est grand de préserver le niveau d'intervention minimal mais aussi la maîtrise du diagnostic social et de la définition des plans d'action, pour développer avec les enfants/adolescents et les parents le travail nécessaire. Sur ce plan, aucun acteur ne paraît serein ; les garanties manquent. La question est au final moins celle du domicile comme lieu d'intervention que celle de la possibilité pour les équipes d'avoir les moyens suffisants pour garantir l'accompagnement qui paraît le meilleur à chaque étape, et dès l'amont au moment de l'évaluation des situations familiales. De ce point de vue, la crainte qui est relevée ici l'est aussi ailleurs, comme l'indiquent de nombreux autres témoignages qui conduisent à s'interroger sur l'intérêt, du point

de vue du travail socioéducatif, de référentiels d'évaluation qui s'imposeraient de façon générale et uniforme¹⁹.

- Sur ce plan, les modalités concrètes de mise en œuvre des mesures de SAD renforcé posent question. Au travers des Cahiers des charges et des Plans pour l'enfant, et avec l'annonce d'un outil de reporting du type Eval 38, la crainte est grande et largement partagée de passer à une administration contrainte et à l'aveugle des mesures. L'introduction de nouvelles logiques d'action et/ou outils nécessite de la concertation sinon au moins de la communication.
- Les outils décidés par la DIF sont cependant connus et utilisés. Ils n'empêchent pas l'usage d'autres outils propres aux structures. Surtout, ils aident les équipes et les services de l'ASE dans le suivi des mesures, à la condition toutefois que celles-ci interviennent suffisamment tôt et que pour chacune les services de l'ASE sur les territoires aient les moyens d'une guidance effective tout au long de la réalisation du PPE. L'organisation des relations à l'ASE se trouve même renforcée pour bon nombre de professionnels puisque les outils mis en place permettent aussi d'identifier les responsabilités à partir des relevés de ce qui est fait et de ce qui est signalé.
- Enfin, alors que les premières mesures de SAD renforcé se mettent en place, de nombreux professionnels mais surtout des parents posent la question de la fin des mesures. Du côté des professionnels, il s'agit de s'assurer que la fin des mesures intervient au bon moment et qu'entretemps elles ont pu être révisées à temps quand cela a été nécessaire. Du côté des familles, il s'agit de sécuriser la sortie de l'ASE en ayant la possibilité d'une aide ponctuelle en cas de besoin. Toutes les structures assurent cette possibilité, mais hors prise en charge du temps consacré à ce suivi hors mesure donc. Outre par ailleurs les remarques des familles sur les fins de mesure qui ne sont pas préparées pour être un temps fort sur le plan symbolique – il y a un goût d'inachevé –, il y a aussi les nombreux témoignages sur les suivis extérieurs, divers et variés, dont les familles cherchent à s'entourer avec leurs propres moyens, parfois pendant mais surtout à la fin des mesures de l'ASE. Indépendamment de la question de la pertinence socioéducative de ces suivis extérieurs, ce constat pose la question du périmètre de la protection de l'enfance du point de vue des parents, entre public et privé. Sur ce plan, rien ne dit que les mesures de SAD n'induisent pas chez eux l'idée que « l'ASE se fait au domicile ».

¹⁹ Le besoin d'outils d'évaluation partagés est évident, en revanche leur uniformité et leur usage normatif posent problème aux professionnels d'une façon générale : voir l'enquête de Pierrine Robin, *L'évaluation de la maltraitance. Comment prendre en compte la perspective de l'enfant ?*, Rennes, PUR, 2013.

- Cette observation conduit à indiquer le point suivant pour finir, à savoir que les mesures de SAD renforcé et de l'ASE en général dépendent dans leur réalisation des relations établies non seulement entre les services du département et les structures prestataires, mais aussi avec d'autres acteurs des territoires (établissements scolaires, services sociaux, professionnels de santé...). Lorsque sur les territoires, un maillage solide et actif est établi, les mesures de l'ASE interviennent tôt et sont étayées par d'autres acteurs. Aussi, une évaluation globale du SAD renforcé ne peut éviter de prendre en compte aussi le travail de fond et continu des services de l'ASE sur les territoires et des structures prestataires pour constituer un environnement institutionnel local efficace pour garantir la meilleure prévention des dangers pour l'enfant/adolescent et la famille.

Annexe 1

Evaluation des actions de Soutien à domicile (SAD) renforcé

Enquête auprès de responsables de structures prestataires
et des cadres de l'ASE sur les territoires

Synthèse des résultats

Odenore – note de travail – mars 2015

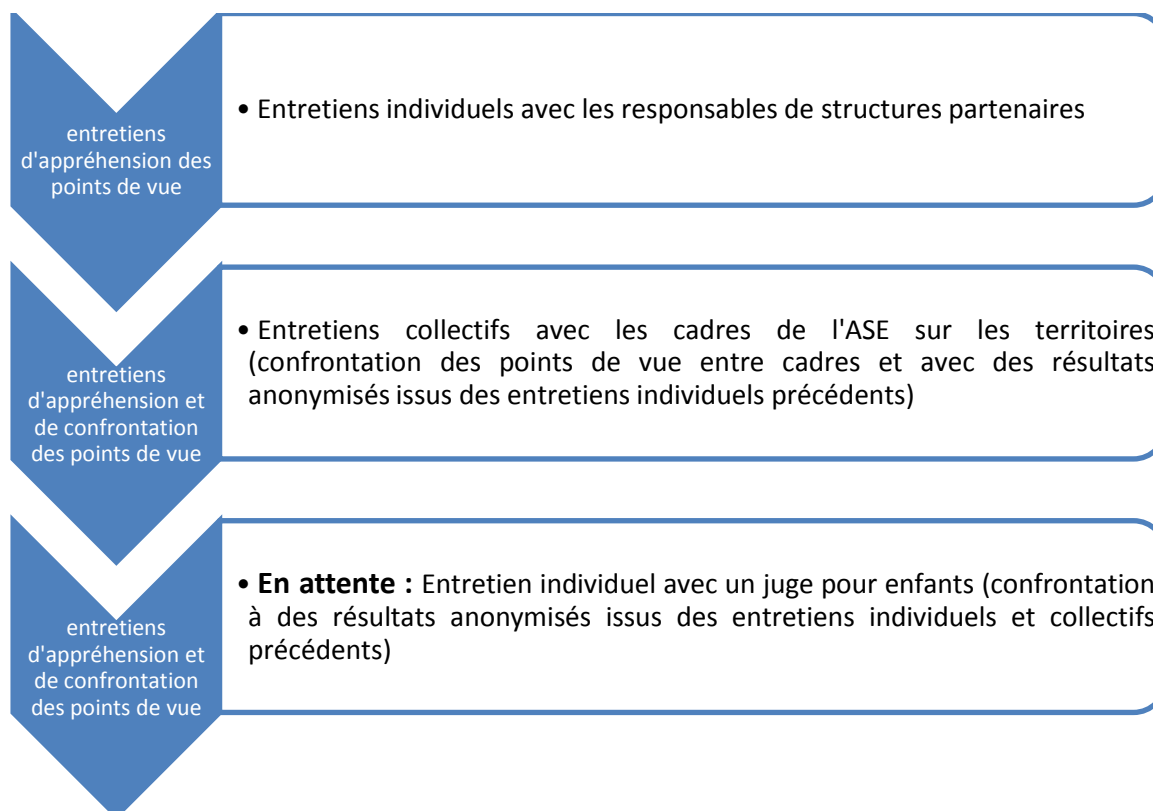
Cette note de travail rend compte de la première étape du travail d'évaluation des actions de Soutien à domicile (SAD) mises en œuvre par le Conseil départemental de l'Isère dans le cadre des dispositifs renforcés de l'Action Educative à Domicile (AED) ou en milieu ouvert (AEMO). Cette étape a pour but d'analyser la connaissance, la perception et l'appropriation de ces dispositifs par les structures partenaires du Conseil départemental. L'objectif est de comprendre comment les dispositifs sont pris en compte au tout début de leur mise en œuvre. En effet, l'action du Conseil départemental en termes d'AED et d'AEMO renforcés est récente puisque sa mise en œuvre a débuté à l'automne 2014, en application du nouveau Schéma départemental d'action sociale en faveur de l'enfance et de la famille (2014-2018). Pour cette raison, l'évaluation à laquelle contribue l'étude demandée à l'Observatoire des non-recours aux droits et services (Odenore) et par conséquent cette note de travail s'inscrit peu après le lancement des dispositifs en question dans le temps de leur montée en charge. Dans ces conditions, il est important d'indiquer au départ que les appréciations portées sur les dispositifs d'AED et d'AEMO renforcés sont situées dans le temps et pourront par conséquent évoluer. L'intérêt d'une évaluation au lancement de dispositifs – et d'une certaine façon « in itinere » puisque le travail de l'odenore se poursuivra tout 2015 – est de pouvoir apporter aux acteurs et en premier lieu au commanditaire de l'évaluation, le Conseil départemental de l'Isère, des éléments en vue de faciliter la mise en œuvre de sa politique et d'accroître son efficacité, soit la réalisation des objectifs visés.

Les résultats présentés ici ont été produits par un travail d'entretiens individuels réalisés auprès de responsables de structures partenaires du Conseil départemental, désignés à l'Odenore par la Direction de l'insertion de la famille (DIF), et d'entretiens collectifs menés auprès des cadres de l'ASE sur les territoires. Rappelons que les entretiens, qu'ils soient individuels ou collectifs, sont conduits à partir d'une thématique relativement large. Par définition, l'objectif recherché est de recueillir des informations, des points de vue, des pistes de réflexion, à partir d'un outil – un guide d'entretien – qui oriente et délimite les échanges²⁰. Toutefois, les entretiens individuels avec les responsables de

²⁰ Commission européenne, Unité Commune Evaluation, « Méthodologie d'évaluation de l'aide extérieure de la Commission européenne – Outils d'évaluation – Volume 4 », 2006.

structures d'une côté, et les entretiens collectifs avec les cadres de l'ASE des territoires de l'autre, n'ont pas la même fonction.

Comme le montre le graphique ci-dessous, si tous les entretiens ont pour objectif d'appréhender les points de vue des différents acteurs sur les dispositifs renforcés du Conseil départemental, certains ont en plus un objectif de confrontation des points de vue.



Douze entretiens ont été réalisés auprès de responsables de structures partenaires du Conseil départemental. Ils ont été conduits par les deux chercheurs de l'Odenore. Ces entretiens ont été menés entre le 7 janvier et le 4 février 2015 avec quatorze personnes (deux entretiens ayant permis de rencontrer à chaque fois deux responsables). Ils ont duré entre une et deux heures, parfois un peu plus. Des documents ont été transmis certaines fois (plaquette de présentation, projet d'établissement). Les entretiens réalisés dans les structures (sauf deux à l'Odenore) ont le plus souvent été complétés par une visite des locaux. Le corpus d'informations constitué par les prises de notes est riche. Il permet de dégager des premiers éléments d'analyse de l'adhésion aux dispositifs de SAD développés par le Conseil départemental de l'Isère.

De même, des entretiens – cette fois collectifs – ont été conduits avec les cadres ASE des territoires, le 14 janvier dans le nord-Isère et le 25 février dans le sud-Isère. Un entretien aurait dû être réalisé, après un premier report, le 12 mars avec un juge des enfants du ressort du Tribunal de grande instance de Bourgoin-Jallieu. Cet entretien a été décommandé sine die. Cela étant, les entretiens collectifs apportent des éclairages complémentaires et permettent parfois de nuancer certains points de vue venant de structures partenaires du Conseil départemental.

L'accueil pour les entretiens a partout été bon, même si au départ une curiosité sinon une crainte a pu paraître quasiment à chaque fois, du fait de l'annonce de l'enquête comme participant à une évaluation. Le rappel des objectifs et la conduite à deux des entretiens ont permis de lever ce qui aurait été sur ce plan un obstacle. Les points de vue ont pu – nous semble-t-il – s'exprimer. Tous les acteurs ont en même temps accepté le principe d'entretiens collectifs avec des groupes de professionnels intervenant à domicile (objet de la 2^{ème} étape de l'étude évaluative en cours).

L'analyse qui suit est tenue de respecter la confidentialité qui nous a été demandée pour certains propos. Nous nous abstenons également de citer explicitement le nom des structures et évidemment celui des acteurs rencontrés. La présentation se présente donc en généralité, tout en indiquant les nuances entre les points de vue.

Cette note présente successivement :

- L'appréciation générale par les structures partenaires de la politique de SAD renforcé.
- L'appréciation par ces acteurs distingués en 4 groupes des finalités, modalités et conditions du SAD renforcé.
- Une synthèse des appréciations, discutée au regard des appréciations apportées par les cadres de l'ASE sur les territoires.

1. L'APPRECIATION GENERALE DE LA POLITIQUE DE SOUTIEN A DOMICILE RENFORCE

Pour rappel, dans le projet général de l'étude, l'étape d'entretiens avec les responsables de structures partenaires du Conseil départemental a pour objectif de répondre à la question formulée ainsi par le Comité technique de l'évaluation : « *Dans quelle mesure les prescripteurs (cadres ASE et juges) et les partenaires intervenant à domicile connaissent, maîtrisent, perçoivent les outils nécessaires à la mise en œuvre des prestations de soutien à domicile renforcé (niveaux 2-4), que sont les cahiers de charges, référentiel CREA et le sens et rôle du Projet pour l'enfant (PPE) ?* »

Une réponse générale apparaît assez clairement. Tous les responsables de services ou de structures²¹ qui ont été rencontrés partagent la même appréciation de l'action éducative renforcée, qu'elle soit à domicile (AED) ou en milieu ouvert (AEMO). A leur avis, tout doit être fait – dans la mesure du possible – pour éviter le recours au placement en établissement, tant que celui-ci n'apparaît pas comme la seule solution. Cet avis tranché est fondé sur l'expérience que ces acteurs ont – dans leur très grande majorité – de l'internat. Tant que faire se peut, il faut éviter les « souffrances » du placement en établissement, et même pour certains en famille d'accueil. En ce sens, la politique de SAD renforcé bénéficie d'un a priori favorable de la part des structures partenaires du Conseil départemental.

Dit autrement, les acteurs créditent a priori le SAD renforcé d'une valeur d'effectivité, au sens ils font l'hypothèse que les conséquences du dispositif sont bénéfiques pour le bien-être et le développement des enfants/jeunes et des familles, et même d'une valeur d'efficacité dès lors qu'ils considèrent ou supposent que le SAD renforcé peut éviter des placements en établissements et/ou –

²¹ Par commodité nous parlerons tout au long de structures, dans la mesure où nous avons rencontré des responsables de structures ou de services au sein de ces structures. Celles-ci peuvent par ailleurs appartenir à une association ou un établissement principal, étant donné l'organisation concentrique de ce milieu d'acteurs. Sur cette forme d'organisation : Jacquy-Vazquez B., Raymond M., Sitruk P., « Evaluation de la politique de soutien à la parentalité » (MAP – Volet1), Rapport 2013-015P, tome 1, Paris, IGAS, 2013.
<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/134000110/0000.pdf>

pour certains – surtout faciliter leur sortie²². Du reste, quelques acteurs nous ont fait part de leur souhait de construire une méthode pour évaluer très concrètement l'effectivité des actions alternatives au placement. Ces acteurs sont d'ailleurs ceux qui font valoir l'intérêt d'actions alternatives au placement en établissement, autres que les interventions à domicile.

L'appréciation générale du SAD renforcé peut donc se résumer ainsi : l'utilité de l'aide éducative renforcée pour éviter le placement en établissement est perçue unanimement, mais il n'y a pas pour autant systématiquement acceptation sinon adhésion à la logique du SAD renforcé, que ce soit dans ses finalités (éducative et économique), ses modalités de mise en œuvre (définies par les cahiers des charges et PPE), et/ou ses conditions de réalisation (notamment financières et fonctionnelles).

Cette appréciation est portée « en connaissance de cause » dans la mesure où tous les acteurs ont une connaissance plutôt complète et précise du Schéma départemental d'action sociale en faveur de l'enfance et de la famille (2014-2018), et de l'ensemble des outils qui encadrent la préparation et la réalisation de mesures de SAD renforcé (Cahiers des charges, PPE). On peut cependant noter que quatre acteurs ont déclaré ne pas connaître, ou même ne pas avoir entendu parler, du référentiel d'évaluation diagnostique en protection de l'enfance (CREAI-RA), du livret d'accueil du Conseil départemental destiné aux familles, et/ou de l'outil de « reporting » Eval38. Ils peuvent être plus nombreux encore. Ceux qui ont indiqué leur non connaissance sont en l'occurrence des acteurs tout récents en Isère ou des responsables de services nouvellement créés qui émergent dans le budget global de leur association/établissement d'appartenance (donc, selon leurs déclarations, sans relation directe avec la DIF). Un chef de service a découvert lors de l'entretien la question du nombre de visites à domicile, n'étant apparemment pas informé par la direction de l'association du contenu des Cahiers des charges. En revanche l'information serait systématique pour les services habilités à réaliser des mesures de l'AED ou de l'AEMO renforcée depuis la mise en place du Schéma départemental d'action sociale en faveur de l'enfance et de la famille (2014-2018).

L'appréciation générale qui se dégage des entretiens est nuancée. Elle varie selon les acteurs rencontrés et donc selon les services ou structures concernés. La différence des points de vue dépend en particulier d'un paramètre qui entre en ligne de compte fortement, celui de l'adéquation de l'offre constituée préalablement par les structures avec les attentes nouvelles du Conseil départemental en matière de SAD renforcé²³.

Ce paramètre met à jour une tension entre deux positionnements, que l'on peut essayer de résumer de la façon suivante. La logique principale du SAD renforcé est de réduire et prévenir la situation de « danger » que l'enfant peut vivre chez lui, en intervenant au domicile familial. Le travail se fait au titre de la situation de l'enfant et non pas relativement à l'ensemble de la problématique psychosociale de la famille. Or certaines structures ont depuis des années pour projet de (re)construire et faire vivre le lien parents-enfants à partir d'une approche psychosociale de la famille, partant des conditions d'intervention qu'elles ont mises en place au travers de dispositifs « localisés » (accueils de jour, lieux de vie, lieux de rencontre parents/enfants). Ces dispositifs sont caractérisés, au sens où chacun renvoie à une logique particulière d'intervention, liée à l'histoire des structures.

²² Les termes de l'évaluation pris en compte ici renvoient à leur définition par le Conseil scientifique de l'évaluation. Cf. Odenore, « Petit précis des termes de l'évaluation », note de travail du 12 mars 2014.

²³ On est dans un contexte global de structuration autour d'un acteur public central d'un ensemble d'interventions généralement nées au local dans des contextes historiques aujourd'hui largement disparus. On retrouve cette situation d'ensemble dans d'autres domaines de politiques sociales, même si les périodes sont plus courtes. C'est le cas par exemple avec l'insertion socioprofessionnelle, en particulier avec les PLIE nés d'initiatives locales, puis consolidés au niveau national, avant de glisser de l'intervention à la coordination du fait en particulier des exigences progressives des financements européens (cf. thèse en cours à l'Odenore).

Entre ces deux positionnements, les structures peuvent être classées selon quatre cas de figure principaux :

① Les structures qui ont développé antérieurement au Schéma départemental d'action sociale en faveur de l'enfance et de la famille (2014-2018) une offre d'interventions au sein des familles (mais souvent aussi des dispositifs localisés) et qui inscrivent aujourd'hui cette offre dans la politique du SAD renforcé, moyennant des ajustements dans son organisation.

A noter que ces structures peuvent être des MECS qui ont développé des interventions au sein des familles dans le cadre de l'Aide Educative à Domicile (AED) au titre de la protection administrative et au titre de la protection judiciaire dans le cadre de l'Action Educative en Milieu Ouvert (AEMO).

② Les structures qui ont été conduites récemment, suite au Schéma départemental d'action sociale en faveur de l'enfance et de la famille (2014-2018), à modifier leur projet de service dans le sens d'interventions au sein des familles dans le cadre de l'AED ou/et de l'AEMO renforcée(s), afin notamment de suivre l'évolution des financements.

③ Les structures qui ont structuré dans le temps une offre de placement en établissement et qui sont prêtes à devenir prestataires de mesures de SAD renforcé.

④ Les structures qui ont construit dans le temps des dispositifs localisés et les défendent comme autre alternative au placement en établissement ou en famille d'accueil que les interventions à domicile.

Selon chaque cas de figure, les finalités, modalités et conditions du SAD renforcé ne sont pas perçues de la même façon et ne présentent pas le même degré d'acceptation. Sur chacun de ces plans, les acteurs procèdent également plus ou moins explicitement à un « jugement évaluatif » du SAD renforcé. Cette appréciation peut apparaître « favorable », « défavorable », ou bien plutôt « réservée », selon une diversité d'arguments.

Pour rappel :

- L'efficacité interroge l'utilisation des ressources.
- La pertinence questionne l'adaptation des finalités/modalités/conditions à la nature du problème à prendre en charge.
- La cohérence interroge le système d'action.

2. L'APPRECIATION DES FINALITES, MODALITES ET CONDITIONS DU SAD RENFORCE

La présentation qui suit rend compte des appréciations différenciées portées sur le SAD renforcé selon le classement des structures entre les quatre cas de figure présentés ci-dessus. Cette présentation est proposée sous forme de tableaux synthétiques. Le but de cette note de travail est en effet de synthétiser et d'ordonner les résultats des entretiens. Le corpus ainsi constitué sera évidemment précisé en fonction des derniers entretiens et des échanges avec le Comité technique. A partir de là, nous tirerons les conclusions de cette première phase d'enquête.

2.1. Les structures qui ont développé antérieurement au Schéma départemental d'action sociale en faveur de l'enfance et de la famille (2014-2018) une offre d'interventions au sein des familles (mais souvent aussi des dispositifs localisés) et qui inscrivent aujourd'hui cette

offre dans la politique du SAD renforcé, moyennant des ajustements dans son organisation.

Le tableau ci-dessous et les suivants se lisent de cette façon : dans la colonne de gauche est indiqué l'objet, ce sur quoi porte l'appréciation (la finalité éducative, la finalité économique, les modalités de réalisation et les conditions de mise en œuvre du SAD renforcé) et dans celle de droite la dimension évaluative de cette appréciation.

Les appréciations peuvent être différenciées (favorables, réservées, défavorables) alors même qu'elles portent sur le même objet (finalités, modalités, conditions) et sur une même dimension évaluative (efficacité, pertinence, cohérence). C'est simplement dû au fait qu'elles proviennent d'acteurs qui ont des points de vue différents.

Finalité éducative du SAD renforcé	<p>Appréciation favorable de la pertinence du SAD renforcé, car permet :</p> <ul style="list-style-type: none"> - d'obtenir, du fait de la répétition des visites à domicile, la confiance de la famille, considérée comme condition sine qua non de l'intervention éducative. - de travailler sur la stabilisation socioéconomique des familles (« sécuriser l'environnement » par le travail en partenariat sur l'accès aux droits), ce qui est une condition indispensable à la réussite du travail éducatif. - de maintenir la réflexion des équipes sur les pratiques professionnelles et de susciter des demandes de formation liées à des observations cliniques in situ (à domicile). Soit pertinence pour les professionnalités. - de préserver pour certaines structures le fonctionnement en « groupe de vie », avec un temps d'accueil dans un dispositif localisé (avec possibilité d'hébergement provisoire) et un temps à domicile avec la famille, le tout pour remplir un « service de soutien à la parentalité et d'alternative au placement ». Cette mixité des temps étayée par une possibilité d'accueil provisoire est perçue comme efficace pour expliquer aux parents que, au-delà de l'intervention en cours si la situation n'évolue pas, il s'agira d'un placement. Elle apporte aussi une solution efficace pour préparer les sorties de placements en internat.
Finalité économique du SAD renforcé	
Modalités de réalisation	<p>Appréciation favorable de la pertinence des Cahiers des charges, car constituent :</p> <ul style="list-style-type: none"> - un point d'appui – des objectifs clairs – à la fois pour définir les projets de services et caler les DIPEC qui restent l'outil privilégié en interne. - un cadre pour expliquer aux familles les mesures de protection de l'enfance. - et du fait de la « vertu de la visite à domicile » : « aller vers les familles » impacte la relation éducative, c'est s'introduire dans le quotidien. Vertu plus ou moins facile à trouver selon les équipes et familles. <p>Appréciation réservée de la pertinence des Cahiers des charges :</p> <ul style="list-style-type: none"> - car leur utilisation explicative (pour expliquer aux familles des mesures de protection de l'enfance) n'est pas toujours directe : besoin parfois d'évaluations complémentaires de la situation. <p>Appréciation favorable de la cohérence des Cahiers des charges, car :</p> <ul style="list-style-type: none"> - fixe un cadre qui oblige les équipes d'intervenants à se rendre à domicile. <p>Appréciation réservée de la cohérence des Cahiers des charges :</p> <ul style="list-style-type: none"> - avec les moyens des structures : la rythmicité des visites à domicile peut poser problème en pleine charge des mesures et pendant les périodes de vacances. En attente de réponse de l'ASE sur ce point. - avec les objectifs éducatifs : besoin de souplesse pour éviter une régularité qui deviendrait intrusive et contreproductive avec la recherche d'autonomie familiale et d'autorité parentale ; cela pose la question à la fois de la définition de la notion de visites à domicile et de leur rythmicité ; apparemment latitude de définition en accord avec les

	<p>territoires ASE.</p> <p>Appréciation favorable de la cohérence du PPE avec le DIPEC :</p> <ul style="list-style-type: none"> - quand la définition par étapes du PPE permet de marquer l'entrée dans une mesure en associant tous les intéressés (familles comprises). - car le PPE n'est pas contraignant par rapport au DIPEC dans la mesure où le PPE fixe des objectifs généraux tandis que le DIPEC détaille les interventions, leurs buts et modalités. Le DIPEC permet d'affiner le PPE en 2^{ème} commission d'admission. Il sert de fil conducteur pour la structure avec la famille, selon un processus type (ou idéal) : 1^{er} échange avec la famille sur ce qu'est le DIPEC, 2^{ème} échange pour remplir le DIPEC avec la famille, 3^{ème} échange à 6 mois pour réévaluer les actions en fonction des évolutions ou non évolutions. - quand Le PPE ne change rien à l'approche de la famille par les différents professionnels des structures (éducateurs spécialisés, psychologues, orthophonistes, etc.) ; sa mise en œuvre ne défait pas cette organisation collective du travail. - car le PPE élaboré collectivement et au bon moment convient aux structures qui ont une position de prestataire, tant que la possibilité est préservée d'affiner les objectifs en apportant les inflexions nécessaires. <p>Appréciation défavorable de la cohérence du PPE, car :</p> <ul style="list-style-type: none"> - chronophage : sa préparation par étapes nécessite des instances (réunions de présentation de la situation). - pas toujours remplis par l'ASE (cf. infra : conditions de mise en œuvre) : « mauvaise image pour la famille qui a un document incomplet, en plus d'être très général ». - trop général, donc risque de compréhension tronquée alors qu'il est indispensable que la famille sache de quoi il en retourne. Les structures ont besoin d'objectifs affinés définis à partir d'orientations suffisantes. <p>Appréciation défavorable de la cohérence du cumul de documents contractuels PPE (et parfois équivalent au PPE en interne), DIPEC, parfois dans le scolaire avec les projets personnalisés pour aider les enfants avec des besoins particuliers (PPRE et PPAP²⁴). Cumul accentué par la répétition d'instances, pour passer des versions provisoires aux versions définitives, car :</p> <ul style="list-style-type: none"> - cela contraint fortement les familles : exposition répétée des situations. Des acteurs parlent de « violence administrative ». <p>Appréciation réservée de la cohérence du Reporting, car :</p> <ul style="list-style-type: none"> - logiciel EVAL 38 encore méconnu. - crainte d'une approche technocratique du suivi des mesures ASE, qui standardise les actions. - crainte d'un remplissage anarchique et pour certains « peu honnête » de la grille. - possibles restes de pratiques internes erratiques, liées à un manque de culture administrative et/ou une crainte du contrôle, mais aussi à la réalité « un peu fourre-tout » de certains services servant de pis-aller en cas de situations à problème. <p>Appréciation réservée de l'efficacité de la modalité des pénalités en cas de non respect des objectifs, car :</p> <ul style="list-style-type: none"> - flou du critère de visite à domicile. - constat d'une distorsion entre les engagements : moins de visites que prévues implique des pénalités, alors que celles – souvent – réalisées en plus ne sont pas financées ; des acteurs posent la question d'une péréquation sur l'ensemble des mesures accordées à une structure.
Conditions de mise en œuvre	<p>Appréciation favorable de la cohérence du processus de mise en œuvre, quand :</p> <ul style="list-style-type: none"> - les intervenants sociaux à l'origine des informations préoccupantes (IP), notamment les AS scolaires, procèdent à une première explication des mesures probables et à une première présentation des structures. Ce travail en amont est essentiel pour trouver l'assentiment des familles aux mesures de l'AED renforcée. L'assentiment est lié à la crainte du placement. Mais lorsque l'auteur de l'IP n'agit pas ainsi et n'est pas dans la boucle du début de processus, le service ASE du territoire n'a pas toujours les moyens (disponibilité).

²⁴ PPRE : Programme personnalisé de réussite éducative ; PPAP : Programme personnalisé d'aide et de progrès.

	<p>- un processus par étapes de définition partenariale et avec la famille de la mesure est mis en place.</p> <p>Appréciation réservée de la cohérence de l'intervention des services ASE selon les territoires, car parfois :</p> <ul style="list-style-type: none"> - ancien triptyque toujours en cours, PPE parfois élaboré sans réelle concertation et dans ce cas souvent avec retard (après mise en œuvre de la mesure). - une difficulté pour certains responsables de structures d'échanger régulièrement avec des chefs de service ASE sur les mesures en définition ou en cours. Regret de certains d'avoir pour seul interlocuteur un travailleur social²⁵. Cela ne permet pas d'agir au mieux avec les familles, c'est-à-dire de façon performative (le statut des intervenants donne du poids), lors de la préparation des PPE et pendant leur suivi : manque de cohérence qui peut faire obstacle à l'efficacité de la mesure. - difficulté au moment de la sortie d'une mesure (ou allègement) si la structure n'est pas habilitée à poursuivre, quand les TS de l'ASE ré-interviennent directement alors qu'ils n'ont pas été des « acteurs en continu ». Pour la famille, cela occasionne une rupture d'un échange et un recommencement de la construction d'une relation. <p>Appréciation favorable de l'efficacité du Niveau 3, car :</p> <ul style="list-style-type: none"> - offre une possibilité d'étayage des mesures par des actions complémentaires dont le financement peut être prévu dans le budget général soumis au Conseil départemental.
--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

2.2. Les structures qui ont été conduites récemment, suite au Schéma départemental d'action sociale en faveur de l'enfance et de la famille (2014-2018), à modifier leur projet de service dans le sens d'interventions au sein des familles dans le cadre de l'AED ou/et de l'AEMO renforcée(s), afin notamment de suivre l'évolution des financements.

Finalité éducative du SAD renforcé	<p>Appréciation favorable de la pertinence du SAD renforcé, quand :</p> <ul style="list-style-type: none"> - parents demandeurs de mesures contraignantes. <p>Appréciation défavorable de la pertinence du SAD renforcé, quand :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la DIF décide sur un signalement de stopper une mesure d'AED complétée par un accueil séquentiel temporaire pour la requalifier en AEMO, et mettre fin à une « double mesure »²⁶ provisoire.
Finalité économique du SAD renforcé	<p>Appréciation réservée de la cohérence du SAD renforcé, quand :</p> <ul style="list-style-type: none"> - les interventions se font sur de vastes territoires, risque de ne pouvoir suivre avec les

²⁵ Cela peut s'expliquer par une « logique de l'honneur », celle du titre ou du statut, mais qui signifie aussi – vu le lien de cette notion avec l'idée de contrat – qu'un équilibre entre acteurs (contractants) est nécessaire pour signifier la valeur des engagements réciproques. Sur cette notion, D'Iribarne P, *La logique de l'honneur*, Paris Seuil, 1989.

²⁶ La notion de « double mesure » a une définition réglementaire qui renvoie au cas de figure suivant.

L'article 375-3 du Code civil précise que « s'il est nécessaire de retirer l'enfant de son milieu actuel, le juge peut décider de le confier :

- ▶ 1° à celui des père et mère qui n'avait pas l'exercice de l'autorité parentale ou chez qui l'enfant n'avait pas sa résidence habituelle ;
- ▶ 2° à un autre membre de la famille ou à un tiers digne de confiance ;
- ▶ 3° à un service ou à un établissement sanitaire ou d'éducation, ordinaire ou spécialisé ;
- ▶ 4° à un service départemental de l'aide sociale à l'enfance ».

L'article 375-4 précise que « dans les cas spécifiés aux 1°, 2° et 3° de l'article précédent, le juge peut charger, soit une personne qualifiée, soit un service d'observation, d'éducation ou de rééducation en milieu ouvert, d'apporter aide et conseil à la personne ou au service à qui l'enfant a été confié ainsi qu'à la famille et de suivre le développement de l'enfant. C'est dans cette possibilité supplémentaire que se situe la 'double mesure' ».

Pour une analyse détaillée : Mialocq H., « Les doubles mesures et la question de la parentalité », *Journal du droit des jeunes*, 2002, n° 219, pp. 29-31.

	<p>effectifs de professionnels la totalité des objectifs assignés à chaque mesure. Solution recherchée du côté d'actions collectives menées avec plusieurs familles.</p> <ul style="list-style-type: none"> - les ratios (nombre de mesures par éducateur) sont fixés en fonction des moyens globaux, au mieux constants (des acteurs disent que le renforcé d'aujourd'hui c'est le « classique » d'hier quand les effectifs étaient suffisants et le nombre de mesures moindre). Par conséquent, ratios élevés, pas réalistes vu notamment la dispersion géographique des familles. Cela conduit à travailler en flux tendu, alors que les demandes croissent et que les Cahiers des charges sont contraignants. Des acteurs parlent de « situations explosives » et pensent qu'il en va de même dans les Services locaux de solidarité (SLS).
Modalités de réalisation	<p>Appréciation réservée de la cohérence du SAD renforcé, quand :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la DIF ne disposant pas des projets d'établissements ne sait pas exactement les capacités d'intervention des structures. <p>Appréciation favorable de la cohérence induite par les Cahiers des charges, car :</p> <ul style="list-style-type: none"> - imposent des procédures et des délais, donc obligent les structures (les professionnels) à plus de réactivité. - ne posent pas de problème de rythmicité dans la mesure où il s'agit d'un nombre d'interventions sur une durée et que les interventions peuvent prendre des formes variables. Au contraire aident les structures à se questionner sur les « creux », c'est-à-dire tout ce qui peut entraver l'exécution du nombre de visites. <p>Appréciation favorable de la cohérence induite par les PPE, car :</p> <ul style="list-style-type: none"> - en fixant des objectifs en amont empêchent que les structures/professionnels jouent après coup sur les objectifs de la mesure. <p>Appréciation réservée de la cohérence du Reporting, car :</p> <ul style="list-style-type: none"> - logiciel EVAL 38 encore méconnu. - cultures professionnelles plutôt rétives (peur de ne pas bien remplir les cases, crainte de l'évaluation-contrôle), donc besoin d'une pédagogie, ce qui n'enlève rien au besoin de suivi, de traçabilité. - nombreux outils « papier » (cahiers de liaison, fiches chronologiques des interventions), mais pas d'équipement informatique et donc pas de pratique courante de l'informatique.
Conditions de mise en œuvre	<p>Appréciation réservée de l'efficacité du SAD renforcé, car :</p> <ul style="list-style-type: none"> - sur certains territoires manquent de capacités, notamment pour répondre aux mesures judiciaires. <p>Appréciation défavorable de l'efficacité des structures induite par le SAD renforcé, lorsque :</p> <ul style="list-style-type: none"> - sous utilisation du potentiel offert par des locaux réhabilités (pour du placement séquentiel, des lieux d'accueil alternatifs...) du fait de l'orientation des subventions sur de l'AED/AEMO renforcées. Perte d'une capacité d'interventions complémentaires, qui pourrait étayer les mesures de SAD renforcé.

2.3. Les structures qui ont structuré dans le temps une offre de placement en établissement et qui sont prêtes à devenir prestataires de mesures de SAD renforcé.

Finalité éducative du SAD renforcé	<p>Appréciation favorable de la pertinence du SAD renforcé, car :</p> <ul style="list-style-type: none"> - contribue à sortir les équipes du huis clos de l'internat, à évoluer dans les pratiques (loin d'être évident, surtout quand l'ancienneté en internat est grande). - offre possibilité de préparer/accompagner une sortie de placement en établissement. Permet de travailler dans la famille en l'impliquant. - permet dans le cadre de places de Soutien et protection à domicile (SEPAD) d'étayer avec des activités hors domicile, collectives ou individuelles. - être dans la famille permet de partir de réalités concrètes de façon à travailler avec les parents sur les besoins de l'enfant (ex : faire comprendre aux parents, lorsque des enfants d'âges différents dorment dans une même chambre, l'intérêt pour chaque enfant
------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	d'organiser des rythmes adaptés dans l'usage du lieu). Travail sur la parentalité.
Finalité économique du SAD renforcé	<p>Appréciation favorable de l'efficacité des financements ASE, quand cela permet :</p> <ul style="list-style-type: none"> - une reconversion « sans casse sociale » d'une partie du personnel de MECS, par exemple vers des mesures de placement à domicile (SEPAD). Cette reconversion permet un équilibre budgétaire (précaire car dépend du maintien d'autres services : MECS, accueil de jour). Cela étant le SAD renforcé est vécu également comme un objectif de rationalisation budgétaire, apprécié au travers d'éléments concrets (ex : l'impossibilité du SEPAD niv 4 de doubler avec de l'AED ou de l'AEMO). - aux structures d'interroger la nécessité de prolonger certaines parties de leurs offres (notamment les « classes internes »).
Modalités de réalisation	<p>Appréciation réservée de l'efficacité des Cahiers des charges, quand :</p> <ul style="list-style-type: none"> - le ratio nombre de mesures par éducateur qui est dépassé et que le niveau de rétribution des éducateurs est abaissé. En conséquence « les exigences du CG doivent être conformes à ses engagements ». La conséquence de « conventions [qui semblent] non tenues » est que les services ne se considèrent pas obligés par les attentes des Cahiers des charges, notamment sur le nombre de visites à domicile et leur rythmicité, d'autant que de leur point de vue général le nombre de visites est souvent supérieur. <p>Appréciation favorable de la cohérence du PPE :</p> <ul style="list-style-type: none"> - car marque l'entrée dans la mesure. Permet de réunir les partenaires et la famille pour présenter les raisons et objectifs de la mesure. - car le PPE ne se substitue pas au DIPEC qui est le document principal pour les structures. La place centrale du DIPEC n'entrave en rien le processus de définition, mise en œuvre, et suivi des mesures avec les services de l'ASE. - quand permet aux structures de revoir leurs propres outils analogues au PPE. <p>Appréciation réservée de la cohérence du PPE :</p> <ul style="list-style-type: none"> - quand le PPE est engagé avec retard (mesures commencées). Critique d'un manque de systématisme du côté des services ASE des territoires, renvoyé au manque de personnel et/ou son turn over. - car surabondance de documents : entrave dans la relation aux familles. <p>Appréciation favorable de la cohérence du Reporting, car :</p> <ul style="list-style-type: none"> - permet une meilleure traçabilité des actions, amène les professionnels à rendre des comptes. - peut être un levier pour parler d'évaluation des interventions au-delà de leur seule traçabilité par ailleurs nécessaire. En prenant appui sur des outils « papier » (cahiers de liaison, fiches chronologiques des interventions). L'idéal serait de mesurer l'efficacité (conformité des effets aux objectifs) en fin de mesure (difficile quand la mesure n'est pas suivie par une autre). - organiser un service qui a été créé sans réel projet, car permet de parler en termes de temps de travail.
Conditions de mise en œuvre	

2.4. Les structures qui ont construit dans le temps des dispositifs localisés et les défendent comme autre alternative au placement en établissement ou en famille d'accueil que les interventions à domicile.

Finalité éducative du SAD renforcé	<p>Appréciation réservée de la pertinence du SAD renforcé, quand :</p> <ul style="list-style-type: none"> - les structures interviennent dans les logements qu'elles mettent à disposition de familles, avec service ambulatoire en appui. Dans ce cas, l'intervention axée en priorité sur le(s) parent(s) (sécurisation des conditions de vie, aide à la parentalité) ne correspond pas à la finalité du SAD renforcé tournée sur les enfants. Cependant, cette offre spécifique contribue à éviter mais aussi à préparer le placement, d'autant que les structures concernées reçoivent des informations préoccupantes très graves qui obligent à accueillir dans l'urgence des familles. - les structures proposent une offre de placement séquentiel destinée à préparer une fin
------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	<p>de mesure de placement en établissement. Or pas de « doubles mesures », dans ce cas comment faire pour préparer une sortie de MECS alors qu'il n'y a pas de retour direct possible ou souhaitable dans la famille. Le SAD renforcé et ses Cahiers des charges pas pensés pour ces situations qui concernent les MECS.</p> <p>A noter que la question de la « double mesure » se pose également lorsqu'il y a besoin d'un placement séquentiel en plus d'un suivi à domicile (la question n'est pas que financière, elle est aussi éducative dans le cas notamment d'un placement temporaire en MECS : intégration au groupe...).</p> <p>Appréciation défavorable de la pertinence du SAD renforcé, car :</p> <ul style="list-style-type: none"> - perçu comme une menace pour les dispositifs localisés, alors que ceux-ci sont conçus comme des outils de prévention au placement (avec une offre éducative diverse, construite pour assurer une grande accessibilité en journée, week-ends, vacances), et que par ailleurs ils compensent le manque de places en Institut thérapeutique, éducatif et pédagogique (ITEP). Une menace car perçu comme contraire aux logiques d'action des structures qui ont développé une approche psychosociale de la famille visant une(re)construction du lien parents/enfants ; que les acteurs présentent comme le fond des Lois de 2002 et 2007. Le lien est considéré comme un objectif et non comme une évaluation sociale du danger : un objectif à construire dans certaines conditions et non comme une estimation à domicile (sachant que l'intervention à domicile est considérée comme nécessaire et fait partie des modalités des DIPEC). Si le domicile est l'évitement du placement, l'objet du domicile est le lien. D'où perception d'un risque d'uniformisation des approches au travers d'une généralisation du SAD renforcé. <p>Appréciation défavorable de la cohérence du SAD renforcé, qui dans ces conditions :</p> <ul style="list-style-type: none"> - entrave la préparation des projets de service en l'absence de réponse aux demandes de précision (cf. infra). Blocage. - conduit à retravailler à la baisse les temps de travail clés de l'accueil éducatif.
Finalité économique du SAD renforcé	<p>Appréciation défavorable de l'efficacité du SAD renforcé :</p> <ul style="list-style-type: none"> - quand perçu comme une menace pour les dispositifs localisés du fait de leurs frais de fonctionnements particuliers (location ; entretien, assurance, fonctionnement, gardiennage de locaux...). Or vu leur organisation et fonctionnement ces dispositifs sont considérés comme indispensables pour une approche psychosociale de la famille visant une (re)construction du lien parents/enfant. Cette approche fondée sur le « vivre, analyser, verbaliser » demande un lieu de vie collective qui ne peut pas être le domicile. - quand baisse du financement des mesures. Nécessité de revoir les temps de travail pour maintenir le niveau des salaires par accroissement du nombre de prises en charge. - car manque d'une comparaison en coûts complets de tous les types de dispositifs. Notamment du placement en famille d'accueil (alternative à l'accueil éducatif), en ce qui concerne le décompte des heures réelles et la nature de la rétribution (indemnité ou salaire ?). - car selon des acteurs, le CG aurait pu privilégier les actions d'étayage, les dispositifs séquentiels (autres choix dans d'autres départements). Notamment pour sortir du placement, par des mesures d'AED renforcée avec du séquentiel, du lieu de vie... (un acteur évoque le cas de la Fondation des Orphelins d'Auteuil qui a financé dans ce but un service socioéducatif ad hoc). L'enjeu de fond est celui de la sortie du placement en établissement, aussi les moyens devraient-ils être mis sur le maillage des dispositifs localisés.
Modalités de réalisation	<p>Appréciation réservée de la cohérence des Cahiers des charges, quand :</p> <ul style="list-style-type: none"> - ceux-ci n'ont pas été présentés/expliqués aux structures. - des demandes de précision sur la notion de « droit de visite », celle de « lieux de droits communs », la prise en compte des dispositifs de CVS (Loi 2002-2) dans les actions comptées dans les mesures, ..., attendent une réponse. <p>Appréciation défavorable de la cohérence du PPE :</p> <ul style="list-style-type: none"> - car ce n'est que la version administrative et moins élaborée du DIPEC. Pas assez détaillé pour être un « référentiel ». - car c'est une surcharge de travail pour les équipes et surtout de contraintes (« violence administrative ») pour les familles. - car tient davantage compte du contrat (document officiel qui démarre une mesure) que du projet éducatif.

	<p>- quand la structure travaille à partir d'un autre document de référence (officiel), par exemple l'Accueil provisoire mère-enfant (APME). A la différence du PPE, l'APME définit des actions à mener en priorité sur/avec les mères. L'APME n'exonère pas les structures d'un DIPEC avec objectifs pour la mère et objectifs pour enfant(s). Crainte d'une suppression du document APME.</p> <p>Appréciation réservée du Reporting, car :</p> <ul style="list-style-type: none"> - logiciel EVAL38 « hors utilité réelle ». - mais a un potentiel intéressant en matière de collecte d'informations. Outil de traçabilité mais pas d'évaluation. Car une évaluation devrait être en mesure d'éclairer les plus-values pour la famille dans la durée et de les rapporter aux interventions. - doute sur la façon dont l'outil sera renseigné. <p>Appréciation favorable de l'idée d'évaluation, car :</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'évaluation de l'ASE est un préalable (Loi de 2007). A commencer par celle des services ASE sur les territoires, puis celle des structures en fonction des missions et des mesures. - au-delà de la traçabilité des actions par ailleurs nécessaire (pas de rejet de principe d'EVAL 38), l'évaluation des interventions est indispensable et possible en termes de changements de comportements. Elle mesure l'évolution du lien parents/enfants et non ce que les IP qui sont au départ de la mesure préfigurent de l'évaluation et que l'intervention à domicile ne peut que relayer (« frigo rempli ou vide, plus de claques ou moins de claques », ...). Evaluation comportementale et de long terme versus évaluation factuelle et à court terme.
Conditions de mise en œuvre	<p>Appréciation réservée de la cohérence de la mise en œuvre des mesures, quand :</p> <ul style="list-style-type: none"> - les services ASE des territoires n'ont pas – en tout état de cause – la capacité à absorber la charge de travail. L'impossibilité pour le cadre d'intervenir aux moments clés pose pour ces acteurs la question de légitimité de l'ASE (importance symbolique des fonctions). Des acteurs (aussi des trois autres groupes) indiquent le besoin de « fiches de poste » pour les travailleurs sociaux de l'ASE. - les mesures (niveau 4) ne sont pas rattachées à un travailleur social de l'ASE. Dans ce cas lorsque allègement de la mesure et fin d'intervention de la structure, absence d'interlocuteur pouvant assurer le suivi.

3. UNE SYNTHÈSE DES APPRÉCIATIONS

Cette partie cherche à synthétiser les appréciations portées par les responsables de structures partenaires sur les dispositifs de SAD renforcé. Elle a deux objectifs :

- D'une part, il s'agit de comparer les points de vue des quatre groupes sur chaque plan (sur la politique de SAD renforcé en général, puis la finalité éducative, la finalité économique, les modalités de réalisation et les conditions de mise en œuvre des dispositifs d'AED et d'AEMO renforcés).
- D'autre part, cette synthèse est confrontée aux appréciations recueillies auprès de cadres de l'ASE sur les territoires.

La comparaison des points de vue des quatre groupes de responsables de structures partenaires sur la finalité éducative, la finalité économique, les modalités de réalisation et les conditions de mise en œuvre de l'AED et de l'AEMO renforcées donne lieu à 4 tableaux. Un pour chacun des quatre plans. Pour chacun d'entre eux, les principales appréciations favorables, réservées et défavorables sont mentionnées et ventilées selon les groupes de structures. Ici, les appréciations ne sont plus subdivisées selon qu'elles portent sur l'efficacité, la pertinence ou la cohérence ; le détail est présenté en point 2.

Cette comparaison est ensuite discutée au regard des appréciations recueillies auprès de cadres de l'ASE sur les territoires.

3.1. Principales appréciations des responsables de structures.

Pour rappel les 4 groupes de structures sont :

- ① Les structures qui ont développé antérieurement au Schéma départemental d'action sociale en faveur de l'enfance et de la famille (2014-2018) une offre d'interventions au sein des familles (mais souvent aussi des dispositifs localisés) et qui inscrivent aujourd'hui cette offre dans la politique du SAD renforcé, moyennant des ajustements dans son organisation.
- ② Les structures qui ont été conduites récemment, suite au Schéma départemental d'action sociale en faveur de l'enfance et de la famille (2014-2018), à modifier leur projet de service dans le sens d'interventions au sein des familles dans le cadre de l'AED ou/et de l'AEMO renforcée(s), afin notamment de suivre l'évolution des financements.
- ③ Les structures qui ont structuré dans le temps une offre de placement en établissement et qui sont prêtes à devenir prestataires de mesures de SAD renforcé.
- ④ Les structures qui ont construit dans le temps des dispositifs localisés et les défendent comme autre alternative au placement en établissement ou en famille d'accueil que les interventions à domicile.

3.1.1. Finalité éducative.

	Appréciation favorable	Appréciation réservée	Appréciation défavorable
Groupe ①	<ul style="list-style-type: none"> - Crée les conditions d'une confiance avec les familles. Travail dans le temps pour stabiliser les situations socioéconomiques. - Préserve les dispositifs localisés. 		
Groupe ②	<ul style="list-style-type: none"> - Correspond aux attentes des parents : mesure contraignante alternative au placement. 		<ul style="list-style-type: none"> - Quand modification de la mesure induit des ruptures.
Groupe ③	<ul style="list-style-type: none"> - Aide à renouveler les pratiques des professionnels de l'internat. - Permet un travail sur la parentalité. - Etayage possible avec activités hors domicile. 		
Groupe ④		<ul style="list-style-type: none"> - Logique d'intervention sur le(s) parent(s) pas prioritaire. - Flou sur le recours au placement séquentiel. 	<ul style="list-style-type: none"> Remise en cause de l'approche du lien partant de dispositifs localisés. Révision à la baisse du travail de l'accueil éducatif.

Synthèse : Les appréciations sont plutôt favorables, sauf pour le groupe 4. La pertinence du SAD renforcé provient, outre de l'alternative au placement qu'elle représente, de la possibilité de travailler directement et durablement dans l'environnement familial, avec parfois le recours à des activités hors domicile (« étayage » des mesures de SAD renforcé). La pertinence est toutefois questionnée en cas de changement de structure partenaire. Dans ce cas, le dispositif ne garantit pas la continuité du service qui est pourtant perçue comme nécessaire sinon indispensable dans les relations avec les familles. Elle est même contestée lorsque l'intervention à domicile apparaît focalisée sur le danger pour l'enfant ; les responsables de structures pointent alors l'AED renforcée. Les acteurs en question ne la considèrent pas comme la meilleure approche pour développer la *parentalité* et (re)construire le lien.

« Par « parentalité », de quoi parle-t-on ? Une définition institutionnelle a été donnée il y a peu par le Comité national de soutien à la parentalité, signe d'un besoin de précision après plus de dix ans de développement de ces dispositifs : « La parentalité désigne l'ensemble des façons d'être et de vivre le fait d'être parent. C'est un processus qui conjugue les différentes dimensions de la fonction parentale, matérielle, psychologique, morale, culturelle, sociale. Elle qualifie le lien entre un adulte et un enfant, quelle que soit la structure familiale dans laquelle il s'inscrit, dans le but d'assurer le soin, le développement et l'éducation de l'enfant. Cette relation adulte-enfant suppose un ensemble de fonctions, de droits et d'obligations (morales, matérielles, juridiques, éducatives, culturelles) exercés dans l'intérêt supérieur de l'enfant en vertu d'un lien prévu par le droit (autorité parentale). Elle s'inscrit dans l'environnement social et éducatif où vivent la famille et l'enfant » (2). Cette définition, fort longue et complexe, montre à la fois l'aspect multidimensionnel du terme (juridique, matériel, économique, culturel, psychologique...), son caractère évolutif qui relève donc d'un processus, et sa finalité, qui est l'intérêt supérieur de l'enfant. La parentalité renvoie à une certaine conception du rôle de parents et à la place de l'enfant, devenu sujet, dont l'intérêt doit être préservé et le bien-être, assuré (3). La parentalité véhicule, à ce titre, des normes, reposant sur des conceptions parfois divergentes de la famille et des objectifs éducatifs qui lui sont assignés. »

(1) Un rapport de février 2013 de l'Inspection générale des affaires sociales sur l'évaluation de la politique de soutien à la parentalité établit une liste de six dispositifs : les réseaux d'écoute et d'appui aux parents (Reaap), les lieux d'accueil enfants-parents (Laep), les contrats locaux d'accompagnement à la scolarité (Clas), la médiation familiale, les espaces rencontres et les points d'information aux familles.

(2) Voir le site internet : http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/avisdefinition_CNSP_10_11_2011.pdf

(3) La Convention européenne sur la protection de l'enfance parle de « bienveillance » et non plus de « maltraitance ».

Source : Dauphin S., « Introduction », *Politiques sociales et familiales*, 2014, n° 118, p. 3.

Au-delà du constat, il s'agit d'expliquer ce manque d'adhésion, nonobstant la « menace économique » que peut constituer l'AED renforcé pour les structures qui ont développé des dispositifs localisés ayant leur propre coût de fonctionnement. L'explication principale se situe au niveau du sens de l'intervention éducative. Sur ce plan, le manque d'adhésion tient – selon nous – à l'interprétation qui est faite de l'AED renforcée. Les acteurs en question interprètent l'AED renforcée sous le prisme du « danger pour l'enfant » perçu comme la justification d'une approche sécuritaire des besoins de l'enfant²⁷. Et ce, alors même que ces acteurs considèrent que le problème central est celui du lien (ou des liens/relations au sein de la famille) et qu'ils ont les dispositions et les conditions pour agir dans ce sens. Pour eux, prévenir ou sortir du danger passe nécessairement par un travail sur ce lien²⁸. C'est, de leur point de vue, le fond de l'action éducative, qui, sinon, devient essentiellement une action de contrôle social. Ces acteurs se réfèrent directement à l'idée de prévention (accent majeur de la Loi de 2007) pour justifier leur position : pas de prévention sans travail sur le lien²⁹. Surtout, ils observent que les mesures interviennent tardivement et que dans ces

²⁷ Voir le référentiel d'évaluation diagnostique en protection de l'enfance (CREAI-RA) pris en compte par la DIF et connu par certains acteurs rencontrés, pas tous, en tout cas par ceux de ce 4^{ème} groupe.

²⁸ On peut noter que la question se pose exactement dans ses termes aujourd'hui dans l'approche de la maladie mentale. Cf. Béja A., Padis M.-O., « De la peur du fou à la parole des patients. Entretien avec Patrick Landman », *Esprit*, n° 415, 205, pp. 52-60.

²⁹ Cette référence à la Loi de 2007 constitue une interprétation extensive de celle-ci. En effet, l'objectif de la Loi de 2007 est de limiter le développement de situations à risque, ou tout du moins de limiter leur aggravation.

conditions, selon le critère du danger pour l'enfant, il arrive (souvent) que le danger ne soit plus « latent » mais « patent » et demande par conséquent des mesures tout ou partie hors de la famille et donc du domicile.

Commentaire : On débouche à l'issue de cette première étape à questionner l'évaluation elle-même. La question posée à l'évaluation est de savoir si celle-ci peut se passer d'une comparaison de l'efficacité de l'intervention à domicile et de l'intervention hors domicile (dans des dispositifs localisés, activités individuelles ou collectives).

En effet, l'objectif initial consiste à mesurer l'efficacité du SAD renforcé en termes d'évitement du placement en établissement ou de préparation de celui-ci. Or le constat d'un manque d'adhésion de certains acteurs à la logique de l'AED renforcée peut aussi conduire à mesurer son efficacité au regard de l'alternative qu'ils défendent.

Il est du devoir d'une étude évaluative de questionner aussi son propre processus. Cela étant, c'est au commanditaire de l'évaluation de trancher.

A ce stade, il nous paraît important d'ajouter la remarque suivante. Si le choix est fait de comparer l'efficacité de l'intervention à domicile et hors domicile, il y aura alors à déterminer un référentiel commun d'évaluation, soit une mesure commune de l'efficacité. Cela impliquera de décider alors même que le manque d'adhésion met en avant deux référentiels : la prévention/réduction du danger pour l'enfant ; la (re)construction du lien. Il semble que la discussion ouverte ici pourrait concerner l'étape 2 de l'évaluation qui sera consacrée aux entretiens auprès de professionnels intervenants et de familles.

3.1.2. Finalité économique.

	Appréciation favorable	Appréciation réservée	Appréciation défavorable
Groupe ①			
Groupe ②		- Adéquation des moyens au niveau élevé d'interventions à domicile surtout quand le territoire est vaste.	
Groupe ③	- Permet des reconversions de personnel « sans casse sociale » (cas de MECS). - permet de revoir/supprimer des composantes de projets de service.		
Groupe ④			- Menace directe pour les dispositifs localisés : non prise en charge des frais de

Plus précisément, la Loi oriente sur l'action médicosociale, dès le plus jeune âge (PMI, santé scolaire...). Un récent rapport du Sénat a montré que la mise en œuvre est loin d'être effective. Sinon, il est vrai – et ce même rapport le rappelle (p. 63) – que la Loi de 2007 s'est donnée pour objectif de rétablir un équilibre entre la protection due à l'enfant et la place de la famille. A la fois elle confirme le rôle et la place des parents (passage de la substitution à la suppléance) et renforce les droits de l'enfant conformément aux dispositions de la Convention internationale des droits de l'enfant, notamment avec l'instauration obligatoire du PPE (article L. 223-1 du CASF). Cf. Dini M., Meunier M., « Rapport d'information fait au nom de la Commission des affaires sociales sur la protection de l'enfance », Sénat, rapport n° 655, juin 2014. <http://www.senat.fr/rap/r13-655/r13-6551.pdf>

			<p>fonctionnement.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Besoin d'ajustements qui bougent en profondeur les organisations : nécessité de revoir les temps de travail et activités pour maintenir le niveau des salaires (plus de mesures à domicile, moins d'action en collectif).
--	--	--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Synthèse : Les structures qui adhèrent le plus au SAD renforcé sont aussi réalistes. Pour certaines, le SAD renforcé est un « virage à prendre » de façon à préserver des budgets. C'est un défi managérial (maintenir un équilibre budgétaire tout en opérant une reconversion plus ou moins profonde de leur projet de service). Pour les structures qui ont développé des dispositifs d'intervention aux coûts de fonctionnement élevés, le SAD renforcé est perçu comme une menace directe. Cela est en lien avec la critique de la pertinence éducative du SAD renforcé.

3.1.3. Modalités de réalisation.

	Appréciation favorable	Appréciation réservée	Appréciation défavorable
Groupe ①	<ul style="list-style-type: none"> - CC (Cahiers des charges) : point d'appui clair pour définir les projets de service et les DIPEC : clarification en interne des interventions attendues. - PPE : marque l'entrée dans une mesure en associant tous les protagonistes. Si élaboré collectivement et en amont. Pas de substitution au DIPEC. 	<ul style="list-style-type: none"> - CC : la réalisation peut poser problème en pleine charge notamment en période de vacances. - Nécessité de conserver une souplesse pour éviter que l'intervention à domicile soit contreproductive. - Reporting (EVAL38) : crainte d'une standardisation des interventions, d'un remplissage « anarchique ». - Nécessité d'équipement / formation à l'informatique. - Pénalités en cas de non respect des objectifs : besoin de clarification sur notion d'intervention à domicile. - <u>Proposition</u> d'une règle de péréquation des interventions à domicile sur l'ensemble des mesures. 	<ul style="list-style-type: none"> - PPE est chronophage (multiplication des instances). - PPE, DIPEC cumulés parfois à PPRE et PPAP représentent une contrainte forte pour les familles.
Groupe ②	<ul style="list-style-type: none"> - CC (Cahiers des charges) : point d'appui clair pour définir les 	<ul style="list-style-type: none"> - Attribution des mesures : quand les projets de service ne sont pas connus de la DIF. 	

	<p>projets de service et les DIPEC : clarification en interne des interventions attendues, évitement de rationalisation après coup des interventions.</p> <p>- CC : aident les structurent à réfléchir sur tout ce qui peut entraver l'intervention à domicile (recherche d'efficience interne).</p>	<p>- Reporting (EVAL38) : crainte d'une standardisation des interventions, d'un remplissage « anarchique ».</p> <p>- Nécessité d'équipement / formation à l'informatique.</p> <p>- Redondance (ou manque d'articulation) avec outils existants (cahier de liaison, fiches chronologies des interventions).</p>	
Groupe ③	<p>- PPE : marque l'entrée dans une mesure en associant tous les protagonistes. Si élaboré collectivement et en amont. Pas de substitution au DIPEC.</p> <p>- Reporting (EVAL38) : permet une traçabilité des interventions (une nécessité de « rendre des compte »).</p>	<p>- CC : quand nécessité d'accroître le nombre de mesures par intervenant pour garantir niveau de salaire.</p> <p>- PPE : chronophage (multiplication des instances).</p> <p>- PPE, DIPEC cumulés parfois à PPRE et PPAP représentent une contrainte forte pour les familles.</p>	
Groupe ④	<p>- Evaluation des résultats : nécessité mais besoin de méthodes.</p>	<p>- CC : pas suffisamment expliqués aux structures. Besoin de précision sur notions « droit de visite », « lieux de droit commun », sur place et rôle des dispositifs de CVS.</p> <p>- Reporting (EVAL38) : manque d'opérabilité mais outil avec potentiel pour traçabilité. Crainte d'un remplissage « anarchique ».</p>	<p>- PPE est chronophage (multiplication des instances).</p> <p>- PPE, DIPEC, APME cumulés parfois à PPRE et PPAP représentent une contrainte forte pour les familles.</p>

Synthèse : Quels que soient les groupes de structures, les appréciations sur les modalités d'intervention sont dans l'ensemble convergentes. Les modalités (CC, PPE, et même EVAL 38) sont jugées comme utiles pour les partenariats et efficaces pour l'implication des familles dès lors que les mises en œuvre sont collectives et interviennent tôt. Pas d'incompatibilité forte exprimée avec les outils internes (notamment les DIPEC), les CC ont même des effets organisationnels forts, importants pour les structures. Les principaux inconvénients pointés par les deux groupes les plus distants (1 et 4) portent sur la redondance des instances nécessaires pour l'élaboration des documents (de leur version provisoire à leur version définitive) et les contraintes que cela représente pour les familles (« violence administrative »).

3.1.4. Conditions de mise en œuvre.

	Appréciation favorable	Appréciation réservée	Appréciation défavorable
Groupe ①		- De la mise en œuvre des dispositifs AED et AEMO renforcés quand : > concertation préalable avec ASE pas possible, et suivi intermittent des mesures par l'ASE. > modifications de la mesure et si structures pas habilitées à poursuivre : rupture pour les familles.	
Groupe ②		- De la mise en œuvre des dispositifs AED et AEMO renforcés quand : > concertation préalable avec ASE pas possible, et suivi intermittent des mesures par l'ASE.	- De la mise en œuvre des dispositifs AED et AEMO renforcés quand : > Sous utilisation des ressources des structures (notamment pour du séquentiel).
Groupe ③			
Groupe ④		- De la mise en œuvre des dispositifs AED et AEMO renforcés quand : > concertation préalable avec ASE pas possible, suivi intermittent des mesures par l'ASE /absence d'un travailleur social référent.	

Synthèse : Les appréciations sur les conditions de mise en œuvre sont moins nombreuses que celles portées sur les autres plans. Elles sont également plus réservées et concernent essentiellement les limites rencontrées par les services de l'ASE des territoires dans la préparation et le suivi des mesures. Du point de vue des structures partenaires, les difficultés qui peuvent être rencontrées dans la mise en œuvre varient d'un territoire à l'autre et dépendent des moyens et de la structuration des services de l'ASE.

3.2. Des appréciations en partie confirmées par des cadres de l'ASE sur les territoires.

Les cadres de l'ASE sur les territoires perçoivent tous l'importance du SAD renforcé au regard des possibilités de développement de modes de prise en charge alternatifs à un placement de longue durée. Sur ce plan, la politique du Département leur paraît être une réponse cohérente aux attendus

de la Loi de 2007. Leur point de vue rejoint l'appréciation générale recueillie auprès des responsables de structures partenaires.

Au-delà, les cadres de l'ASE sur les territoires apportent des appréciations sur la finalité éducative et économique, les modalités de réalisation et les conditions de mises en œuvre qui font écho aux points de vue des responsables de structures partenaires. Sur chacun de ces quatre plans, les avis principaux ont été résumés.

3.2.1. La finalité éducative.

Les cadres se situent principalement dans une logique de prévention du danger pour l'enfant. De ce point de vue, ils considèrent que l'intervention à domicile renforcée est profitable sur plusieurs plans. Leurs avis recoupent ceux des représentants des structures partenaires des trois premiers groupes et partiellement ceux du 4^{ème}.

A. Eviter le placement en établissement.

Les mesures de SAD renforcé sont saluées par l'ensemble des acteurs (responsables de structures, cadres de l'ASE) comme étant une alternative au placement en établissement. En particulier, l'AED renforcée apparaît comme une nouveauté dans un paysage jusque-là largement occupé par le placement et l'AEMO. Cette mesure répond d'ailleurs à l'un des objectifs de la Loi de 2007.

L'AED renforcée niveau 4 constitue même pour bon nombre de cadres de l'ASE une réponse aux parents désemparés qui souhaitent et en même temps redoutent le placement. D'une façon générale, le niveau 4 est supposé représenter une prise en charge efficace, notamment d'adolescents en grandes difficultés.

B. Travailler au domicile avec les familles.

Le mérite du SAD renforcé est d'intervenir dans l'environnement immédiat (« le domicile est le milieu naturel ») et de permettre une meilleure perception des dangers. Comme le disent des cadres : « cela aide à comprendre ce qui se passe dans les familles, y compris le côté nocif ».

De ce point de vue, les cadres de l'ASE n'adhèrent généralement pas aux réticences exprimées par le groupe 4 des responsables de structures partenaires. Ils expliquent cette position comme étant une résistance au renouvellement des cultures, organisations et pratiques.

Si les conditions d'intervention sont garanties, cela permet de travailler dans la permanence, la confiance et la durée (soit les principes de l'action éducative, comme l'ont rappelé des cadres).

Intervenir à domicile n'obère en rien le travail hors domicile avec d'autres acteurs (écoles, services sociaux...).

C. Réinvestir un discours d'autorité nécessaire au travail sur la parentalité.

L'AED renforcée offre aussi la possibilité de responsabiliser les parents et les enfants. Elle porte un discours de « la dernière chance » : celle de la protection administrative plutôt que la protection judiciaire ; celle de l'alternative au placement en établissement, ou en famille d'accueil (ce qui renvoie également aux objectifs de la Loi de 2007).

Dès lors qu'il est porté avec pédagogie, ce discours rassure les parents qui redoutent le placement et aide à convaincre les récalcitrants. Il contribue en même temps à renouveler l'image de l'ASE. Bien que les acteurs et les dispositifs aient profondément changé, il indique aux parents que le temps de « la DDASS voleuse d'enfants » est révolu.

Il n'empêche que les cadres de l'ASE peuvent se heurter au manque d'adhésion et être conduits finalement à demander une mesure d'AEMO ; cela semble être plus fréquent sur certains territoires. Les cadres considèrent que c'est l'attitude des parents plus que la nature des besoins qui détermine le choix de l'AED ou de l'AEMO renforcée.

Les besoins des familles sont somme toute relativement homogènes. Ils découlent d'une déstructuration de la cellule familiale (dont on ne sait dire si elle est plus forte qu'avant ou pas). Les raisons sont multiples et leur nature diverse (économique, sociale, psychologique, psychiatrique). Les situations familiales ont aussi parfois une résonance territoriale (éloignement, isolement). Cela complique la réalisation de l'objectif attendu dans les cahiers des charges de travailler sur/avec les « réseaux primaires ».

Les discussions lors des entretiens introduisent de façon systématique une analyse en termes de crise de la parentalité du fait d'empêchements socioéconomiques, de recompositions familiales qui ne laissent plus de place aux jeunes (refaire sa vie au dépens des enfants d'un premier lit), du sentiment de honte de ne pouvoir répondre aux demandes de ses enfants, de l'emprise d'addictions (notamment des jeux qui placent les jeunes dans des mondes virtuels), etc. Du fait d'une relative diversité socioéconomique des familles (en termes de catégories socioprofessionnelles des parents), les manifestations de cette crise de la parentalité ne sont pas – d'un point de vue sociologique – « naturalisées », au sens où elles s'expliqueraient par l'évidence d'une appartenance sociale. Les explications seraient à de multiples niveaux – comme le rappelle plus haut la définition de la notion de parentalité – et obligeraient par conséquent à travailler dans plusieurs orientations à la fois.

Aussi, face à ces réalités familiales, l'AED renforcée prend toute sa place. Pour autant, plusieurs professionnels, de l'ASE comme des structures, craignent qu'elles soient insuffisantes si les mesures ne peuvent pas être étayées par du séquentiel et des interventions hors domicile.

D. Préparer au mieux des placements en établissement plutôt que des sorties.

Les cadres de l'ASE ne partagent pas l'avis de bon nombre de responsables de structures partenaires qui perçoivent dans les mesures d'AED ou d'AEMO renforcée la possibilité de préparer au mieux et au plus tôt des sorties de mesures de placement en établissement. Des cadres indiquent même que ce ne peut pas être l'objectif. Ils considèrent que cela serait contradictoire avec la logique du renforcé. Pour eux, le placement ne peut être suivi que d'une mesure classique. Dit autrement, le renforcé est une alternative à l'entrée dans un placement et non une modalité de sa sortie.

Si sur ces différents aspects, les appréciations des cadres de l'ASE sur les territoires sont convergentes entre elles, sur d'autres elles paraissent plus différenciées. Ces acteurs n'ont donc pas tous le même point de vue sur tout. Ces différences tiennent pour beaucoup aux parcours professionnels, aux territoires et aux contraintes qu'ils ont à gérer. On le voit avec le point suivant, mais aussi au niveau de la finalité économique, des modalités de réalisation et des conditions de la mise en œuvre.

E. Le classique plutôt que le renforcé.

Certains cadres préfèrent pour commencer des mesures classiques, quitte à passer ensuite à des mesures renforcées. Il s'agit à la fois d'être progressif (quand la situation n'impose pas immédiatement le renforcé) mais aussi réaliste : il faut pouvoir gérer le suivi par un travailleur social des mesures d'AED renforcées. D'autres, au contraire, entrent plus directement dans des mesures renforcées, quitte ensuite à abaisser le niveau de l'intervention.

Pour tous, le recours à l'AED ou AEMO, classique ou renforcée, doit être déterminé autant que possible par la situation et la nature des besoins. Cela étant, ce principe est plus ou moins tributaire des moyens et des conditions. D'une façon générale, le besoin d'ajuster les mesures aux ressources disponibles est permanent, mais peut varier d'un territoire à l'autre (ou dans le temps). Les ressources disponibles (propres à l'ASE et autres) conditionnent pour partie le recours aux mesures renforcées. Aussi, la règle du non cumul induite par les mesures renforcées n'est-elle pour les cadres de l'ASE que l'une des données d'une régulation plus globale qu'ils ont à opérer en permanence entre les besoins et les moyens. Chacun est particulièrement vigilant pour coordonner les moyens et éviter des juxtapositions coûteuses.

3.2.2. La finalité économique.

Aucun des cadres rencontrés ne relativise la finalité économique du SAD renforcé. L'objectif d'efficacité des moyens alloués à l'ASE n'échappe à personne. Cette réalité s'impose à tous, de façon variable selon les territoires.

La finalité économique est perçue en termes de rationalisation des mesures de l'ASE et d'économie budgétaire globale. Notamment, il s'agit de mettre fin, via l'AED renforcée, au cumul de mesures qui était courant précédemment. Des cadres notent en même temps que l'AEMO renforcée réduit les possibilités laissées jusque-là aux juges d'ordonner plusieurs mesures.

En même temps, les exigences de suivi des mesures renforcées demandent une capacité d'intervention que les territoires ne peuvent pas toujours assumer. Certains sont dans des difficultés chroniques de sous-effectifs, d'autres dans des difficultés plus ponctuelles. Pour tous les cadres, le renforcé signifie « plus de visites, plus de vigilance, plus de continuité ». Plusieurs difficultés liées aux ressources sont mises en avant.

A. Des ressources limitées en AED renforcée.

La régulation entre administratif et judiciaire atteint ses limites du fait du contingentement du nombre de mesures en AED renforcée. Les cadres constatent la difficulté à gérer le flux de mesures d'AED renforcée.

Le niveau 3 permet d'accéder à des moyens complémentaires pour étayer les mesures. Cela étant, sur certains territoires la recherche de moyens complémentaires se fait autrement, notamment en direction d'autres services du Conseil départemental sur le territoire. Cette possibilité est limitée puisque dans ce cas le besoin de moyens complémentaires est reporté sur d'autres budgets que celui de l'ASE.

B. Peu de recours au placement séquentiel en cas de crise.

L'AED et l'AEMO renforcées ne prévoient pas cette possibilité. Or, certaines situations obligent les services de l'ASE sur les territoires à procéder à du placement séquentiel,

souvent en urgence. Il faut pour cela disposer de capacités d'accueil. Dans ce cas, le danger prévaut sur la règle du non cumul de mesures.

C. *Les difficultés à répondre à des ordonnances de mesures d'AEMO renforcée.*

Bon nombre de cadres s'inquiètent des difficultés rencontrées pour donner suite à des ordonnances de mesures d'AEMO renforcée. Les cadres sont alors conduits à présenter aux juges des propositions alternatives ou à ne pas exécuter – pour un temps – leurs ordonnances.

L'inquiétude partagée porte sur la qualité de la réponse à apporter, mais aussi sur le jeu des responsabilités juridiques le cas échéant. Cette question des responsabilités est évoquée par plusieurs acteurs qui manifestent en la matière un besoin d'information collective.

3.2.3. Les modalités de réalisation.

Le Schéma départemental et l'ensemble des outils (Cahiers des charges, PPE, référentiel CREAI...) sont connus. Néanmoins, plusieurs cadres indiquent que l'information sur les mesures de SAD renforcé a été tardive. Dans certains cas, l'information est venue de structures partenaires. Sans se formaliser pour autant, les cadres considèrent que des informations et surtout des décisions/directives seraient bienvenues pour les aider dans la mise en œuvre des mesures. Ces attentes concernent très directement les modalités de réalisation des mesures. Elles rejoignent pour une part celles exprimées par des responsables de structures partenaires. Elles portent sur :

A. *Le flou de certaines notions.*

La notion principale de « placement » est floue dans la mesure où le terme est employé sans discernement lorsqu'il s'agit aussi du domicile familial. De même, la notion d' « intervention à domicile » donne lieu à des interprétations multiples du fait du besoin d'ajuster au mieux l'intervention aux besoins et contextes familiaux, mais aussi aux contraintes d'organisation des structures. En l'absence de précision, le comptage des interventions est difficile aux yeux de bon nombre de cadres comme des responsables de structures.

B. *La place des PPE à assurer.*

Le département de l'Isère fait partie des quelques départements qui ont défini un PPE type³⁰. C'est loin d'être le cas partout. Cela étant, la mise en œuvre des PPE est parfois tardive sur certains territoires. Elle peut intervenir après le démarrage de la mesure. Une première explication se trouve dans les moyens et l'organisation des services de l'ASE. Cela étant, d'autres raisons entrent en ligne de compte. Notamment, aux dires de plusieurs cadres, le PPE ne paraît pas calé pour l'AEMO renforcée dans la mesure où certains territoires sont, lors des entretiens de janvier/février 2015, en train de prendre en compte la décision du Conseil départemental d'octobre 2014 de confier à l'ASE l'exécution des ordonnances (au titre de la garantie de continuité voulue par la Loi de 2007). A noter que l'ASE est souvent à l'origine même des ordonnances.

Par ailleurs, l'application du PPE n'obère en rien l'utilisation d'autres documents individuels de prise en charge propres aux structures (les DIPEC notamment). Cela indique

³⁰ Dini M., Meunier M., op. cit., 2014, p. 34.

probablement que le PPE s'apparente encore beaucoup à un document administratif classique et que par conséquent il n'est pas devenu totalement l'outil de référence attendu³¹.

C. Des référents à désigner.

Cette question est liée à la précédente. En effet, une fin de mesure d'AEMO appartient au juge. Une fin de mesure d'AEMO renforcée est décidée en lien avec le Conseil départemental. Or avec une AEMO classique le référent est un travailleur social du Conseil départemental, tandis qu'avec une mesure d'AEMO renforcée il s'agit du professionnel de la structure chargé de la mise en œuvre de la mesure. Du coup, la question est posée de savoir quel professionnel participe à l'audience relative à une fin de mesure d'AEMO renforcée. Le travailleur social de la structure partenaire ou bien le travailleur social de l'ASE sur le territoire ? Qui est mandaté et qui en a le temps ?

Sachant que des instances réunissant les différents acteurs se tiennent avant les audiences, la remarque a été faite lors des entretiens que ce n'est pas le manque d'information qui fait obstacle. A noter que le rapport sénatorial de 2014 cité plus haut indique en l'espèce : « il serait intéressant de développer la pratique consistant à désigner, pour chaque PPE signé, un référent ASE exclusivement chargé de son suivi et de son évaluation. » (p. 66).

D. Le rapport circonstancié en fin de mesure d'AEMO renforcée.

La Loi de 2007 exige de la structure partenaire qu'elle remette un rapport circonstancié au Conseil départemental en fin de mesure d'AEMO renforcée. Apparemment, les rapports ne sont pas uniformes et surtout pas systématiquement remis au Conseil départemental alors qu'ils le sont au juge.

E. L'information sur les disponibilités des structures.

Les cadres de l'ASE sont normalement informés des disponibilités d'intervention des structures. Les juges pas forcément. Sans une information actualisée, les acteurs sur les territoires manquent de capacité de prévision. Lorsque les structures partenaires tardent à présenter leur projet de service, notamment parce qu'elles attendent des précisions demandées, le circuit d'information sur les disponibilités peut se gripper.

3.2.4. Les conditions de mise en œuvre

La Loi de 2007 a intégré dans ses objectifs le renforcement du repérage du danger pour l'enfant. Pour cette raison, le secteur médical et médicosocial, comme celui de l'éducation sont appelés à être des partenariats actifs. Des départements, comme celui de l'Isère, y parviennent³². De fait, la provenance des « informations préoccupantes » est élargie. Le rôle d'examen qui incombe au Conseil départemental est du coup accru. Les services du Conseil départemental se retrouvent par

³¹ « En outre, il est fondamental que le PPE devienne un document de prise en charge globale, c'est-à-dire traitant de toutes les dimensions du développement de l'enfant (sociale, médicale, éducative, affective, etc.). Trop souvent, lorsqu'un PPE est élaboré, celui-ci s'apparente à un document administratif classique, mentionnant toutes les données relatives à l'organisation du suivi de l'enfant (situation familiale, noms des intervenants, modalités de prise en charge, objectifs fixés, délais prévus, etc.). Or, comme son nom l'indique, le « projet pour l'enfant » est bien plus qu'un simple dossier de prise en charge ; il doit être l'outil par lequel les services départementaux, en coordination avec l'ensemble des professionnels, et - lorsque la situation le permet- en collaboration avec les parents, s'interrogent sur le parcours de vie de l'enfant et mettent en place les actions nécessaires à son épanouissement. ». Cf. Dini M., Meunier M., op. cit., 2014, p. 65.

³² Dini M., Meunier M., op. cit., 2014, p. 40.

conséquent à centraliser et à vérifier des flux d'informations. Ce travail est d'autant plus considérable que par ailleurs les juges ont perdu de leurs moyens d'investigation rapide. Des cadres de l'ASE indiquent que sur leurs territoires 40 à 50% des informations remontent d'établissements scolaires ; ces informations sont souvent liées à des conflits conjugaux, parfois avec des cas de violence.

Or la qualification des informations reçues en informations préoccupantes est produite par les services de l'ASE sur les territoires ; cela demande de leur part d'expertiser l'information. En moyens contraints, cela conduit à jongler entre plusieurs activités à la fois (examen des informations, diagnostic complémentaire, préparation des mesures, suivi des mesures, fin de mesures).

De plus, la Loi de 2007 impose des conditions dans la mise en œuvre (participation des familles, recherche de l'adhésion...). Cela induit un processus par instances successives qui peut être long. Or dans un contexte d'instruction plus tardive, ce processus réduit la possibilité de filtrage entre l'AED et l'AEMO, et entre classique et renforcé. Cette possibilité semble à beaucoup d'acteurs de plus en plus ténue, a fortiori vu la complexité des besoins.

Outre ces aspects essentiels, deux autres remarques sont à prendre en compte concernant les contraintes qui pèsent sur les conditions de la mise en œuvre. Elles sont partagées aussi bien par les cadres de l'ASE que par des responsables de structures partenaires.

A. La perte de ressources sur les territoires.

Dans le Nord-Isère en particulier, de nombreux responsables de structures et les cadres de l'ASE sur les territoires constatent la réduction ou la disparition de moyens extérieurs sur lesquels ils pouvaient prendre appui : lits en services psychiatriques, pédopsychiatres, généralistes et spécialistes, services d'accueils spécialisés... Pour cette raison, les mesures de l'ASE d'une façon générale et du SAD renforcé en particulier peuvent ne pas trouver ou perdre leur efficacité.

B. Les coûts des changements de mesures.

Modifier une mesure et a fortiori changer de mesures a un coût élevé pour les services de l'ASE comme pour les familles et les structures partenaires. Recommencer un cycle d'instances, passer à d'autres professionnels est chronophage mais aussi – et surtout – déstabilisant pour les familles. Ces situations mettent en exergue la complexité de la construction de la protection de l'enfance : habilitations spécifiques par type de mesure, multiplications des documents et des instances, flou dans la désignation d'un référent tout au long d'un parcours dans des mesures de l'ASE, ... et ce, dans un contexte d'offres contingentées et de calcul de coûts pour être moins cher que le placement en établissement.

Annexe 2

Evaluation des actions de Soutien à domicile (SAD) renforcé

Enquête auprès de professionnels intervenant auprès des familles

Synthèse des résultats

Odenore – note de travail – septembre 2015

Cette note de travail rend compte d'entretiens collectifs réalisés entre le 30 avril et le 6 juin 2015 auprès de professionnels intervenant à domicile dans le cadre de l'application de mesures renforcées de protection de l'enfance. Ce document prolonge le rapport de mars 2015 issu de l'enquête réalisée auprès de responsables de structures partenaires du Conseil départemental, désignés à l'Odenore par la Direction de l'insertion de la famille (DIF), et des entretiens collectifs menés auprès des cadres de l'ASE sur les territoires.

Les entretiens collectifs menés avec des professionnels intervenant directement dans l'application de mesures d'AED ou AEMO renforcée ont eu pour objectif de comprendre comment les services de terrain s'approprient les outils propres à ces mesures et apprécient les logiques, objectifs et conditions de mise en œuvre.

Les entretiens ont été menés sur site dans cinq structures, avec une diversité de professionnels. Les structures ont été choisies par la DIF sur propositions de l'Odenore). Dans deux cas, le chef de service ou responsable de la structure rencontré lors des précédents entretiens, a participé en partie à la rencontre. Dans tous les cas, l'accueil a été très bon et les échanges ont pu permettre à chacun de présenter assez largement ses points de vue.

Sur le plan méthodologique, il faut indiquer que ces entretiens collectifs recueillent en même temps des points de vue individuels et des points de vue collectifs (ceux des équipes ou de plusieurs membres des équipes réunies). Aussi, les résultats présentés ici rendent-ils compte d'appréciations qui peuvent, aussi, être contrastées sinon contradictoires.

La présente note de travail restitue les principaux résultats sans citer explicitement, ni évidemment désigner les acteurs. Sa structuration cherche à être homogène avec la présentation des résultats qui a été faite des entretiens avec les responsables des structures et les cadres de l'ASE sur les territoires. Dans la mesure où beaucoup d'éléments de contexte sont contenus dans le rapport précédent, celui-ci, plus succinct, vise à comparer les points de vue des professionnels de terrain et des équipes autour des questions clés de l'évaluation portant sur la finalité éducative des mesures renforcées d'AED/AEMO, leur finalité économique, modalités de réalisation et conditions de mise en œuvre.

Etant donné que les structures retenues pour les entretiens avec les professionnels de terrain ont été choisies en fonction du classement des structures opéré dans le précédent rapport, nous rendons compte des résultats en signalant à quel groupe appartient la structure dans laquelle les professionnels interviennent. Pour mémoire, les structures ont été classées selon quatre cas de figure :

❶ Les structures qui ont développé antérieurement au Schéma départemental d'action sociale en faveur de l'enfance et de la famille (2014-2018) une offre d'interventions au sein des familles (mais souvent aussi des dispositifs localisés) et qui inscrivent aujourd'hui cette offre dans la politique du SAD renforcé, moyennant des ajustements dans son organisation.

A noter que ces structures peuvent être des MECS qui ont développé des interventions au sein des familles dans le cadre de l'Aide Educative à Domicile (AED) au titre de la protection administrative et au titre de la protection judiciaire dans le cadre de l'Action Educative en Milieu Ouvert (AEMO).

❷ Les structures qui ont été conduites récemment, suite au Schéma départemental d'action sociale en faveur de l'enfance et de la famille (2014-2018), à modifier leur projet de service dans le sens d'interventions au sein des familles dans le cadre de l'AED ou/et de l'AEMO renforcée(s), afin notamment de suivre l'évolution des financements.

❸ Les structures qui ont structuré dans le temps une offre de placement en établissement et qui sont prêtes à devenir prestataires de mesures de SAD renforcé.

❹ Les structures qui ont construit dans le temps des dispositifs localisés et les défendent comme autre alternative au placement en établissement ou en famille d'accueil que les interventions à domicile.

Ce rappel permet de préciser dans le tableau ci-dessous quels professionnels ont participé aux entretiens :

Type de Structure	Nombre participants à l'entretien	Nombre participants par profession ou statut						
		Educateur spécialisé	Moniteur éducateur	Educateur de jeunes enfants	Psychologue	Juriste	Assistant social	Chef de service
❶	7	5	2					
❷	8	5			1	1		1
❸	3	2			1			
❹ a	5	1		1	1		1	1
❹ b	8	7			1			

En tout, 31 professionnels (dont 2 chefs de service ou responsables de structure) ont participé aux entretiens. En majorité (20 sur 31) il s'agit d'éducateurs spécialisés. La plupart des professionnels rencontrés ont une longue expérience professionnelle, beaucoup ont travaillé auparavant dans d'autres structures. Ces caractéristiques indiquent à la fois que les points vue peuvent être marqués par l'appartenance professionnelle, mais qu'ils sont fondés sur des pratiques aguerries.

1. Présentation synthétique des résultats

Nous choisissons pour ce rapport intermédiaire de présenter les résultats dans un tableau général comparatif, comme nous l'avons fait dans le précédent rapport. Aussi faut-il rappeler ce que nous

disions dans ce rapport précédent (p. 5), à savoir que selon chaque cas de figure, les finalités, modalités et conditions du SAD renforcé ne sont pas perçues de la même façon et ne présentent pas le même degré d'acceptation. Sur chacun de ces plans, les acteurs (ici les professionnels de terrain) procèdent également plus ou moins explicitement à un « jugement évaluatif » du SAD renforcé. Cette appréciation peut apparaître « favorable », « défavorable », ou bien plutôt « réservée », selon une diversité d'arguments.

1.1 - Finalité éducative

	Appréciation favorable	Appréciation réservée	Appréciation défavorable
Structure ①		<ul style="list-style-type: none"> - Crainte d'une perte du travail de prévention. Interventions souvent tardives. Plus du curatif, dans l'urgence. - Causes : fonctionnement global des dispositifs (fermeture de places en placement, temps de traitement des dossiers par l'ASE, déplacement du curseur de la gravité avec le médical [« la maltraitance qui se voit »] comme déclencheur,...) et aggravation des situations psychologiques, relationnelles/familiales, et économiques. - Conséquence : les mesures de SAD deviennent parfois des alternatives au placement nécessaire. Difficulté à travailler à partir de l'adhésion des familles. 	
Structure ②	<ul style="list-style-type: none"> - Les mesures renforcées apportent une rythmicité dans les rapports aux familles. Plus que cela, l'intervention à domicile permet de percevoir autrement les difficultés des familles et de percevoir d'autres besoins : économiques, psychologiques..., de travailler la confiance ; « c'est intéressant mais aussi envahissant » : ce qui pose directement la question du nombre de PEC attribuées aux professionnels, mais aussi celle de la définition des attentes (cf. Appréciation réservée). - L'intervention à domicile porte une possibilité de qualité de l'action qui n'est réalisable que sous certaines conditions de moyens, en particulier avec une possibilité d'intervention en binôme ou en lien avec d'autres professionnels (psychologues...). 	<ul style="list-style-type: none"> - Flou dans les attentes de la DIF : quel sens donné à l'intervention « à » domicile ? N'attend-t-on pas aussi des professionnels une visite « du » domicile dans un but de repérage de dangers. - L'intervention à domicile demande plus de travail, notamment de mise en confiance et d'observation des situations. L'intervention à « une autre épaisseur » que la DIF ne voit pas ; ce qui fait que la question de l'évaluation du SAD à partir de la réalité des interventions est majeure et indispensable. - Interrogation sur la possibilité de poursuivre une action préventive (mêmes causes que pour structure ①). 	

<p>Structure ③</p>	<p>- L'intervention à domicile permet de : suivre l'enfant dans et avec la famille (« on voit plus de choses », le travail peut se faire avec les réseaux primaires); de voir autrement les difficultés des familles et de percevoir d'autres besoins : économiques, psychologiques..., de travailler la confiance.</p> <p>- La plus value du renforcé : travail d'accompagnement plus en profondeur, c'est-à-dire travail avec jeune/famille à partir des constats établis ensemble.</p>	<p>- La prévention n'est pas toujours possible. Mêmes causes qu'en ① et ②. Les professionnels insistent sur les conséquences de l'intervention tardive : elle complique l'adhésion des parents et de fait limite la possibilité d'actions à entreprendre.</p>	
<p>Structure ④ a</p>	<p>- Les mesures de SAD ne modifient pas fondamentalement les activités de la structure qui accueille des familles en résidentiel, et qui peut donc préserver son approche préventive des familles et des enfants.</p>		
<p>Structure ④ b</p>		<p>- L'intervention à domicile ne peut pas être automatique ni même prioritaire dans la mesure où elle peut être perçue comme intrusive. L'adhésion des familles est indispensable et le préalable au reste ; mais difficile à obtenir dès lors que les PEC sont tardives au regard de la situation.</p> <p>- Acceptable et efficace comme outil d'étayage au service du projet pour l'enfant et la famille. Mais l'intervention à domicile est parfois inutile. Les raisons qui justifient l'intervention à domicile sont pratiques (organisation de la réalisation de la PEC quand la famille est nombreuse), sociales (la nécessité de vérifier des éléments de la situation) et éducatives (c'est la demande de l'enfant ; la nécessité de créer hors espaces dédiés par la structure un espace de parole).</p> <p>- Dans tous les cas, le domicile est un outil et non pas une obligation. D'où une crainte que la souplesse actuelle disparaisse et que l'intervention à domicile ne perde de facto son sens. D'autant que la notion de danger est</p>	<p>- Crainte d'une standardisation des PEC avec les niveaux 2 et 4, qui empêcherait de penser la PEC le plus possible en fonction des besoins spécifiques et de la perception des situations en termes de dangers.</p> <p>- L'approche en groupe fait apparaître la gravité des situations socio-psychique des enfants / jeunes. A travers de la nécessité de contenir les comportements, possibilité de pointer les difficultés et besoins, et de travailler à partir de là. Des structures comme la ④ b ont la taille et l'ancienneté pour confirmer sous cet angle et par l'approche en groupe l'évolution des situations et des besoins.</p>

		omniprésente dans la production de l'action : la protection de l'enfant est une exigence permanente.	
--	--	------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

Synthèse : D'une certaine façon les appréciations, tout en restant contrastées, paraissent moins divergentes selon les structures que les avis reçus précédemment par les responsables de structures (voir rapport de mars 2015). Cette différence de points de vue peut être due, notamment, à la diversité des fonctions et des rôles (comme l'indiqueraient pour une part les échanges collectifs qui ont eu lieu en présence de chefs de services), mais aussi être l'effet des entretiens collectifs (ici de groupes de professionnels travaillant ensemble, qui peuvent avoir tendance à produire de l'accord ou du consensus). Cela étant, on ne note pas de désaccords flagrants sur la question de la finalité éducative du SAD renforcé, structure par structure, entre les avis des responsables et ceux de leurs collègues.

Si les avis des professionnels intervenant à domicile paraissent moins divergents que ceux des responsables de structure, ils ne sont pas moins interrogatifs sinon dubitatifs sur l'intérêt du SAD renforcé comme alternative au placement.

En effet, pour les professionnels les mesures de SAD renforcé ont des avantages ou pour le moins ne présentent pas de désavantages majeurs pour les actions concrètes menées avec les familles. Pour autant, leur intérêt comme alternative au placement est largement discuté dans la mesure où – et les avis sont unanimes sur ce point – les interventions sont décidées et mises en œuvre en général trop tard au regard de la gravité de la situation. De fait, les mesures de SAD renforcé sont surtout perçues comme une autre façon d'intervenir en situation budgétaire contrainte, même si aucun professionnel ne récuse l'intérêt éducatif et social de l'intervention à domicile.

Toutefois, tous sont préoccupés par les moyens qui peuvent être consacrés aux interventions à domicile (perçue comme centrale ou subalterne), dans la mesure où :

- pour les uns [①, ②, ③] ce type d'intervention implique d'assurer des moyens (en temps de travail et intervention de plusieurs types de professionnels) si l'on veut atteindre la qualité de résultat que cette approche peut permettre ;
- et pour les autres [④ a, ④ b] l'intervention à domicile ne doit pas capter les moyens dédiés à d'autres formes d'intervention qu'ils estiment principales.

1.2 - Finalité économique

	Appréciation favorable	Appréciation réservée	Appréciation défavorable
Structure ①		- L'accroissement des PEC en AED renforcée relève moins d'une finalité éducative et sociale que de la réduction du nombre de places en établissements. L'AED est une alternative en trompe l'œil.	
Structure ②		- Les places en établissement supprimées pour financer les	

		mesures de SAD étaient utiles. Les mesures renforcées n'étant pas forcément justifiées en tant qu'alternative au placement, l'accroissement des besoins peut difficilement être résolu dans ces conditions.	
Structure ③			- Le CD ne tient pas ses engagements, le nombre de mesures par professionnels est supérieur à ce qui a été annoncé.
Structure ④ a		- Les considérations gestionnaires sont perçues comme prépondérantes dans le choix du CD ; mais les professionnels n'en perçoivent pas les effets à leur niveau.	
Structure ④ b			- Les considérations gestionnaires sont perçues unanimement comme prépondérantes dans le choix du CD ; les professionnels en perçoivent les effets dans l'organisation même de leurs activités (répercussion sur l'organisation du travail : concilier exigences du financeur et projet de service).

Synthèse : D'une façon générale, la politique de SAD renforcé est perçue comme une recherche d'équilibre entre moyens et besoins. La réalité gestionnaire est cependant plus ou moins directement ressentie par les professionnels selon les structures. Cela rend compte de la diversité des « modèles économiques » de chacune d'entre elles. Cela étant, les professionnels voient croître leur charge de travail et certains semblent atteindre parfois le maximum avec des situations de plus en plus lourdes. Comme chez les responsables de structures, une certaine inquiétude pointe lors des entretiens sur le sens des pratiques socioéducatives et l'évolution des services à rendre (mais pas explicitement sur l'emploi).

1.3 – Modalités de réalisation

	Appréciation favorable	Appréciation réservée	Appréciation défavorable
Structure ①	- Le PPE est largement utilisé ; son avantage est de permettre un « débat contradictoire » avec les familles qui sont enfin prises en compte.		- Les rythmes d'intervention à domicile indiqués dans les CC sont formatés et manquent de souplesse. EVAL 38 en est aussi une illustration ; cela étant un comptage intelligent des activités est nécessaire, car pas de place pour des abus (qui ont pu avoir lieu).

			<ul style="list-style-type: none"> - Besoin de supervision, mais aussi d'accompagnement des pratiques sous forme de formation complémentaire ou autre.
Structure ②		<ul style="list-style-type: none"> - Les Copil entre DIF/chefs de services utiles pour valider les décisions, mais insuffisants pour percevoir/débattre de l'épaisseur du travail des professionnels avec les familles. Le renforcé nécessite probablement d'autres outils de suivi de l'application des PEC. - Entre PPE, DIPEC, avenants... administratif et judiciaire, les familles sont perdues et lassées 	
Structure ③		<ul style="list-style-type: none"> - Entre PPE, DIPEC, PAI (projet accompagnement individuel sans les parents) : beaucoup de temps, de redites, de paperasse... Les parents sont perdus, surtout quand multiplicité d'interlocuteurs et chevauchement de mesures. - Idée en gestation d'un accompagnateur « gestion » qui se déplace dans les familles et travaille de concert avec les éducateurs. 	<ul style="list-style-type: none"> - Aucun outil pour rendre compte du travail des professionnels avec les familles. Vrai manque dans la mesure où l'intervention à domicile permet de percevoir beaucoup de choses. - La définition des CC, PPE reste floue (critères, objectifs...). Nécessité de donner du sens à ces outils et donc au travail des professionnels en tenant davantage compte de leur avis. - Manque total d'outil d'évaluation significatif du point de vue des professionnels, sachant que ceux-ci considèrent que « la meilleure évaluation » porte sur le parcours des jeunes, ce qu'ils deviennent après les mesures de l'ASE.
Structure ④ a			<ul style="list-style-type: none"> - Les professionnels ne se reconnaissent pas dans les outils. Le PPE est trop tourné sur l'enfant, pas en mesure de percevoir le travail avec les parents. Le renforcé apparaît alors simplement comme un comptage d'interventions à domicile. - Les professionnels sont peu concernés, procèdent avec DIPEC pour les mères ou mineures enceintes, et triptyque pour les autres mesures avec le contrat d'accompagnement interne.

			- Réflexion à avoir sur les outils administratifs du CD, car chaque intervention est en soi un outil à construire. Tension perçue entre les deux, qui fait que les professionnels constatent le jeu d'équilibre auquel doit se tenir leur chef de service. Cela peut être déstabilisant car nécessairement faire avec des intérêts qui peuvent paraître contradictoires.
Structure ④ b		<p>- L'outil principal des professionnels est le « chrono ». Il est interne et obligatoire. Clairement affiché comme outil de contrôle ; ce qui ne gêne pas les professionnels (important / à la question des responsabilités).</p> <p>- En plus le DIPEC, avenants, PPE : outils surnuméraires, qui perdent aussi les familles. Beaucoup de redondances et de temps de travail d'intervention perdu in fine.</p> <p>- Les outils n'ont de sens que s'ils sont appropriés par les professionnels. L'annonce à l'époque du CG d'associer les éducateurs dans des commissions a fait long feu : vraiment regrettable. DIF trop éloignée du terrain.</p>	

Synthèse : Globalement les points de vue sont sévères et indiquent parfois que les professionnels intègrent plus les outils par contrainte que par conviction. Ils notent tous que la démultiplication des outils n'a pas de réelle plus-value pour la définition et le suivi des mesures, mais représente cependant des coûts, et pour les familles, et pour les professionnels.

Le sentiment d'une bureaucratisation de l'ASE est fort. Ce qui va de pair avec la perception critique de la logique économique du SAD signalée précédemment. Se construit ainsi la perception d'une administration éloignée du terrain.

Beaucoup de professionnels attendent une concertation sur les outils, en particulier pour des outils aidant le suivi-évaluation des actions et résultats. A noter des réflexions internes entre professionnels sur les outils ou fonctions nécessaires à mettre en place. Soit autant d'éléments qui pourraient être utiles à un management participatif initié par la DIF. Ce besoin de concertation est à mettre en rapport avec le constat largement partagé de situations qui, globalement, seraient plus complexes qu'auparavant (part croissante du psychique), alors même – comme le disent certains professionnels – que les attentes vis-à-vis des familles sont plus fortes ou exigeantes, et de fait peuvent compliquer les rapports aux professionnels.

A noter que le référentiel CREAI est très largement méconnu. De rares professionnels ont et connaissent le document ; celui-ci n'est pas utilisé pour autant.

1.4 – Conditions de réalisation

	Appréciation favorable	Appréciation réservée	Appréciation défavorable
Structure ①			<p>- Les temps préalables à la mise en route des mesures sont trop longs. Conséquences observées : possibles dégradation de la situation et difficulté accrue pour trouver l'adhésion des familles ; discrédit des équipes.</p> <p>- La réalisation des mesures en binômes (réfèrent et co-réfèrent) est perçue comme une bonne pratique ; le problème est le nombre de mesures mais aussi (à nouveau) l'état des situations qui ne permettent pas ou plus de faire du préventif. Conséquence déclarée : sentiment des professionnels d'avoir adhérer à une idée prometteuse mais trompeuse (« on a l'impression de s'être faits avoir »).</p> <p>- Les « notes d'information » que les professionnels peuvent faire remonter à l'ASE pour signaler une évolution problématique ou un danger ne sont pas suffisamment prises en compte. Du coup, les professionnels continuent à les produire essentiellement pour protéger leur responsabilité en cas de problème dans une famille.</p>
Structure ②		<p>- Besoin de préciser les attentes par rapport à l'intervention à domicile, y compris dans le comptage des actions (ex : prise en compte des rendez-vous non honorés). Les professionnels attendent du projet de service de leur structure les éclaircissements attendus.</p>	<p>- L'évolution institutionnelle des rôles de l'ASE introduit du flou dans la perception des rapports avec elle.</p>
Structure ③		<p>- Idem que ②. Avec plus explicitement une attente de concertation sur le sens de l'action qui vient justifier le nombre, durée et rythme des interventions.</p>	

Structure ④ a	- Les « notes d'information » sont adressées à l'ASE quand il y a danger. Les situations graves se discutent en instance. La prise de recul nécessaire est possible.	- En revanche, les informations qui remontent par ailleurs servent plutôt un suivi contractuel que des échanges entre professionnels et ASE sur les situations.	- L'évaluation des besoins en amont pose problème. A la fois pas forcément bien définie et pas assez participative (enjeu de l'adhésion). Difficulté à traiter la « non-demande » d'intervention, pourtant souvent constatée.
Structure ④ b			

Synthèse : Les avis sur les conditions de réalisation des mesures renforcées sont à l'image des précédents, plutôt critiques ou interrogatifs. Il ne faut cependant pas oublier que les entretiens interviennent peu de temps après la mise en œuvre et que si les opinions peuvent paraître souvent tranchées, leur expression – au cours des entretiens – manque de recul. Dit autrement, les points de vue peuvent évoluer. On est à ce jour au stade d'un « round d'observation », si bien que les points de vue témoignent d'une forme de « régulation autonome » en réponse à la « régulation de contrôle » que semblent inspirer les dispositifs aux professionnels³³. Toutefois, on peut souligner également sur le plan des conditions de réalisation un certain décalage entre les avis des professionnels et celui des responsables vus au tout début du travail d'enquête, à partir desquels – faut-il rappeler – le classement entre structures a été proposé.

Ceci dit, il ressort des échanges avec les groupes de professionnels que les avis sont surtout porteurs d'attentes de précisions sur la définition des PEC et de besoins d'attention et de retours de la part de l'ASE sur les informations que les professionnels peuvent faire remonter. Ces attentes varient cependant d'une structure à l'autre et selon leur implantation territoriale ; ce qui revient à nouveau à remarquer la diversité des moyens et pratiques des services de l'ASE sur les territoires.

³³ Ce type de confrontation accompagne le plus souvent les changements introduits dans les organisations. Le texte de référence sur cette question est celui de Jean-Daniel Reynaud, « Les régulations dans les organisations : régulation de contrôle et régulation autonome », *Revue Française de Sociologie*, 1988, volume 29, n° 1, pp. 5-18.
http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/rfsoc_0035-2969_1988_num_29_1_2475

Annexe 3

Evaluation des actions de Soutien à domicile (SAD) renforcé

Enquête auprès de parents

Synthèse des résultats

Odenore – note de travail – avril 2016

Cette note de travail rend compte de premiers éléments d'analyse des entretiens réalisés avec des parents dont les enfants ont fait l'objet de mesures de SAD renforcé. En prévision du Copil du 6 avril, nous avons ajouté à la fin une analyse statistique complémentaire à celle réalisée par la DIF.

Cette note de travail est produite à partir de l'analyse croisée (en double lecture) des entretiens réalisés auprès de 21 parents. A trois reprises les entretiens ont été réalisés en présence du couple et à une reprise l'entretien a réuni trois mères de famille. Cet ensemble a permis d'approcher 17 situations familiales.

Indiquons aussitôt que cette note de travail est provisoire. Donc, elle ne traite pas tous les résultats et ne développe pas systématiquement toutes les analyses.

1. Objectif attendu des entretiens avec les parents.

Les entretiens avec les parents constituent le dernier volet de la série d'enquêtes qualitatives réalisées précédemment avec des responsables de structures, des professionnels de ces mêmes structures et les cadres de l'ASE sur les territoires. Dans le cadre de cette étude évaluative, les entretiens avec les parents ont pour but d'apprécier les points de vue qu'ils portent sur l'intérêt – pour eux et leurs enfants – des mesures renforcées et sur leurs limites.

Les entretiens semi-directifs, c'est-à-dire conduits suivant une grille indicative de questions ouvertes, ont permis de saisir l'intérêt du recours à ces mesures au regard des expériences de leur mise en œuvre mais aussi en tenant compte des trajectoires de vie, des difficultés rencontrées par la famille, et des rapports bien souvent à d'autres intervenants.

2. Principe méthodologique général.

Le principe méthodologique général d'une approche qualitative en évaluation est d'étudier l'objet dans le contexte de sa réalisation. Cela suppose de prendre en compte différents facteurs au-delà de l'objet lui-même. La conséquence directe et connue par ailleurs est celle de la possibilité ou non d'imputer à l'objet à évaluer les effets ou impacts observés. Soit ici, la possibilité ou non d'imputer aux (seules) mesures d'AED et d'AEMO renforcées les effets ou impacts déclarés par les parents sur leurs comportements et/ou ceux de leur(s) enfant(s).

Dans le cas présent, la question est de connaître les éléments auxquels les parents se réfèrent pour donner une appréciation des mesures, mais aussi de comprendre jusqu'où les effets/impacts qu'ils perçoivent relèvent de ces (seules) mesures. Leur appréciation produite par leurs **savoirs d'expérience** est le critère d'évaluation.

Sans entrer dans la discussion générale sur la prise en compte des publics en évaluation des politiques publiques³⁴, indiquons que l'appréciation portée par les « usagers » sur « l'offre publique » est aujourd'hui reconnue comme critère d'évaluation de son accessibilité et de son acceptabilité.

3. La question de l'imputation des effets/impacts observés sur les comportements.

Dans la mesure où les mesures renforcées interviennent souvent parmi d'autres actions, interventions... on ne peut évidemment pas imputer avec facilité et certitude les effets/impacts à ces seules mesures. Le débat sur l'imputation des effets/impacts observés uniquement à l'action évaluée est connu. Il n'a jamais été tranché sur le plan méthodologique tout simplement parce qu'il n'est pas soluble. Cette limite – si cela en est une – n'a d'ailleurs plus d'intérêt dans le champ de l'évaluation (ni a fortiori dans le champ scientifique qui depuis longtemps a démontré la vacuité de ce débat : cf. l'accord de fond sur le relativisme).

Néanmoins, l'analyse de l'appréciation des mesures renforcées par les parents est amenée à tenir compte d'autres facteurs. En particulier – et alors même que rien ne nous prédisposait au travers des

³⁴ Par exemple : Warin P., 1993, *Les usagers dans l'évaluation des politiques publiques*, Paris, L'Harmattan. Warin P., 1993, « Vers une évaluation des services publics par les usagers ? », *Sociologie du travail*, vol. 35, n° 3, p. 309-331. Milet H., 2005, « Construire la place des citoyens dans l'évaluation des politiques publiques », in Jacot H., Fouquet A. (dir.), *Le citoyen, l'élu, l'expert Pour une démarche pluraliste d'évaluation des politiques publiques*. L'Harmattan / Société Française de l'Evaluation, pp. 155-160. Fung A. 2006, "Varieties of Participation in Complex Governance", *Public administration*, December – Special Issue. Monnier E., Varone F., Sage K., 2008, « Evaluer une politique publique avec ses groupes cibles ou avec ses bénéficiaires finaux ? », in Fouquet A., Méasson L. (éds.) *L'évaluation des politiques publiques en Europe. Cultures et futurs*. L'Harmattan / Société Française de l'Evaluation, pp. 251-259. Ressources Humaines et Développement des Compétences Canada, 2009. « Participation au programme : synthèse des résultats et leçons apprises des évaluations », Ottawa, RDHCC. Warin, P. 2011, « La participation citoyenne dans la « La participation citoyenne dans la lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale questionnée par le non-recours à l'offre publique », *Revue comparée en Administration publique*, 17 (1), pp. 116-134. Milet H, Warin P., 2013, « La prise en compte des publics dans l'évaluation des politiques publiques », *Revue française d'administration publique*, n° 148, pp. 991-1002.

entretiens précédents à percevoir ces facteurs –, nous avons été surpris par l'importance des « **suivis en parallèle** » qui nécessairement pèsent sur l'appréciation des effets/impacts des mesures renforcées. En effet, pour les parents c'est l'ensemble « **mesures + suivis** » qui produit les améliorations constatées.

Aussi doit-on s'efforcer dans le cadre de cette étude évaluative de faire la part des choses entre les mesures d'un côté et les suivis en parallèle de l'autre.

4. Les « suivis en parallèle » : de quoi s'agit-il ?

Dans la plupart des entretiens, les parents parlent de suivis pour eux et/ou leurs enfants, effectués par différents types de professionnels. Ces suivis ont pu précéder, compléter, ou suivre les mesures renforcées. Ces suivis peuvent concerner d'autres membres de la famille que l'enfant ou les enfants qui bénéficient de mesures en question. Dans plusieurs situations, les familles ont des « carrières » longues et multiples entre mesures et suivis. Une synthèse de chacune des situations en rendra compte (rapport final).

Chez tous les parents concernés ces suivis participent à une recherche de solution pour leur(s) enfant(s) mais aussi, et parfois d'abord, pour eux-mêmes. De leur point de vue d'expérience, ces suivis et les mesures renforcées forment un tout qui participe ou a participé à leur vie personnelle, de couple (lorsque c'est le cas), et familiale. Les récits des parents montrent ainsi combien le comptage statistique des mesures d'ASE offre une représentation partielle de la réalité. Pour tous ces parents, les mesures s'articulent à des suivis divers et variés qu'ils ont décidés d'eux-mêmes.

Ces suivis peuvent être réalisés par un psychothérapeute, un pédopsychiatre, un psychomotricien, un coach familial, un médecin psychiatre addictologue, un auxiliaire de vie scolaire, un éducateur sur les temps de cantine ou autre..., et par plusieurs à la fois. Ces suivis sont généralement au frais des familles à moins qu'ils soient délivrés par des services publics, par exemple des CMP.

Les mérites attribués à ces suivis par les parents sont les suivants :

- Lorsqu'ils préexistent aux mesures renforcées, les suivis facilitent l'entrée dans les mesures renforcées. Ils confortent les parents, enfants, familles dans l'intérêt d'être aidés. Mais très rarement ils les orientent ou introduisent dans une prise en charge par l'ASE, ou les aident à comprendre de quoi il s'agit.
- Lorsqu'ils ont démarré après la mise en place de mesures renforcées, les suivis répondent à des besoins pour l'essentiel d'ordre psychologique pour lesquels les parents ne pensent pas trouver de réponses autrement qu'en s'adressant à d'autres professionnels, malgré tout le soutien, la compréhension et le bien-être qu'ils reçoivent au travers des mesures renforcées.

- Surtout ces suivis sont perçus comme un appui notable en prévision de la fin des mesures et évidemment à leur sortie. La sortie des mesures est une question centrale aux yeux de tous les parents rencontrés car elle est source d'inquiétude. Nous allons y revenir.

Dans ces conditions, la question des « doubles-mesures » ne se pose pas, du point de vue des parents, en termes de cumul de mesures d'AED ou AEMO renforcées avec des mesures de placement, mais d'articulation à organiser entre les mesures et les suivis.

L'imbrication dans bon nombre de cas des mesures renforcées et de suivis en parallèle fait que les parents tiennent compte nécessairement de cet ensemble lorsqu'ils donnent leur point de vue sur les mesures. Vivant un ensemble d'interventions, l'appréciation qu'ils portent sur l'une est nécessairement influencée par l'appréciation qu'ils portent sur les autres.

5. Présentation « administrative » des familles.

Un tableau (situé à la fin de cette analyse) apporte une présentation « administrative » des familles rencontrées (avec le nombre de mesures, le type de mesures...).

Les parents savent évidemment que leur(s) enfant(s) bénéficie(nt) d'une mesure renforcée. Ils n'ont cependant aucun avis sur les différences entre niveaux 2 et 4, quand ils sont en mesure de préciser de quoi il s'agit. Ni parfois même si cela concerne un ou plusieurs de leurs enfants. Que les mesures soient d'un niveau 2 ou 4, leur appréciation sur leurs effets/impacts portent sur les mêmes registres.

6. Présentation « sociologique » des familles et construction d'une grille d'analyse.

Au-delà de la présentation « administrative » des familles, il est indispensable d'avoir une connaissance « sociologique » à minima de celles-ci. C'est la condition pour construire une grille d'analyse des appréciations portées par les parents sur les mesures renforcées.

Les entretiens sont très clairs – et on pouvait s'y attendre –, l'appréciation portée par les parents sur les mesures ne fait pas référence à leur type (AED ou AEMO) ou à leur niveau (2 ou 4). Que la mesure soit décidée par un juge ou non (ce que tous savent très bien), qu'elle soit de niveau 4 ou 2, les parents parlent de leurs expériences avec les professionnels et s'en tiennent à cela. La différence administrative aurait un sens dans le cadre d'entretiens répétés avec des familles qui changent de mesures, ce qui est le cas (voir l'analyse statistique à la fin de cette note de travail). Mais l'enquête n'a pas été orientée dans ce sens.

Les entretiens montrent donc que les appréciations portées sur les mesures renforcées sont produites à partir des expériences vécues des relations avec les professionnels. Ces expériences en même temps sont systématiquement situées par les enquêtés dans les situations, fonctionnements, trajectoires... des familles.

Les familles rencontrées :

- Sont diverses en termes de catégories socioprofessionnelles.

- Ont des ressources financières: plus ou moins importantes mais aussi plus ou moins assurées.
- Sont de différents types : « nucléaire », « monoparental », « recomposé ».
- Un nombre d'enfants à charge variable. Dans le cas des familles recomposées le nombre d'enfants à charge va jusqu'à 8.
- Disposent de peu de soutien (matériel, psychologique) de la part de proches, et assez souvent peu de relations sociales.

Outre ces caractéristiques sociales générales, les personnes rencontrées se différencient sur deux autres plans qui jouent fortement – au vu des entretiens – sur la réception et au final sur l'appréciation des mesures renforcées :

- La maîtrise plus ou moins grande des relations aux acteurs sociaux (communication, compréhension).
- La conception de l'éducation dans la famille, avec – mais il faudra préciser – des parents qui sont attachés, de façon très résumée, soit à la transmission sans discussion de valeurs et de règles aux enfants, soit à un mode interactions avec leurs enfants en vue d'encourager chez ceux-ci l'émergence de comportements jugés positifs pour prévenir des comportements jugés négatifs³⁵.

Les appréciations portées par les parents sur les mesures renforcées, leur intérêt et leurs effets/impacts demandent par conséquent d'être analysées au travers d'une grille multidimensionnelle qui tient compte à la fois de variables sociales générales, de la maîtrise des rapports aux professionnels et de la conception que les parents ont de l'éducation dans la famille.

7. Un avis général positif

Les entretiens sont unanimes sur les effets positifs des prises en charge sur les comportements des enfants, des parents et sur les relations dans la famille. Ce constat est central. Les lignes forces sont les suivantes :

- L'évitement du placement que tous redoutent (deux parents rencontrés en ont eu l'expérience directe dans leur enfance/jeunesse).
- Le professionnalisme des intervenants qui savent très rapidement lever les premières résistances et parviennent progressivement à susciter l'intérêt et donc la participation aux mesures.
- La qualité de l'intervention réalisée entièrement et en continu avec les parents de façon à les aider à réinstaurer leur place et rôle dans des relations apaisées avec leurs enfants.
- L'efficacité de l'intervention menée par des professionnels complémentaires (souvent en binôme) : jamais d'absences, une disponibilité au-delà des temps prévus, des soutiens

³⁵ Pourtois J.-P., Desmet H., 1989, Note de synthèse [L'éducation familiale], *Revue française de pédagogie*, vol. 86, pp. 69-101.

convergents qui par leur cumul assurent une bonne compréhension des comportements à avoir, ...

- Le bienfait des prises en charge qui parviennent à :
 - recréer une communication (relativement) apaisée dans la famille,
 - réassurer les parents dans leurs compétences de parents,
 - aider les parents à maîtriser leurs comportements destructeurs,
 - aider les parents à passer dans le mode d'une « éducation parentale ».

8. Des points de vue inverses.

Il faut noter que ces points de vue positifs convergents sur la qualité et l'efficacité des interventions renvoient à des prises en charge différentes. En effet, les mesures en question se déroulent soit uniquement ou principalement au domicile (11 parents), soit uniquement en milieu ouvert (10 parents).

Cette différence est particulièrement intéressante puisqu'elle permet d'introduire 3 constats :

- Les parents qui ont l'expérience de mesures réalisées à domicile ne voient apparemment pas l'intérêt ou l'utilité d'un soutien en milieu ouvert. Ils n'en ont pas l'expérience mais craignent une surcharge d'obligations.
- Les parents qui ont l'expérience de mesures produites en milieu ouvert sont :
 - soit très clairement hostiles à l'idée d'une intervention à domicile (5 d'entre eux, tous aidés par la même structure),
 - soit (pour les 5 autres, tous aidés par une autre même structure) apparemment plus intéressés, voire demandeurs, du fait que leur implication actuelle est plus ou moins a minima, à distance de ce qui se fait avec leurs enfants, sur quoi ils portent cependant un jugement positif au vu des effets constatés sur les comportements de leurs enfants.

Entre les parents qui louent l'intérêt de l'intervention à domicile et ceux qui lui sont (franchement) hostiles et préfèrent l'accompagnement en milieu ouvert, les arguments sont inverses :

- Les premiers considèrent que c'est au domicile qu'eux-mêmes et leurs enfants peuvent être au mieux pris en charge et progresser pour sortir des difficultés. Le domicile, lieu de vie principal de la famille, est perçu comme l'espace privilégié pour recevoir l'aide qui peut leur permettre de sortir de problèmes privés. Le milieu ouvert leur fait craindre un risque d'exposition aux yeux d'autrui (dont on sait par ailleurs qu'il peut être source de stigmatisation). En même temps, aucun de ces parents ne parle de l'intervention à domicile en termes de « surveillance » et de « contrôle social ». La qualité de l'intervention à leurs yeux est justement liée au fait qu'elle évite ce risque.

- Les seconds sont (davantage) catégoriques : l'intervention à domicile (même s'ils ne l'ont pas connue) n'est pas envisageable – ils la refuseraient – car pour eux rien ne peut être (re)construit là où physiquement et psychologiquement les difficultés sont vécues.

Deux visions s'opposent. Il faut être dans le domicile car par ses composantes matérielles (pièces, objets...) et immatérielles (souvenirs attachés aux pièces, objets...) le travail de la parole avec les intervenants fait sens comme nulle part ailleurs ; ou surtout ne pas y être car aucune parole ne peut faire sens là où tout (matériel, immatériel) ramène aussitôt aux comportements destructeurs.

Aucun de ces deux points de vue inverses n'est réductible. Ils ont chacun leur sens et ce sens donne pour les parents toute la légitimité de l'intervention, soit à domicile soit en milieu ouvert. A notre avis, on ne peut que prendre acte de cette différence de points de vue qui sur le fond renvoie à la question fondamentale du rôle de la mémoire dans la (re)construction sociale et psychologique des individus. Pour les uns, c'est dans le « lieu de mémoire » que l'on peut reprendre son « esprit » (le lieu et l'esprit ne peuvent pas être séparés), pour les autres c'est strictement l'inverse. Cette opposition n'est pas tranchée alors qu'elle a été beaucoup discutée.

En développant ce constat, nous mettons le doigt sur un critère d'évaluation fondamental du SAD renforcé. Ne pas en tenir compte serait passé à côté de l'évaluation qualitative, c'est-à-dire par l'expérience vécue.

9. Des appréciations plus nuancées ou critiques.

9.1. Le rapport famille / école / structures chargées de la mise en œuvre des mesures.

Un moment crucial du point de vue des parents est celui de l'arrivée dans les mesures. Les choses ne sont pas toujours simples ; ce n'est pas une découverte. En revanche, les parents qui sont en même temps parents d'élèves insistent sur l'importance – ou pas – d'un autre acteur : l'école. Celui-ci est peu apparu dans les séries précédentes d'entretiens auprès de structures et de l'ASE sur les territoires.

9.1.1. Avis négatifs.

La plupart des récits mentionnent l'école comme un acteur important dans l'entrée dans une mesure de l'ASE. Important pour les parents car l'école est souvent à l'origine d'une première information portée à la connaissance de services sociaux (parfois aux services de l'ASE) ou directement à celle de structures de protection de l'enfance. Cette information signale un comportement perturbateur et parfois violent de l'enfant en classe ou à l'école (récréations, cantine). Elle est dissociée de la question des résultats scolaires et même de possibles comportements dits de « décrochage ». Cette information indique parfois la possibilité de violences subies par l'enfant à la maison. Dans toutes ces situations, l'école joue le rôle qui lui est dévolu dans le Schéma départemental d'action sociale en faveur de l'enfance et de la famille (2014-2018).

L'école est cependant un acteur qui manque à ses obligations. L'explication avancée par les parents n'a pas été perçue au travers des entretiens précédents. Sauf cas plutôt rares, les parents n'ont trouvé aucun soutien du côté des acteurs de l'école (responsables d'établissement, enseignants, intervenants médicosociaux) alors que ceux-ci ont déclenché une prise en charge par l'ASE. Le sentiment largement partagé est par conséquent celui d'un système éducatif qui rejette les enfants « déviants » mais aussi – et surtout – qui ne cherche pas à prévenir sinon à traiter les difficultés. Dans beaucoup de récits les parents parlent d'enseignants et de responsables d'établissement indifférents sinon dépassés par les réactions de leurs enfants « hyperactifs ».

En l'espèce, on retrouve le débat sur la tendance au sein des établissements scolaires de qualifier de « troubles de comportement » ce qui relève pour commencer, sinon essentiellement, de difficultés relationnelles dans et en dehors de la famille, qui se traduisent à l'école par des réactions aux relations avec les adultes et les autres enfants. Des récits vont dans ce sens. Ils questionnent sur les responsabilités du système éducatif notamment en termes de prévention au sein de l'école qui pourrait éviter parfois des prises en charge par l'ASE.

9.1.2. Avis positifs.

Il faut cependant remarquer de notables différences dans les appréciations lorsque, plus rarement, des parents à l'inverse louent l'attitude attentionnée des enseignants et responsables d'établissements, et l'aide qu'ils leur ont apportée en premier. Lorsque c'est le cas, on relève le même constat chez les parents : les acteurs de l'école ont su être prévenants et agir comme des relais efficaces. En l'espèce, les parents apprécient l'information et les conseils qu'ils ont reçus, la médiation produite avec des structures de l'ASE. Ils notent tous combien cela a compté pour eux puisqu'ainsi leur inquiétude d'avoir affaire à l'ASE a été (en partie) levée.

9.1.3. Le constat de collaborations profitables pour les familles.

Il est également important de noter que les parents qui partagent cet avis positif l'expliquent tous par un même constat : les acteurs de l'Education nationale en question étaient par ailleurs en relation avec des structures de la protection de l'enfance situées à proximité. De par cette interconnaissance – et vraisemblablement du fait que chacun de ces acteurs sait ce que l'autre peut apporter pour le bien-être des enfants et des familles – un fonctionnement partenarial existait préalablement qui a permis à ces familles d'entrer, en confiance (relative), dans le processus de prise en charge dès que celui-ci a été proposé. Ce constat amène à souligner toute l'importance du travail en réseau des acteurs de l'Education nationale et de l'éducation spécialisée sur les territoires. Evidemment cela dépend au départ de la volonté de chaque acteur individuel ou collectif, de l'idée du métier et de la fonction qui est partagée dans les équipes...

Ces « écosystèmes » se constituent dans le temps mais aussi – au vu des entretiens – sur des territoires où le nombre d'acteurs est suffisamment réduit pour que ceux-ci aient la possibilité de se rencontrer, de se connaître et de coopérer. Dans ces conditions, la prévention des dangers pour l'enfant (et la famille) devient une action collective.

Au moment d'évaluer les mesures de SAD renforcé, il est essentiel de retenir des entretiens avec les parents que la qualité de la prise en charge et son succès dépendent aussi largement de cet investissement partenarial, qui va bien au-delà de la demande de signalement faite par le Département aux acteurs de l'Education nationale. La qualité et l'efficacité des interventions relèvent ainsi en partie des interactions entre acteurs complémentaires, sur les territoires, qui permettent aux familles d'entrer au mieux, mais aussi au plus vite, dans une prise en charge.

9.2. Les contraintes du cumul « mesures + suivis ».

Le cumul des mesures de l'ASE et des suivis en parallèle ne va pas de soi selon les parents concernés. Il est contraignant car il oblige à une disponibilité de temps et d'esprit. L'intérêt est toutefois apparemment suffisant pour qu'aucun parent n'exprime une lassitude et une envie d'abandon. Cette persévérance est d'autant plus remarquable que beaucoup cumulent d'autres obligations « générales » liées notamment au travail ou à l'éloignement induit par le lieu de résidence, ou parfois « particulières » lorsqu'il s'agit par exemple de suivis médicaux réguliers.

Dit autrement, les mesures d'AED ou d'AEMO renforcées sont bien reçues et appréciées, mais il ne faudrait pas en ajouter davantage. Plusieurs parents parlent aussi pour leurs enfants et du cumul qui peut devenir contreproductif. Ils indiquent alors leurs efforts pour motiver leurs enfants et faciliter leur participation aux rencontres nécessaires avec les professionnels.

9.3. Des réunions peu justifiées, mais les documents (PPE, DIPEC...) bien acceptés.

Dans cette discussion, des parents ne manquent pas de signaler leur étonnement en se rappelant de réunions perçues comme répétitives et trop longues lors de la mise en œuvre des prises en charge. Certains se souviennent de difficultés propres aux acteurs à s'organiser (difficultés que nous avons perçues lors des entretiens avec les structures et les cadres de l'ASE sur les territoires) : absences lors de réunions fixées, retards dans la transmission de documents... A l'inverse, plusieurs signalent la brièveté des échanges au moment de la fin des mesures, pour regretter un manque de solennité : pas de temps symbolique (partage d'un goûter ou autre), absence d'un représentant de l'ASE sur le territoire... Nous allons y revenir.

En revanche, et pour prolonger sur les appréciations des aspects formels, les parents rencontrés ne paraissent pas décontenancés ou ennuyés par le volume de documents à lire et signer, même si certains les ont oubliés ou les confondent lors des entretiens. Ce qui pourrait être fastidieux est largement allégé par les professionnels qui, attentionnés, expliquent et accompagnent. Alors que les professionnels et les responsables de structures mettaient le doigt sur cette contrainte pour les familles, voire sur la « violence » de ce fonctionnement, les parents, eux, ne prêtent guère d'inconvénient à cette partie administrative. Aussi les professionnels sont-ils peut-être les seuls à mettre en avant cet aspect, car ils sont concrètement les premiers concernés par la production de ces documents.

9.4. Une appréciation critique des fins de mesures.

La fin des mesures apparaît pour plusieurs parents comme non gérée. Il y a là manifestement une critique qui paraît d'autant plus juste à leurs yeux que le suivi et la réalisation des mesures ont été exigeants pour eux et leurs enfants. Outre, ce qui est dit ci-dessus sur le manque de solennité des fins de mesures (pas de temps symbolique), les parents critiquent l'arrêt brutal – du jour au lendemain – de mesures avec/dans lesquelles ils ont vécu avec leurs enfants, avec plus ou moins de difficultés, pendant des mois ou des années. Ils ne doutent pas du fait que la mesure ait produit ses effets pour l'arrêter ; tous constatent l'amélioration et parlent de « stabilisation », de « consolidation », de « nouveaux rails » etc. Pour autant, tous craignent que la crise ne revienne, chacun redoute la rechute. La crise qu'a connue la famille est perçue – parce que vécue – comme une maladie grave, un cancer, dont on craint que de guérison il ne s'agisse que de rémission.

La fin de la mesure est dans ces conditions une projection dans l'inconnu. Les parents se sentent (mieux) armés, mais ils craignent de devoir faire face, cette fois seuls, si les problèmes resurgissent. Ils n'attendent pas de rester plus longtemps dans la mesure, même si certains trouvent que la fin intervient un peu tôt. Ils souhaitent en revanche avoir la possibilité d'un soutien, bref, si la situation vient à se représenter. La fin de la mesure c'est la fin de relations établies avec des professionnels pour lesquels les parents témoignent leur respect et leur estime, c'est la rupture d'un lien. Les parents le regrettent mais comprennent qu'il en soit ainsi. En revanche, c'est le silence des acteurs, après tant de présence, sur la question principale du « et si cela recommence » qui les inquiète. La critique porte donc sur la non prise en compte du risque de récurrence alors que la mesure a prévenu ou combattu un danger. En revanche, les familles les plus « prêtes » à assumer ces fins de mesures revendiquent avec le plus d'assurance leur place retrouvée de « parents responsables ».

Les structures et les professionnels peuvent sur ce plan avoir des postures différentes. On a pu remarquer lors des entretiens que les structures parfois préservent une possibilité de contact – si besoin – après la fin de la prise en charge. Cette possibilité est très appréciée, même si elle n'est pas utilisée. Elle rassure. A défaut de cette offre supplémentaire, hors prise en charge financée au titre de l'ASE, des parents vont rechercher d'autres soutiens auprès de professionnels divers et variés, exerçant pour beaucoup en libéral. Il serait intéressant de mieux connaître ces « suivis en parallèle », leurs contenus et leurs résultats, et de savoir s'ils sont efficaces contre la rechute. Car la fin des prises en charge peut appeler d'autres réponses, en particulier pour garantir au mieux un non-retour dans les mesures de l'ASE.

Annexe 4 : 17 portraits familiaux

(Entretiens auprès de 21 parents – octobre 2015/février 2016)

Mme A : En couple recomposé, 6 enfants (3 garçons, 3 filles), dont 4 (3 garçons, 1 fille) d'un premier mariage. Parmi ces 4, 2 garçons de 29 et 21 ans sont incarcérés. 3 enfants sont suivis dans 2 structures différentes, 1 garçon de 16 ans d'un premier mariage (démarrage de la mesure ASE avec la structure retenue) et 2 filles de 7 et 10 ans du 2^{ème} mariage dans une autre structure. Professionnellement, M. « cherche sa voie », a un projet de reconversion (boucher), Mme est auxiliaire de vie, actuellement en arrêt de travail. Vivent en ville. [AEMO renforcée niveau 4]

2010	Antécédents. <ul style="list-style-type: none">- Suites à des violences conjugales 1^{ère} union, 3 garçons placés- Placement vécu comme un abandon par le plus jeune (11 ans)- Les 2 aînés seront par la suite incarcérés	« ...A l'époque, j'ai demandé de l'aide car mon fils aîné était violent, résultat : ils ont préféré placer les 3 enfants... »
2013	Démarrage de la mesure SAD/ASE. <ul style="list-style-type: none">- Le jeune sort du placement pour 1 AEMO renforcé niveau 4- Moins lourd que le placement- Mieux vécu par tout le monde Ressentis de la famille. <ul style="list-style-type: none">- Le jeune accepte cet accompagnement pour faire plaisir à sa mère- Il vit difficilement le cadre des interventions- Mme le vit plus comme des activités qu'on leur propose	« ...C'est mieux, mais il faut lui donner un cadre, des règles. C'est un garçon, je ne veux pas qu'il fasse comme les 2 aînés... » « ...Mon fils se rend 2 fois/semaine dans la structure, les vacances aussi...et on a aussi l'intervention de l'éducatrice 2 fois/semaine, pour moi et mon fils... »
2015	Autres suivis/aides. <ul style="list-style-type: none">- Aide psychologique pour Mme- Autre structure pour les 2 dernières filles du couple qui ont mal vécu les problèmes des aînés- L'écriture est thérapeutique pour Mme- Soutien de sa fille aînée et de son gendre, et du mari	« ...Mon mari est un vrai soutien, et je lui tire mon chapeau de m'avoir accueillie avec tout mon passé et mes problèmes... »
	Avis sur la structure d'accompagnement liée à l'ASE. <ul style="list-style-type: none">- Mme satisfaite de cette aide- Mme se sent écoutée- Elle revendique sa place de mère et la structure l'aide à y parvenir- Les interventions sont moins lourdes progressivement	« ...Je voudrais un peu plus d'activités, mais mon fils n'en veut pas plus. Un suivi un peu plus rapproché avec l'éducatrice, qu'il comprenne qu'on n'a rien sans rien, sans diplôme, on n'a rien... »
	Aujourd'hui : Le jeune se rend 2 après midi/semaine + vacances dans la structure. <ul style="list-style-type: none">- Mme ne veut pas plus d'intervention de la structure, mais ne pas interrompre tout de suite car encore fragile (2visites / semaine à domicile)- Souhaite se faire davantage aider psychologiquement quand le temps le lui permettra- Régler ses conflits avec son employeur, mais faut se battre- Mme continue à voir ses 2 aînés incarcérés	« ...J'aime mon travail et je voudrais réussir professionnellement, mon mari pareil...et partir en vacances tous ensemble, ça fait 8 ans qu'on n'est pas partis...à part chez ma maman... »
	Avenir : Mme A veut retravailler et penser à des vacances.	

M. et Mme Mu : Couple avec 2 enfants, 1 garçon de 8 ans et 1 fille de 3 ans. Dans la région depuis longtemps. Mme est conseillère démonstratrice en Robot culinaire, M. est comptable dans une Etude Notariale. Famille à proximité qui peut être un soutien. Les enfants sont maintenant en école privée. Vivent dans une grande maison neuve en zone pavillonnaire en ruralité. [AED renforcée niveau 2]

2010	Antécédents.	
↓	<ul style="list-style-type: none"> - Le garçon a toujours été difficile, dans la confrontation permanente - Dans l'ancienne école maternelle/primaire, difficultés - Il est diagnostiqué « précoce » - Mise à l'écart de l'enfant dans l'école, pris en grippe par les enseignants 	« ...Depuis qu'il est à l'école, c'est difficile, cela a toujours été difficile. Cela l'a isolé de tout ... »
2014	Démarrage de la mesure SAD/ASE.	
↓	<ul style="list-style-type: none"> - Arrivée dans une nouvelle école, a pu sauter une classe - Orientation Via le CMP car comportement toujours difficile - De plus en plus violent, surtout avec sa sœur - Gestes violents des parents - 2 éducateurs 1fois/15 jours <p>Ressentis de la famille.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tout changement difficile à vivre pour l'enfant - C'est plus un travail sur la parentalité et moins sur l'enfant - Mme pense qu'il faut travailler le dialogue - Difficulté aussi ressenties pour la petite en famille (pas à l'école) - l'enfant dit que toutes ces aides, c'est trop souvent 	« ...Enfin avec cette nouvelle école, il y a eu du mieux, tout du moins dans le contact avec les enseignants, pas forcément dans son comportement... »
↓		« ...Chez nous, c'est le dialogue qui manque, c'est important de le travailler. Et le sujet qui fâche, c'est l'école ... »
2015	Autres suivis/aides.	
↓	<ul style="list-style-type: none"> - Pédopsychiatre pour l'enfant - Psychologue au CMP qui continue - Ont fait une demande d'AVS pour l'aide à l'école (en attente) 	« ...Pour l'AVS, la liste d'attente est très longue. Et il faut en plus que ça passe par la décision de la MDPH et du PPS... »
Avis sur la structure d'accompagnement liée à l'ASE.		
↓	<ul style="list-style-type: none"> - Mme trouve que cela manque de concret - Mme pense qu'il faudrait plus de temps avec les enfants - Mme apprécie l'intervention à domicile (moins de déplacement) - Un peu plus délicat pendant les vacances (redoute d'être seule) 	« ...On dégrossit plus sur de la théorie j'ai l'impression, et moins sur du concret avec l'enfant, sauf peut-être avec le jeu de l'oie où là c'était sur la communication familiale ... »
Aujourd'hui : 6 mois supplémentaires de SAD.		
↓	<ul style="list-style-type: none"> - Mme voit une réelle amélioration et est rassurée de cette rallonge - Ne se sentent pas pour autant sortis d'affaire 	« ...Il y a toujours le risque que ça retombe encore plus bas, mais quand les interventions reprennent ça redonne de l'impulsion ... »
Avenir : « Que [leur] fils se sorte de tout cela, que [leur fille] en soit épargnée. »		

M. S et Mme L : Couple avec 4 garçons (14, 13, 10 et 4 ans). Mme est au foyer depuis la naissance du 1^{er}. M. est routier en arrêt maladie, il vient d'une famille de 4 enfants. Vivent dans une petite commune après avoir quitté la très grosse ville proche dans laquelle ils ont de la famille. Mme peut compter sur sa sœur. Le reste de sa famille, ce sont les 50 personnes de l'institution dans laquelle elle a été placée dans sa jeunesse. **[AED renforcée niveau 2]**

<p>...</p> <p>Antécédents.</p> <p>- Mme a été elle-même placée de 4 à 18 ans - M. donne une éducation stricte à ces enfants, trop de laxisme en France</p>	<p>« ...Je reconnais que j'ai été trop à cheval sur les principes, trop rigide, il faut un peu « lâcher les choses...mais il faut un cadre ... »</p>
<p>2012 Démarrage de la mesure SAD/ASE.</p> <p>- C'est l'école qui a tout déclenché - L'AS de secteur a orienté vers la structure</p> <p>Ressentis de la famille.</p> <p>- C'est avant tout une aide pour eux, les parents, les soutenir dans l'éducation des enfants - Dès que Mme entend parler de l'ASE, elle a peur (vu son passé) et a du mal à faire rentrer les travailleurs sociaux chez elle - M. ressent le côté intrusif des interventions et n'admet pas son impuissance devant ses enfants - Pour Mme c'est juste un accrochage de temps en temps</p>	<p>« ...Il y a 3 ans, l'école a vu des bleus, sur le bras de notre 3^{ème} dus à une bagarre...une armoire tombée... »</p> <p>« ...Je ne veux pas qu'on me « vole » mes enfants. Pourtant il n'a jamais été question qu'on me les place ... »</p>
<p>2015 Autres suivis/aides.</p> <p>- Un suivi psy au CMP en même temps, mais pas très bien suivi</p>	<p>« ...ça n'a jamais bien marché, elle était souvent absente, elle ne nous rappelés jamais... »</p>
<p>Avis sur la structure d'accompagnement liée à l'ASE.</p> <p>- Depuis que la structure est là, ils ont changé d'attitude, mais c'est fragile et ça peut vite dérapé - Les éduc sont un réel soutien</p>	<p>« ...Les éduc nous ont appris à mieux nous entendre, à discuter, à prendre les décisions à 2, à moins de se faire embobiner par les enfants ... »</p>
<p>Aujourd'hui : Fin de la mesure dans le mois de l'entretien.</p> <p>- Mme, angoissée de nature, craint un peu l'arrêt de la mesure - M., lui, est soulagé - Se sentent rassurés de pouvoir rappeler les éducateurs au cas où</p>	<p>« ...On a besoin de reprendre notre vie normale, ça a été une étape, cela nous a aidé à mettre de la cohérence dans notre maison ... »</p>
<p>Avenir : « Que les garçons réussissent », avec une crainte que cela ne se passe pas comme ils le souhaiteraient.</p>	

Mme Ba : En couple recomposé avec 8 enfants à eux 2. M. avec 2 enfants (1 garçon de 15 ans et fille de 11 ans) d'une 1^{ère} union et pour Mme, 4 (des jumelles de 20 ans 1 garçon de 10 ans, 1 fille de 7 ans) d'une 1^{ère} union également. Ensemble 2 filles de 3 et 2 ans. Les 2 « beaux enfants » de Mme sont là tous les 15 jours et vacances solaires, celui de 15 ans habitera chez eux prochainement. Mme peut compter sur parents et sœur proche, ainsi qu'une voisine. M. est maçon auto-entrepreneur, Mme auxiliaire de vie depuis 6 ans (ouvrière avant). Vivent en maison dans une petite commune. [AED renforcée niveau 2]

2008	Antécédents.	
↓	<ul style="list-style-type: none"> - La séparation de Mme (qui était battue) il y a 7 ans lui a fait tout lâcher sur l'éducation - Mme, malade (détruite psychologiquement) l'une des jumelles prend le relai - Incendie partiel de la maison - 3 ans seule avec les 4 enfants - Nouveau compagnon peu de temps après 	<p>« ...Avant j'avais des principes, mais avec la séparation, tout a lâché. Les jumelles ont pris le relai, tout géré, les 2 plus petits. Il a fallu que je réapprenne mon rôle de maman ... »</p>
2011	Démarrage de la mesure SAD/ASE.	
↓	<ul style="list-style-type: none"> - La structure intervient pour travailler la relation mère fille au moment de la séparation de Mme. - Puis arrêt du suivi et reprise par intermittence, la structure n'a jamais perdu de vue la famille - Le suivi (imposé) a vite englobé toute la famille car énormément de problèmes à tout niveau <p>Ressentis de la famille.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Crainte au départ sur les aides en général (peur du placement) - Mais sans ces aides la famille ne s'en serait pas sortie - La peur s'est transformée en confiance 	<p>« ...Ma dernière fille a été traumatisée par la séparation, elle a réagi très fortement, peur des hommes, peur des lieux avec beaucoup de monde... »</p> <p>« ...Au départ, on craignait et on bloquait sur toutes ces aides, on avait peur qu'ils nous prennent les enfants, on connaissait une voisine à qui on a placé ses 4 enfants, alors ... »</p>
2015	Autres suivis/aides.	
↓	<ul style="list-style-type: none"> - Services sociaux, aides ménagères pour seconder Mme au moment des naissances et de la séparation - Psychologue au CMP pour le fils de Mme qui vit mal la relation avec son père 	<p>« ...J'ai arrêté le suivi à un moment pour mon fils, mais je le regrette. Au départ de son père, il a fait de l'anorexie, des crises de démence ... »</p>
Avis sur la structure d'accompagnement liée à l'ASE.		
↓	<ul style="list-style-type: none"> - Les éduc ont toujours étaient là pour le lien avec l'école - Depuis 2 ans, la structure intervient toutes les semaines et pour tout le monde, y compris pour les 2 filles du couple (dont l'une a une maladie osseuse et l'autre un comportement bizarre) - Un service hyper disponible 	<p>« ...Ma famille aurait éclaté sans l'intervention de la structure, elle nous a changé la perception des choses ... »</p>
Aujourd'hui : La mesure vient de se terminer à la demande de Mme Ba.		
↓	<ul style="list-style-type: none"> - Mais Mme souhaite consolider tout le travail fait - Une autre structure va prendre le relai (1 fois/mois) - Maintenant, Mme s'impose plus en tant que maman - Les jumelles ne sont plus à la maison, quand elles reviennent c'est un peu tendu 	<p>« ...Je ne connais pas encore la structure qui va maintenant nous accompagner, mais j'ai envie d'être épauler quand mon fils va faire sa rentrée en ITEP, il a gardé cette étiquette d'enfant violent ... »</p>
Avenir : Que la famille ait plus de revenus, car là, elle ne vit que sur les allocations CAF : « Qu'elle soit solide pour plus tard. »		

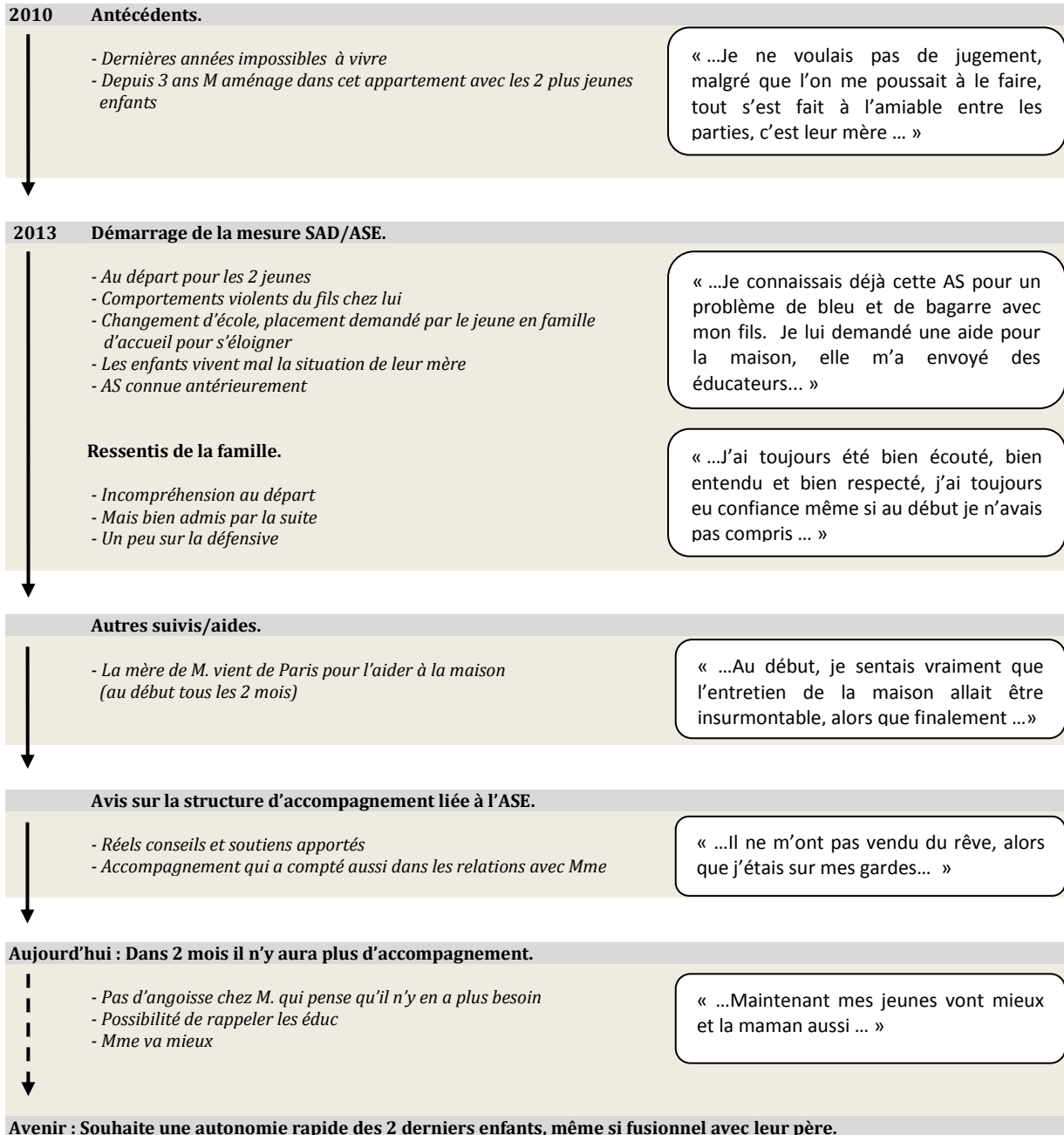
Mme A bis : En couple avec 3 enfants, 1 fille aînée de 17 ans qui ne vit plus avec les parents mais à Paris chez la grand-mère paternelle, une autre de 14 ans, 1 garçon de 12 ans. Mme précise tout de suite qu'elle ne veut pas parler de son aînée qu'elle ne considère plus comme sa fille. Vivent dans une commune de taille moyenne en appartement. Mme est sans emploi et s'engage dans différentes formations de remise à niveau. M. est salarié d'une entreprise de nettoyage. Un peu de famille proche « mais on ne leur demande rien. » [AED renforcée niveau 2]

...	Antécédents.	
↓	<ul style="list-style-type: none"> - M. et Mme ont été des enfants placés - La fille aînée aussi (de 1 mois à 5 ans) dans un autre département - Cette fille a toujours été le problème majeur - Mme vit cela comme un complot contre elle et son mari 	« ...Notre fille est arrivée, nous étions très jeunes tous les 2, et c'est pour cela qu'elle nous a été enlevée et placée... »
2011	Démarrage de la mesure SAD/ASE.	
↓	<ul style="list-style-type: none"> - Aide pour la fille aînée qui avait 12 ans - Puis son placement à 15 ans d'1 an en centre éducatif - Puis retour au domicile <p>Ressentis de la famille.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aide que Mme avait sollicité bien avant - Mme craque 	« ... Elle a tout fait pour créer la zizanie entre nous et les éducateurs, elle a manipulé son frère et sa sœur, pour après partir chez sa grand-mère... »
↓		« ...Elle a toujours été le problème, elle a pourri la famille, elle n'a aucun respect ... »
2015	Autres suivis/aides.	
↓	<ul style="list-style-type: none"> - Suivi de l'AS de secteur - Suivi d'un psychologue pour la fille aînée et pour Mme, vite arrêté - Aide psy aussi pour la 2^{ème} fille pour un apprentissage vers l'autonomie 	« ...Les suivis pour moi n'ont pas duré car ils ont dit que j'avais bien intégré le départ de ma fille ... »
↓		
	Avis sur la structure d'accompagnement liée à l'ASE.	
↓	<ul style="list-style-type: none"> - Mme n'a rien à redire sur ce suivi, satisfaite - Ils sont très réactifs - Cet accompagnement l'a vraiment épaulée, il est suffisant (avec parfois des réajustements) - Interruption du suivi en juin 	« ...Ils n'ont jamais pris partie pour ma fille, ils ont toujours joué un rôle de tiers neutre ... »
↓		
	Aujourd'hui : La fille aînée n'est plus au domicile de puis 6 mois.	
↓	<ul style="list-style-type: none"> - Elle vit à Paris chez sa grand-mère paternelle - « Le complot continue » pour Mme et sa belle mère en fait partie - Veut faire séparer ses parents pour que les 2 plus jeunes leur soient retirés 	« ...Pour moi, il n'y aura plus jamais de lien, j'ai pourtant essayé de les garder, je ne lui accorderai aucun pardon, elle a touché aux 2 autres et ça je ne lui pardonnerai jamais ... »
↓		
	Avenir : Avoir un travail. Pouvoir partir en vacances autonomes. « Que tout se passe bien pour les 2 autres. »	
	« Que sa fille aînée se rende compte un jour ce qu'elle lui a fait vivre. »	

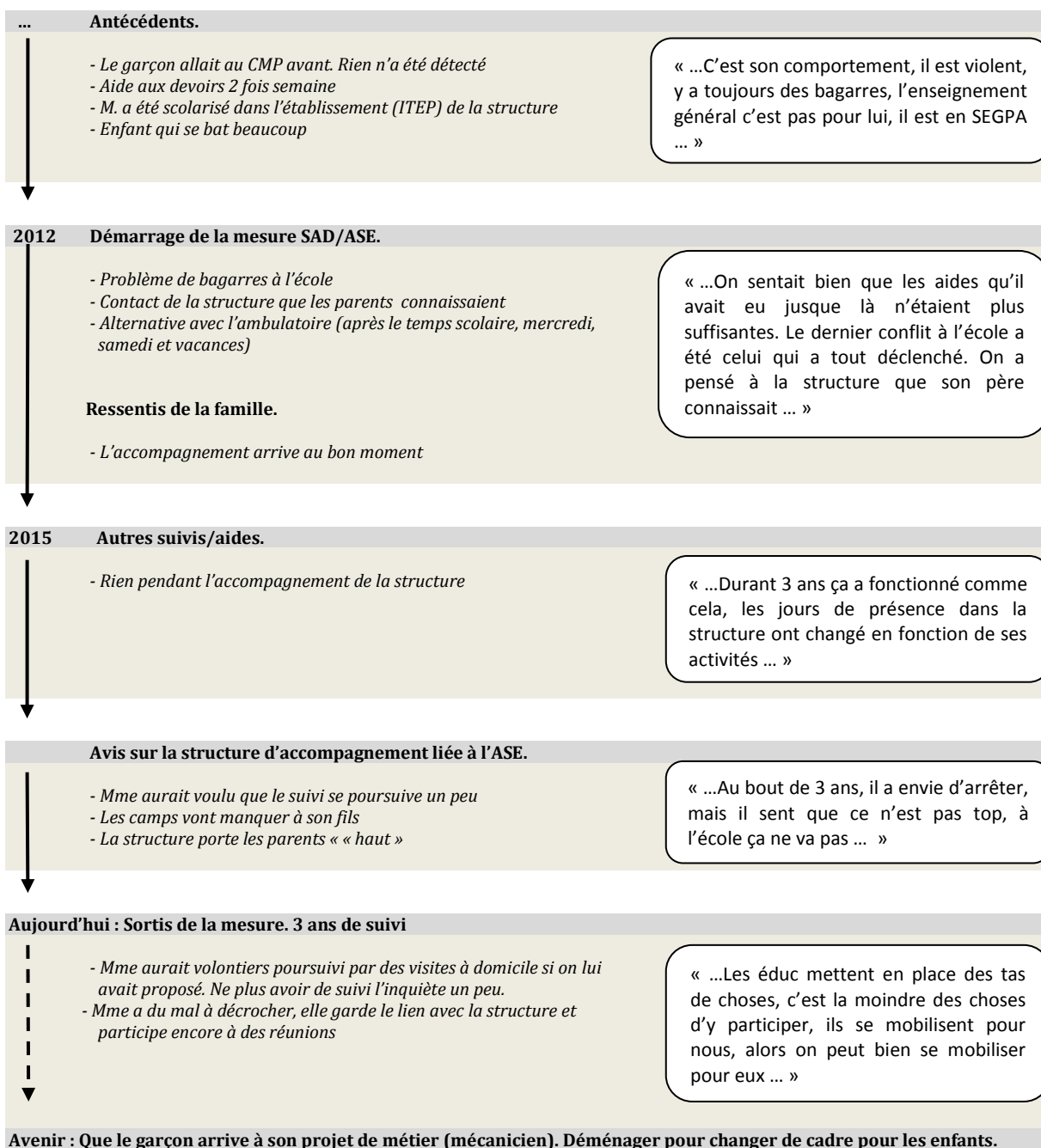
M. et Mme C : En couple avec 2 filles de 13 et 11 ans^{1/2}. Vivent en vieille maison en campagne proche petite ville. Mme à la maison depuis 5 ans^{1/2}, suite licenciement, mais a été secrétaire commerciale. M. est ingénieur système réseaux, en arrêt maladie (conflit du travail, surmenage...). [**AED renforcée niveau 2**]

<p>...</p> <p>↓</p>	<p>Antécédents</p> <ul style="list-style-type: none"> - M. a mal vécu le divorce de ses parents quand il était enfant - M. a été très affecté par le cancer de sa mère - L'école signale souvent le comportement de l'aînée (depuis la primaire déficit d'attention) - M. reconnaît que parfois il a eu des gestes violents envers sa fille - En 2015, première rencontre au collège 	<p>« ...Il y avait de plus en plus de rappels à l'ordre venant du collège pour l'aînée pour des problèmes d'insolence, d'irrespect de violence ... »</p>
<p>2015</p> <p>↓</p>	<p>Démarrage de la mesure SAD/ASE.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Déclenché par les agissements de l'aînée par peur de rentrer chez elle - Demande d'aide du père pour mieux se maîtriser vis à vis de sa fille - <p>Ressentis de la famille.</p> <ul style="list-style-type: none"> - De tout temps ce fut l'enfant à problèmes - Parents très culpabilisés - Mauvais parents - Pas dans « le moule » - L'éducation Nationale n'a pas de place pour ces enfants difficiles 	<p>« ...J'ai tiré la sonnette d'alarme, j'ai senti que ma famille était en danger, et ma fille a déclenché le « 119 », tout s'est alors précipité... »</p> <p>« ...Notre fille a toujours eu cette étiquette, de fille à problèmes, mais au départ c'était à cause de son manque de concentration et d'attention, et nous nous passions pour les mauvais parents ... »</p>
<p>2015</p> <p>↓</p>	<p>Autres suivis/aides</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aide psy pour M. - EMDR pour Mme et son aînée - Neuropsychologie pour l'aînée qui sera supprimée car trop basée sur des médicaments 	<p>« ...Toute cette prise en charge est lourde, mais nous l'avons voulue, mais parfois ça peut se concentrer tout sur une même journée, là faut éviter ... »</p>
<p>↓</p>	<p>Avis sur la structure d'accompagnement liée à l'ASE.</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'aide de la structure est de loin la meilleure - Travail remarquable - Ne savent comment les remercier pour le travail rendu - En attente de la venue hebdomadaire des éducateurs 	<p>« ...Elles sont justes, bienveillantes, quand elles ont quelque chose à dire, elles y vont, même si ça nous fait pas plaisir, ce sont les mots justes dits avec respect ... »</p>
<p>↓</p>	<p>Aujourd'hui : 6 mois supplémentaires de SAD souhaité</p> <ul style="list-style-type: none"> - Craignent que cela s'arrête à 6 mois, encore fragile - Sur la bonne voie, ils le sentent 	<p>« ...On peut facilement retomber dans les mêmes pièges, il faut creuser les choses, enlever les couches car celles du fond on les avait oubliées. ... »</p>
<p>Avenir : Le couple cherche l'activité qui conviendrait le mieux à leur aînée. Mme commence à souffler, et commence à parler de reprise de travail.</p>		

M Be : M. est divorcé (après 31 ans de vie commune) avec 4 enfants dont 2 encore à charge, 1 garçon de 16 ans et 1 fille de 14 ans. Les 2 aînés, 1 garçon à proximité et 1 fille dans l'est de la France. Mme vit en résidence sociale, gros problèmes d'alcoolisme cause du divorce. M. a la garde des 2 enfants à 100% à l'amiable, sans jugement. Pas de famille à proximité. La mère de M. (qui vient de Paris) vient l'aider ponctuellement. Vivent en appartement, petite cité HLM dans une petite commune. M. travaille. [AED renforcée niveau 2]



Mme B : En couple avec 2 enfants, 1 fille de 16 ans et 1 garçon de 13 ans sorti de la mesure depuis 2 mois. Vivent dans l'agglomération de grande ville. Mme est agent d'entretien dans sa commune. M. est en auto-entrepreneur en nettoyage également. Famille à proximité sur laquelle le couple peut compter. [AED renforcée niveau 4]



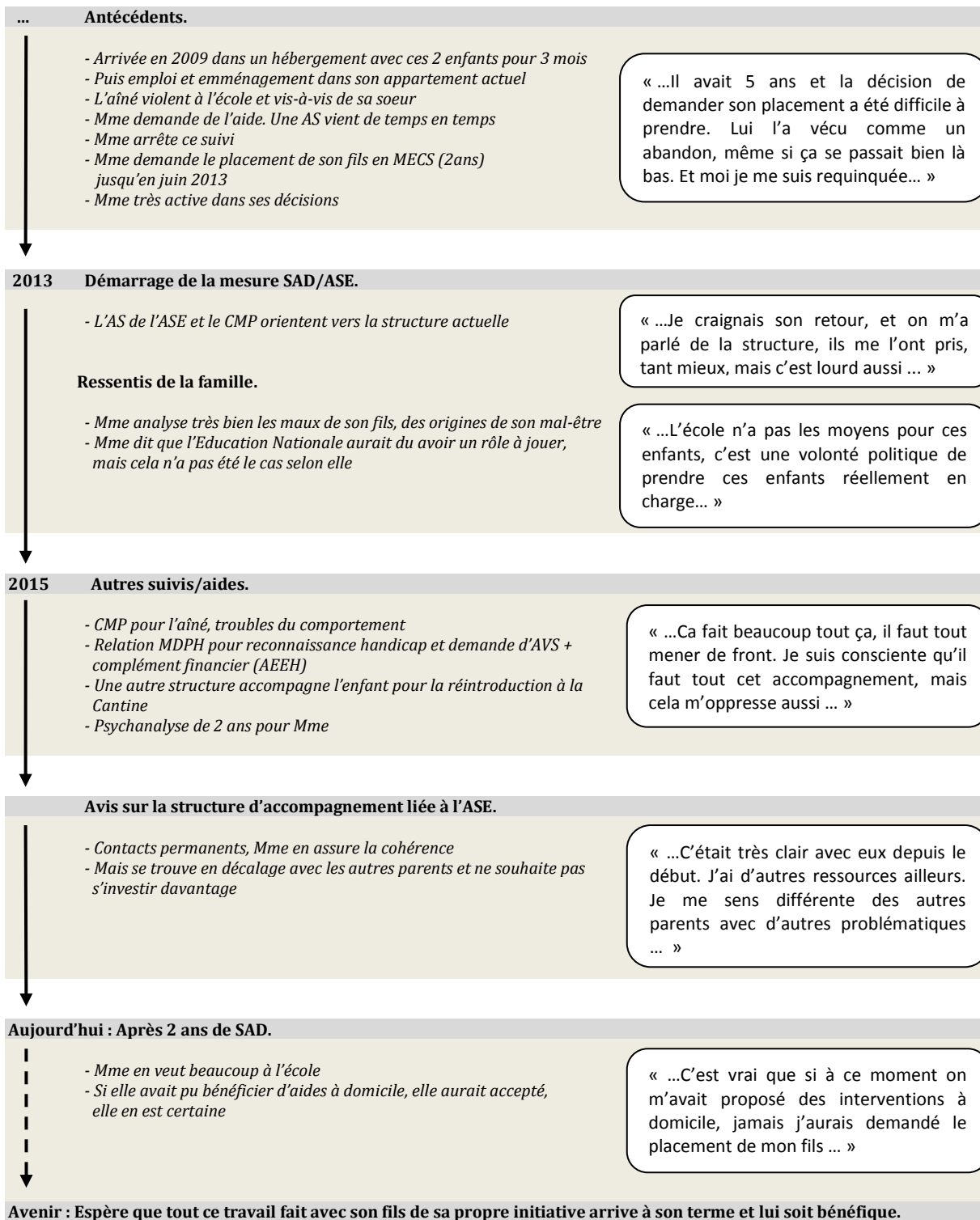
Mme Ch : En couple avec 3 garçons de 16, 14 et 12 ans. M. est chef de chantier et part très tôt le matin. Mme a repris le travail 3 ans après la naissance du 3^{ème}. Elle est secrétaire dans une structure sociale. Famille à proximité sur laquelle ils peuvent compter mais ne la sollicitent pas. Vivent en appartement dans grande ville. [AED renforcée niveau 4]

<p>...</p> <p>↓</p>	<p>Antécédents ;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Education très stricte avec cadre à respecter - Mais grande liberté de parole dans la famille - Problème de comportement du benjamin dès la maternelle (« ne restait pas en place ») 	<p>« ...Il a mordu la maîtresse en maternelle. J'ai demandé à voir un psy, parce que je suis bien branchée psy moi ... »</p>
<p>2014</p> <p>↓</p>	<p>Démarrage de la mesure SAD/ASE.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dégringolade en entrant en 6^{ème} - Accentuation des problèmes de comportement. Exclusion du collègue - Orientation vers la structure via une autre mère de famille - Pas de place tout de suite, liste d'attente <p>Ressentis de la famille.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les maladies des grands parents (cancers) ont pu aussi perturber l'enfant - Ne l'inscrivent pas dans la structure tout de suite 	<p>« Problème liée à ma reprise de travail, ça lui faisait des journées trop chargées, ça l'a perturbé... »</p> <p>« ...A ce moment là il y avait une place, mais j'ai préféré lui laisser une chance. J'ai eu tort car ça s'est aggravé ... j'ai sauté sur une place qui se libérait »</p>
<p>...</p> <p>↓</p>	<p>Autres suivis/aides.</p> <ul style="list-style-type: none"> - 2 séances au CMP, puis abandon. Non satisfaisant - Veulent changer de collège pour leur fils car problème de racket et mise à l'écart. L'enfant psycho-somatise - Changement de collège : comportement qui change radicalement en positif (qui entrainera aussi un changement d'établissement pour le cadet 	<p>« ...Suite à ses maux de ventre violents, notre décision de le faire quitter ce collège fut prise et durant l'été on a fait les démarches ... »</p>
<p>↓</p>	<p>Avis sur la structure d'accompagnement liée à l'ASE.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mme se sent bien épaulée, grande satisfaction - Le garçon est moins satisfait au début - Contact avec les éducateurs tous les 15 jours environ 	<p>« ...Pour mon fils ça s'est moins bien passé, il a vécu ça comme une punition. Les camps ont été très difficiles au début ... »</p>
<p>↓</p>	<p>Aujourd'hui : Après 1 an de mesure.</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'enfant reprend confiance en lui. Il est conscient de son amélioration - Résultats scolaires s'améliorent 	<p>« ...Il est content de voir son père sourire car il l'a vu pleurer aussi à cause de lui ... »</p>
<p>Avenir : Le suivi va peut-être s'arrêter pour laisser la place à d'autres qui en ont plus besoin.</p>		

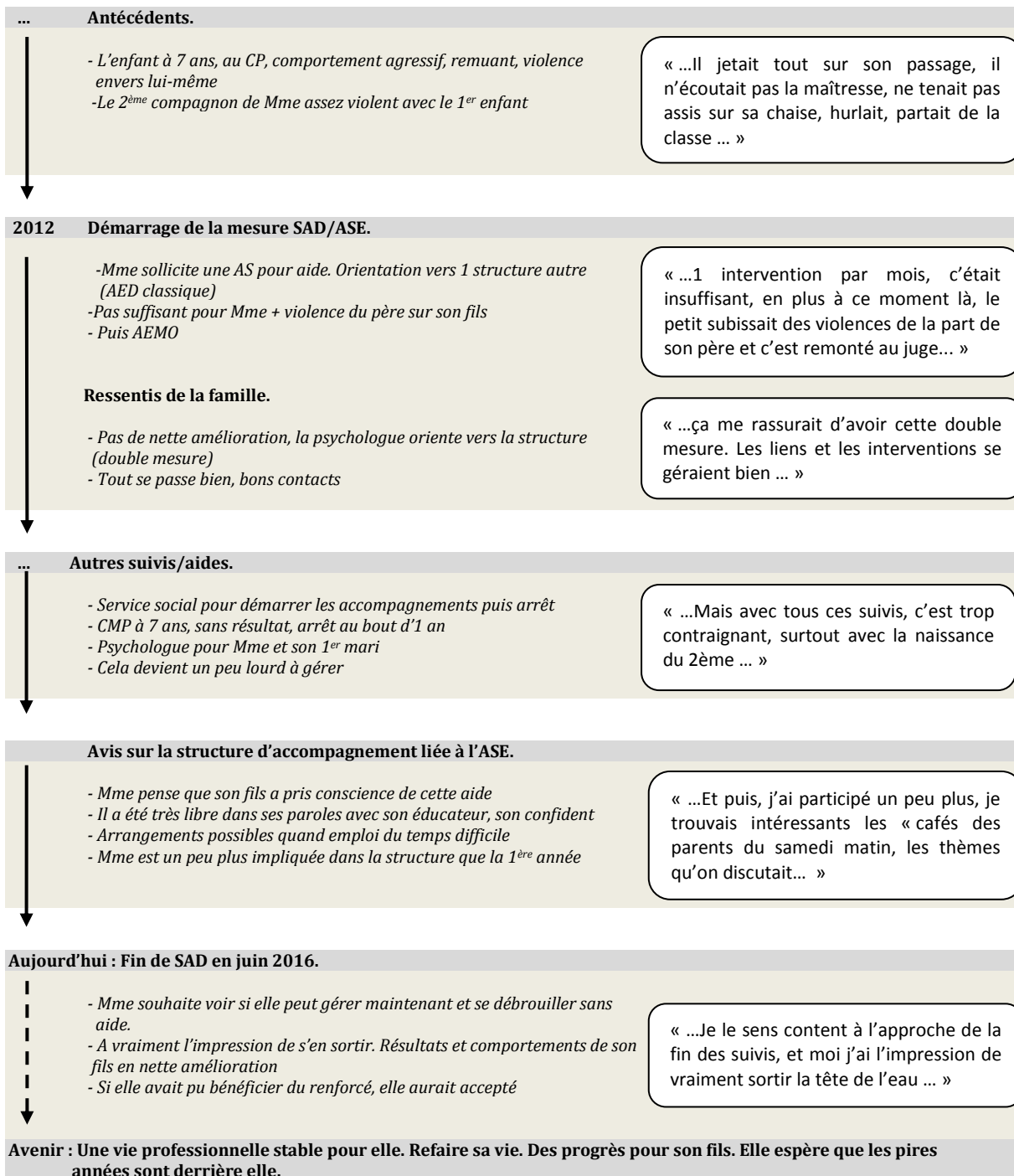
Mme M : Seule avec 3 enfants, 1 garçon de 14 ans, 1 autre de 12 ans (suivi en mesure ASE) et 1 fille de 7 ans. Mme a travaillé quand elle avait qu'1 seul enfant dans l'aide à domicile, le nettoyage et dans la petite enfance (promesse d'embauche qui n'a pas abouti). Famille à proximité dont 1 sœur malade. Une trajectoire géographique compliquée. Vivent en grande ville. [**AED renforcée niveau 4**]

...	<p>Antécédents.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Premier signalement via le frère de Mme en 2004. Les services de l'ASE interviennent, tout s'enchaîne. Placement des 2 enfants dans un autre département - Puis en hébergement d'urgence (abus sexuel pour les deux par un autre jeune) - Puis structure d'hébergement en montagne en Isère - 2 ans après Mme les reprend avec elle - Mme a une relation compliquée avec sa mère - A eu peur à la naissance de la petite en 2008, suite à la visite de la PMI 	<p>« ...Tout ça a commencé il y a bien longtemps, je n'habitais pas ici, et ma mère m'avait poussée à la rejoindre, elle me faisait du chantage. J'ai du tout laissé tomber et ma promesse d'embauche aussi, et je suis partie chez elle avec mon premier enfant ... »</p>
2011	<p>Démarrage de la mesure SAD/ASE.</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'aîné en établissement sans place d'hébergement - Le 2^{ème} dans la structure en ambulatoire <p>Ressentis de la famille.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mme vit tout cela comme abusif - Suicide du père de la petite. L'ASE veut qualifier Mme de dépressive - Désaccord de Mme avec appui d'un certificat médical 	<p>« ...C'est pas parce que c'était le bazar chez moi que tout ça était justifié. Et puis après le suicide de X quand l'éducatrice m'a vue en train de pleurer, elle m'a dit qu'ils allaient me les placer ... »</p>
...	<p>Autres suivis/aides.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Suivi pour le surpoids de l'aîné. Mme pense à lui faire poser un anneau gastrique - CMP tous les mois pour les 2 autres enfants - En attente d'un RV chez pédo-psy pour les violences entre les 2 frères 	<p>« ...Quand mon aîné est devenu de plus en plus violent envers son frère, je l'ai signalé et ils ont mis une 2^{ème} mesure. Ils voulaient y intégrer la petite, mais pour elle il n'y a aucun problème... »</p>
	<p>Avis sur la structure d'accompagnement liée à l'ASE.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mme ne souhaitait pas 2 mesures - Elle se sent dépossédée de tout 	<p>« ...On est plus maître de sa vie. La 1^{ère} structure ne me croyait pas quand je disais que tout allait bien à la maison. Elle disait que je mentais par peur du placement, alors j'ai appris à mentir. Ça se passe bien mieux avec la structure actuelle ... »</p>
Aujourd'hui	<p>: Après 4 ans de SAD.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mme voudrait un suivi les WE où elle les a tous les 3 à la maison - Il y a toujours des problèmes pour le 2^{ème} avec son comportement 	<p>« ...Aller dans la structure maintenant c'est lourd pour eux, ils préfèrent aller voir les copains. C'est compliqué ... »</p>
<p>Avenir : En finir avec l'accompagnement, tout le monde en a marre. Mme veut refaire sa vie (un beau père pour les enfants et une stabilité familiale). Que les projets d'étude des garçons aboutissent (l'armée et un travail).</p>		

Mme ER : Seule avec 3 enfants, 1 garçon de 8 ans (suivi en mesure ASE), 1 fille de 6 ans et 1 fils de 8 mois. Venant d'un autre département, arrivés dans une grande ville il y a 6 ans. Séparée depuis la grossesse du 1^{er} enfant pour violences conjugales. Chez sa mère durant quelques mois dans sa 2^{ème} grossesse, puis en CHRS hors département Cela lui a permis de se reconstruire. Famille loin, mais tant mieux. Mme a exercé dans différents domaines. **[AED renforcée niveau 4]**



Mme C : Seule avec 2 enfants. 1 garçon de 10 ans (suivi en mesure ASE) qu'elle a eu à 16 ans. Divorce à 20 ans. 1 garçon de 2 ans ½, divorce également avec le père de ce 2^{ème} enfant. Les 2 enfants sont en garde alternée. Mme recherche un emploi. Elle a travaillé auparavant comme agent administratif dans un établissement de personnes âgées. Famille à proximité sur laquelle elle peut compter. Vivent en agglomération grande ville. **[AEMO +AED renforcées niveau 4]**



Mme L : Vit seule avec ses 2 garçons de 9 et 7 ans (7 et 5 au moment de l'accompagnement : 1 an et 8 mois de suivi). Séparée depuis 3 ans. M. vit dans le nord de la France. A vu ses enfants 2 fois en 2 ans. Mme est aide à domicile auprès des personnes âgées, handicapées... (auparavant à Décathlon). M. est agent commercial dans le BTP. En milieu rural (25 km de grande ville) depuis 2ans ½ car famille à proximité, mais pas d'un grand soutien. **[AED renforcée niveau 4]**

...	<p>Antécédents ;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Démarrage difficile pour Mme et les enfants dans ce nouveau lieu d'habitation - M absent, même s'il est là. Problème d'alcool. Bipolaire. Hospitalisé 4 fois. - Les enfants ont mal vécu la séparation - Mme a géré seule, mais difficile avec ses horaires de travail à Décathlon - « Répartition bizarre des 2 enfants dans la famille » : « le plus jeune pour son papa et l'aîné pour sa maman » 	<p>« ...Sur les questions éducatives, on était à peu près d'accord. Face aux enfants, pas de grosses discordes. C'est son absence qui était problématique ... »</p>
2014	<p>Démarrage de la mesure SAD/ASE.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Environ 1 an après la séparation - Le plus petit prend toute la place dans la famille - Rencontre d'une éducatrice de la structure dans un commerce - Information par l'école également - Mesure pour les 2 enfants car l'aîné a toujours eu du mal à intégrer un groupe <p>Ressentis de la famille.</p> <ul style="list-style-type: none"> - C'est Mme qui a voulu cette aide, mais ne sait pas où s'adresser - M. n'a jamais pris par à la PEC, juste signé les docs administratifs 	<p>« ...Tout convergeait vers cette structure en même temps. Cela s'est fait vite, 3 mois pour démarrer car l'équipe avait le sentiment que je maîtrisais suffisamment les choses... »</p> <p>« ...J'étais complètement égarée, l'AS qui me voyait a pris peur en voyant mon état. Heureusement que tout s'est monté très vite ... »</p>
...	<p>Autres suivis/aides.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Psycho-praticienne privée (programmation neurolinguistique) peu de temps - Puis tous les services internes de la structure - Psychomotricité pour l'aîné - Psychologue pris en charge par la commune - Psychiatre pour Mme 	<p>« ...A un moment, la psycho-praticienne a dit à mon fils : « tu dois prendre soin de ta maman », là, j'ai compris qu'elle n'allait pas dans le bon sens et j'ai arrêté ... »</p>
...	<p>Avis sur la structure d'accompagnement liée à l'ASE.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Très vite, épanouissement de l'aîné - Le plus jeune est devenu le petit frère (et non plus l'adolescent) - Mme préfère ce mode d'intervention extérieure (plutôt qu'à domicile) - La gestion de l'après séparation a été travaillé aussi - Aucun avis négatif : elle a permis à Mme de cheminer à son rythme 	<p>« ...Intervenir à domicile, c'est rentrer dans l'intimité, c'est un peu intrusif. C'est à moi de trouver la réponse à mes questions et pas à eux ... »</p>
	<p>Aujourd'hui : Fin de la mesure SAD il y a 2 mois près 5 mois de prolongation.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Absence du père toujours problématique (visites des enfants encadrées) - Fin de mesure en douceur 	<p>« ...Soit on finissait en juillet 2015, mais cela aurait été un peu brutal sans avoir le temps de réduire progressivement les temps d'intervention ... »</p>
<p>Avenir : Mme ne se projette pas trop, vit le moment présent et se donne des projets à très court terme.</p>		

Mme 1, 2 et 3 entendues en entretien collectif

Mme 1 : Vit en couple avec 2 enfants une fille de 15 ans et un garçon de 10 ans. Au départ, le couple vient d'une grande ville dans département limitrophe. Ici depuis 2012. Mme est AVS et M. artisan. Les familles ne sont pas sur place. Peuvent s'appuyer sur quelques amis [AED renforcée niveau 4].

...	Antécédents. <ul style="list-style-type: none">- Problème d'alcool de M.- Dès la maternelle, le garçon a des problèmes. Mieux pour la fille aînée qui a beaucoup pris sur elle	« ...Ma fille, elle, était plus grande, mais ce n'était pas simple non plus, elle a su prendre du recul ... »
2014	Démarrage de la mesure SAD/ASE. <ul style="list-style-type: none">- A démarré quand M. est sorti de ses problèmes d'alcool.- C'est l'école qui les a alertés pour comportement anormaux + problèmes auditifs. A mieux compris les problèmes après connaissance des pbl d'alcool de M. Ressentis de la famille. <ul style="list-style-type: none">- Période très difficile qui a ébranlé toute la famille	« ...La mesure est arrivée juste quand il le fallait, avant, tant que les problèmes de mon mari n'étaient pas réglés c'était inenvisageable... »
...	Autres suivis/aides. <ul style="list-style-type: none">- C'est le 1^{er} accompagnement global- Relations avec les enseignants variables selon l'équipe- Le fils a vu un psy du CP au CM2 + RASED- M. était suivi pour son addiction	« ...Toutes ces aides n'étaient pas forcément en lien. C'est en discutant avec les uns et les autres qu'ils ont eu connaissance de notre situation ... »
...	Avis sur la structure d'accompagnement liée à l'ASE. <ul style="list-style-type: none">- Pour Mme, on peut vraiment négocier ce qui mis en place avec la structure- La famille a été guidée- N'ont jamais voulu abandonner la PEC, bien épaulés, que du bon sens- Lieu tiers indispensable, même si les soucis restent dans la tête	« ...Rien n'était figé d'avance, on pouvait discuter. Un peu comme de la souplesse dans un cadre défini ... »
	Aujourd'hui : Fin de mesure de SAD. <ul style="list-style-type: none">- Ils conservent l'aide psy pour la fille, et M et Mme consolident leur rôle de parents	« ...On était prêt pour arrêter. Mais on préfère garder une aide psychologique pour notre fille car la relation avec son père, c'est pas encore ça ... »
	Avenir : Pouvoir s'assumer seuls.	

Mme 2 : Vit en couple avec 2 enfants un garçon de 16 ans et une fille de 14 ans. Originaire d'un département de l'ouest. Puis à Paris, les enfants sont nés à Paris, et arrivés dans le département il y a 14 ans pour raisons professionnelles. Construction maison ici il y a 10 ans. M. est informaticien, Mme, employée de commerce, en arrêt depuis 3 ans et licenciée pour inaptitude. Pas de famille proche, quelques amis, mais Mme est réservée, ne sollicite pas, reste chez elle. **[AED renforcée niveau 4]**

...	<p>Antécédents.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le garçon a des problèmes à l'école qui ne cessent de le rabaisser. Il est dyslexique. - La fille a une maladie génétique grave (déshydratation extrêmement brutale). Plusieurs hospitalisations - Le fils supporte mal les séparations avec sa sœur - Gestion de la maladie de Mme difficile (décalcification osseuse) : opération chirurgicale du dos suivie d'une grave dépression (2 ans sans sortir de chez elle) 	<p>« ...Ma maladie a des origines anciennes, des soins mal faits, mais dans notre thérapie familiale, il faut qu'on apprenne à l'intégrer et à vivre avec ... »</p>
2012	<p>Démarrage de la mesure SAD/ASE.</p> <ul style="list-style-type: none"> - C'est l'école qui alerte et oriente vers la structure - PEC de 3 ans pour le fils d'abord - PEC de 2 ans pour la fille quand arrêt de la PEC du fils - Changement d'école pour le fils. Va en SEGPA, très content <p>Ressentis de la famille.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Service social au début - Selon les enseignants, on fait davantage équipe ou pas - Le fils a progressé - Peu de souvenir du démarrage de la mesure du fils du à sa dépression, mais très bien accueillis par la structure - Mme était dans la détresse plus que M, qui a été un soutien 	<p>« ...Pour l'école, mon fils était un incapable, et c'était faux. Quand il a changé d'école, il s'est révélé, même par rapport à son autonomie... »</p> <p>« ...Je voyais une AS pour autre chose au début et c'est elle qui m'a aidée à y voir plus clair, les problèmes de ma fille, de mon fils et ma maladie à moi ... »</p>
...	<p>Autres suivis/aides.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ont fait intervenir une AVS pour leur fille - Orthophonie pour les 2 enfants - Coach familial privé après l'arrêt des mesures (2015...) 	<p>« ...Oui c'était utile, mais ça a un coût, pour le coach, c'était une fois par mois et à tour de rôle ... »</p>
...	<p>Avis sur la structure d'accompagnement liée à l'ASE.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mme regrette l'arrêt prématuré des PEC, même si les enfants vont beaucoup mieux car pas au-delà de 12 ans - La parole est libre en positif et négatif en toute confidentialité - N'ont jamais voulu abandonner la PEC, bien épaulés, que du bon sens - Lieu tiers indispensable : aller chercher l'aide ailleurs, là où il n'y a le souci 	<p>« ...ça a été compliqué, parce que c'est quand les PEC se sont arrêtées que j'en aurais le plus besoin, ça a été la catastrophe... »</p>
	<p>Aujourd'hui : Après plus de 2 ans de mesure SAD.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mme pose la question de la suite après les 12 ans des enfants. Rien au local - Aurait peut-être dû recontacter la structure une fois les PEC terminées - Mme attend sa deuxième opération. Très handicapée (elle qui était très sportive) - Les enfants (qui ont eu connaissance tardivement de la maladie de leur mère) ont toujours du mal à voir leur mère réduite dans ses capacités 	<p>« ...Je n'ai pas pensé ou osé, je ne sais plus, à retourner les voir, parce que je savais que mes enfants avaient dépassé l'âge et que la structure n'aurait rien pu faire ... »</p>
<p>Avenir : Que la 2^{ème} opération réussisse. « Que je retrouve ma joie de vivre surtout pour mes enfants et mon mari. »</p>		

Mme 3 et M. Lé (entendus séparément) : [Mme pleure souvent durant l'entretien]. Vivent séparés, 2 garçons de 6 et 4 ans ½ en garde alternée. Originaires du centre de la France. 15 ans dans la région. Puis plusieurs communes dans départements limitrophes, puis s'installent ici à la naissance du dernier. Un « entre deux » pour le travail de Mme qui est ingénieure d'études et M. vétérinaire. Avec leur histoire, ont perdu tous leurs liens, reste les liens professionnels (derniers piliers pour Mme). M. par téléphone. [AED renforcée niveau 4]

...	<p>Antécédents.</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'aîné en 6 mois a eu plusieurs modes de garde - Retour de la maternité du 2^{ème} très conflictuel déjà - Mme reprend le travail à mi temps 6 mois après la naissance du dernier en étant épuisée - M. est toujours au foyer à ce moment là sans l'être vraiment - L'aîné de 2 ans commence à avoir des problèmes dus à la séparation qui s'annonce. - Hyper-activité des enfants - Menace de placement des enfants par la directrice crèche (vécu comme abus de pouvoir par Mme) 	<p>« ...J'assumais tout toute seule. J'avais les enfants 24h/24, 7 jours/ 7. Même à la sortie de la maternité pour le 2^{ème}. L'aîné a très mal vécu cette succession de nounous, crèches. Je ne sais pas comment j'ai fait pour passer cette période là... »</p>
2014	<p>Démarrage de la mesure SAD/ASE.</p> <ul style="list-style-type: none"> - La PMI suit et oriente vers des places de crèche d'urgence, Mme étant épuisée. Et l'école qui connaît la situation tarde à réagir - Un sursaut d'énergie fait « bouger » Mme car son aîné a de gros problèmes à l'école - Réaction de l'école qui oriente vers la structure (de la PMI pour M.) - PEC rapidement mis en place - Pour M., la PEC est que pour son fils aîné. Le problème n'est que scolaire <p>Ressentis de la famille.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mme pense que l'école ne réagit pas tout de suite, cela perturbe trop la classe - 1^{er} contact à la demande de Mme avec éducateurs spécialisés - 6 mois après le début de la PEC, Mme quitte le domicile, soutenue par la structure, pour faire réagir M. « Je passe pour une mauvaise mère » - Pour M., jamais eu de positions divergentes avec Mme sur la question des enfants 	<p>« ...J'ai réagi, je ne sais comment, mais je l'ai fait pour mon fils aîné car son mal être se révéler à l'école... »</p> <p>« ...Il a fallu que je quitte la maison pour qu'il se décide à rentrer dans sa paternité, cela a été très violent ... »</p>
...	<p>Autres suivis/aides.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Une puéricultrice de la PMI du secteur a beaucoup épaulé Mme - Psy pour tous les 2, pour gérer leur séparation : M. sépare distinctement les aides pour eux et leurs enfants 	<p>« ...Pour moi, la « puer » de la PMI a été capitale, elle qui a bloqué le signalement de la directrice de la crèche, on est sur un fil parfois ... »</p>
...	<p>Avis sur la structure d'accompagnement liée à l'ASE.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pour Mme, le but a été atteint - Mme n'a jamais voulu abandonner la PEC, bien épaulée, que du bon sens - Disponibilité, savoir faire, ils connaissent les détresses familiales - Liberté totale de parole (« pas comme avec les psy privés ») - Lieu tiers indispensable. Pour M., pour socialiser les enfants doivent être pris à l'extérieur de la famille - Remarques partagées par M. : pas de jugement, grande écoute 	<p>« ...Ici, le terme « se mettre au travail » prend tout son sens, on y va, on s'y rend. C'est pas possible que ça se fasse à domicile où il y a tensions et violences en permanence. On s'exclut du lieu qui dysfonctionne, ça fait partie de la thérapie ... »</p>
Aujourd'hui	<p>Mesure de SAD terminée depuis 1 mois, après prolongation.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rareté des structures comme celle-ci localement et en France même - 18 mois d'accompagnement (3 fois 6 mois) : pour M. c'était suffisant, les enfants vont mieux, même si la structure a senti une régression - M. est certain que le travail fait avec la structure n'a pas eu d'interférence avec les problèmes des parents 	<p>« ...Il faudrait davantage de structures comme celle-ci, c'est dramatique, parce que la réponse bien souvent, c'est le placement des enfants ... »</p>
<p>Avenir : Inquiétude de la mère, mais soulagée de pouvoir contacter la structure au besoin.</p>		

Mme R : Mme seule avec son fils de 19 mois. Mme a vécu avec le père de l'enfant pendant 7 ans. Ils ont perdu 2 enfants à 2 et 5 mois de grossesses en 2012. Et pour la 3^{ème} grossesse, restée alitée avec cerclage. A quitté son conjoint au 4^{ème} mois de sa 3^{ème} grossesse (M. avait repris la drogue). Relation mère/enfant très fusionnelle. Mme assez autonome dans les démarches. Mme n'a pas travaillé depuis 3 ans. Famille à proximité mais relations compliquées. **[AED renforcée niveau 4]**

