



_____ SCHÉMA _____
D'ORGANISATION
SOCIALE ET MÉDICO-SOCIALE
EN FAVEUR DE L'ENFANCE ET DE LA FAMILLE
2023-2027

RAPPORT FINAL INTÉGRANT LE DIAGNOSTIC ET LE PLAN D'ACTION

Version du 17 janvier 2023 faisant suite à la présentation
à l'Observatoire Départemental de la Protection de l'Enfance

SOMMAIRE

ÉDITO	4
I. Introduction : rappel du cadre légal et présentation de la démarche d'élaboration du Schéma	6
II. Bilan du Schéma départemental 2016-2021	11
III. Diagnostic des besoins des enfants et des familles sur le territoire départemental	17
IV. État des lieux des actions de prévention et protection de l'enfance	33
1- La prévention en faveur des enfants et de leurs parents	34
2- Le dispositif de repérage, de traitement et d'évaluation des situations de danger	43
3- Le dispositif de prise en charge en protection de l'enfance	48
4- Les mesures éducatives à domicile	53
5- Le dispositif d'accueil	56
6- La prise en charge des Mineurs Non Accompagnés	70
7- Les solutions en faveur des enfants nécessitant une prise en charge complexe.....	74
8- L'accompagnement vers l'autonomie des jeunes majeurs.....	78
9- Le travail sur les statuts et l'adoption.....	81
10- Le pilotage et le suivi des parcours des enfants	84
11- Nouveaux enjeux.....	87
V. Présentation des axes stratégiques et opérationnels du Schéma départemental 2023-2027	89
1- Orientation 1 : Développer une approche coordonnée de la prévention auprès des enfants et des familles.....	92
2- Orientation 2 : Garantir une évaluation réactive et harmonisée des situations d'enfants en danger ou risque de danger (IP).....	105
3- Orientation 3 : Renforcer le recours aux mesures administratives et diversifier les interventions à domicile (administratives ou judiciaires).....	109
4- Orientation 4 : Développer, diversifier et adapter l'offre de prise en charge des fratries, des tout-petits et des situations dites « complexes »	113
5- Orientation 5 : Renforcer le pilotage du dispositif d'accueil départemental.....	122
6- Orientation 6 : Renforcer la coordination et le suivi de la santé des enfants protégés	129
7- Orientation 7 : Améliorer la cohérence et la coordination des parcours des jeunes.....	131
8- Orientation 8 : Renforcer et outiller l'accompagnement à l'autonomie des jeunes majeurs	141
9- Orientation 9 : Structurer la réflexion stratégique sur l'évolution du dispositif et améliorer la participation des usagers	146
10- Orientation 10 : Renforcer le travail partenarial autour des nouveaux enjeux de prostitution des mineurs et de trafics de drogue.....	149
11- Orientation 11 : Renforcer l'attractivité des métiers de la prévention et protection de l'enfance	152
VI. Annexes et glossaire	154

ÉDITO

La politique de protection de l'enfance est un enjeu majeur pour notre département. Dans le cadre du Schéma départemental en faveur de l'enfance et de la famille 2016-2022, nous avons fortement investi dans la prévention auprès des familles et la prise en charge des enfants protégés.

Nous avons fait évoluer l'organisation de la PMI en accord avec les orientations des «1000 jours» ; nous avons installé la Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes pour mieux repérer les situations de risque et de danger; nous avons maintenu l'effort mené sur les familles d'accueil en revalorisant et en accompagnant les assistants familiaux et nous avons créé plus de 1 000 places dédiées à l'accueil des Mineurs Non Accompagnés.

L'élaboration du nouveau Schéma 2023-2027 intervient dans une période de **forte tension sur l'action sociale**, avec toujours les effets du Covid, les nouvelles précarités sur notre territoire, la crise d'attractivité des métiers du social et la forte pression sur les finances des collectivités.

J'ai ainsi souhaité que cette démarche d'élaboration repose sur une **association forte de nos partenaires et de nos agents**, afin de co-construire une nouvelle offre en adéquation avec les besoins si particuliers de notre territoire, et de mettre en valeur tous les acteurs qui œuvrent au quotidien pour le bien-être et la protection des familles et des enfants.

L'élaboration du Schéma a ainsi mobilisé plus de **400 professionnels** de la collectivité et partenaires dans la phase de diagnostic, et plus de **300 contributeurs** dans les groupes de travail.

Entre-temps, la loi du 7 février 2022 relative à la protection des enfants a été promulguée et porte plusieurs évolutions visant à mieux accompagner et protéger les enfants ainsi qu'à renforcer le pilotage de la politique publique.

Le Département s'est également engagé en 2022 dans la **Stratégie nationale de prévention et de protection de l'enfance**, qui a abouti à la signature d'une convention avec l'Etat et l'ARS en septembre 2022 portant sur 41 actions engagées pour la période 2022-2024. Ces actions bénéficient d'un financement paritaire de l'Etat et du Département **soit 14 millions d'euros par an au total**.

Notre feuille de route pour les 5 prochaines années comporte **11 axes d'action** structurés. Nous souhaitons renforcer la **prévention** en travaillant de manière plus coordonnée avec nos partenaires. Il est par ailleurs indispensable d'améliorer **l'évaluation des situations de risque ou de danger** et **de renforcer le recours aux mesures administratives à domicile**, afin d'éviter, chaque fois que possible, le recours au placement. Nous souhaitons poursuivre le développement de l'offre d'accueil, en particulier pour les **fratries**, les **tout-petits** et les situations **dites «complexes»** nécessitant un maillage fort avec nos partenaires du secteur médico-social notamment.

Nous souhaitons **renforcer le pilotage du dispositif d'accueil, la coordination des parcours** et le suivi de la santé des enfants confiés. Il faut poursuivre le travail engagé sur **l'accompagnement vers l'autonomie des jeunes et améliorer la participation des usagers**. Enfin, il faut amplifier le travail partenarial sur les situations de **prostitution des mineurs et de trafics de drogue** touchant les jeunes pris en charge à l'ASE. Je souhaite également que nous joignons nos efforts pour **renforcer l'attractivité des métiers** de la prévention et protection de l'enfance.

Je vous remercie chaleureusement pour votre engagement dans la démarche et je sais pouvoir compter sur votre implication dans les phases à venir pour mener ce travail à bien, au bénéfice des enfants et des familles des Bouches-du-Rhône

Martine Vassal

Présidente du Conseil départemental des Bouches-du-Rhône
Présidente de la Métropole Aix-Marseille-Provence

1 INTRODUCTION : RAPPEL DU CADRE LÉGAL ET PRÉSENTATION DE LA DÉMARCHE D'ÉLABORATION DU SCHÉMA

La loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale prévoit l'élaboration par les collectivités territoriales pilotes des politiques d'action sociale d'un Schéma d'organisation sociale et médico-sociale renouvelé tous les 5 ans.

Ce document programmatique s'inscrit dans une dynamique d'amélioration continue de la qualité qui prévoit :

- > Le déploiement d'outils visant à affirmer et favoriser le respect des droits des personnes accompagnées (livret d'accueil, charte des droits et des libertés de la personne accueillie),
- > L'élaboration d'un projet individualisé pour chaque personne accueillie,
- > Une association accrue des bénéficiaires à l'élaboration de leur projet individualisé et au fonctionnement des services et établissements qui les accompagnent,
- > La formation de réflexions collectives visant l'amélioration continue de la qualité des prestations autour de l'élaboration d'un projet d'établissement ou de service, l'évaluation interne, l'évaluation externe notamment.

En tant qu'autorité en charge de l'habilitation, du contrôle et du financement des établissements et services au titre de l'aide sociale à l'enfance, le Département des Bouches-du-Rhône se doit de vérifier le respect, par le secteur associatif habilité, de ces orientations légales.

Elle est destinataire des rapports d'évaluation externe des établissements et services, la réalisation de l'évaluation externe étant une condition du renouvellement de l'habilitation.

La loi du 27 juin 2005 relative à la professionnalisation des assistants familiaux constitue un tournant pour les dispositifs d'accueil familial. Elle :

- > Opère une distinction entre deux professions, celles d'assistant maternel et d'assistant familial,
- > Précise les critères d'agrément nécessaires à l'exercice de ces deux métiers,
- > Précise le cadre applicable pour l'emploi et la formation des assistants maternels et des assistants familiaux. Concernant ces derniers, la professionnalisation doit constituer un levier pour enrayer la pénurie à laquelle sont confrontés les départements alors même que les réponses individuelles sont de plus en plus reconnues comme le mode de prise en charge le mieux adapté aux besoins des mineurs placés au titre de la protection de l'enfance. Il s'agit de prendre en compte la spécificité du statut des assistants familiaux, et d'améliorer la qualité de l'accueil qu'ils proposent.

La loi du 5 mars 2007 propose un ensemble de dispositions nouvelles en tentant de concilier protection de l'enfant et respect de l'autorité parentale. Elle cherche à relégitimer la place de l'enfant et de ses parents avec pour but de prévenir les difficultés parentales, d'inciter à accompagner les familles et d'assurer le cas échéant des prises en charge suivant des modalités adaptées aux besoins. Cette loi, en outre, réforme certains fondements juridiques et réaffirme le rôle et la place des parents. Le législateur fixe trois grands objectifs prioritaires : développer la prévention, améliorer le dispositif de repérage des enfants en danger et en risque de danger et diversifier les modes d'intervention et de prise en charge.

La loi du 14 mars 2016 renforce et réaffirme les principes posés par le texte de 2007. Elle vise à garantir la prise en compte des besoins fondamentaux de l'enfant, à soutenir les actions entreprises pour son développement physique, affectif, intellectuel et social et à préserver sa santé, sa sécurité, sa moralité et son éducation, dans le respect de ses droits. Elle cherche, pour aider l'enfant à grandir, à assurer une stabilité de vie tout en considérant les liens constitués, et à se préoccuper de son devenir lorsqu'il atteint la majorité. Elle précise les modes de gouvernance nationale et locale de la protection de l'enfance, en affirmant la nécessité d'un cadre doctrinal et d'un pilotage partenarial.

Présentée par le Président de la République le 13 septembre 2018, la **stratégie de prévention et de lutte contre la pauvreté** s'articule autour de 5 axes, qui portent notamment des actions qui concernent particulièrement la petite enfance et la jeunesse.

"L'égalité des chances dès les premiers pas pour rompre avec la reproduction de la pauvreté", premier engagement de cette stratégie nationale, repose sur une approche globale des freins à l'égalité des chances qui peuvent toucher les enfants issus de familles vulnérables. Les actions qui en découlent ont trait notamment au soutien à la parentalité, à l'accès aux soins et à une alimentation équilibrée, à l'accès au logement, à l'accessibilité de l'offre d'accueil du jeune enfant comme facteur de mixité dès le plus jeune âge.

La stratégie nationale de prévention et de protection de l'enfance 2020-2022, présentée en octobre 2019, traduit la volonté du Gouvernement de garantir des droits aux enfants pris en charge par l'ASE : droits à la santé, à l'éducation, à la sécurité affective et à l'autonomie. Cette stratégie tournée vers les enfants et les adolescents doit renforcer la place accordée aux bénéficiaires en leur offrant des espaces de parole et en leur permettant d'être davantage acteurs de leur parcours. Elle donne lieu à un financement pluriannuel de l'Etat.

La loi du 7 février 2022 relative à la protection des enfants s'inscrit dans la suite de la stratégie nationale de prévention et protection de l'enfance. Elle entend améliorer la situation des enfants protégés par l'aide sociale à l'enfance (ASE) : interdiction des placements à l'hôtel, fin des sorties "sèches" à la majorité, meilleure protection contre les violences. Elle modernise aussi le métier des assistants familiaux et la gouvernance nationale de la protection de l'enfance.

5 POINTS MAJEURS EN RESSORTENT :

1. L'amélioration de la vie quotidienne des enfants :

- > Interdiction de l'accueil en hôtel ou en situations qui ne respectent pas les conditions de sécurité minimales et d'accompagnement éducatif,
- > Clarification des règles de délégation de l'autorité parentale pour autoriser les services ou les personnes à qui sont confiés les enfants à exercer des actes de la vie quotidienne (participer à une sortie scolaire par exemple),
- > Recherche plus systématique d'une solution de placement chez un tiers digne de confiance (TDC) avant placement à l'ASE,
- > Généralisation de l'information systématique du juge des enfants en cas de changement du lieu de placement.

2. La sécurité des enfants comme priorité absolue :

- > Contrôle strict des antécédents judiciaires des personnes qui travaillent auprès des enfants lors du recrutement et durant toute leur durée d'exercice,
- > Formalisation d'une politique de lutte contre la maltraitance dans tous les établissements de l'aide sociale à l'enfance et de la PJJ,
- > Mise en place de normes d'encadrement dans toutes les structures prenant en charge des mineurs,
- > Formation des professionnels au repérage des situations de danger et de risque sur la base d'un référentiel national partagé.

3. La modernisation de la profession d'assistant familial :

- > Possibilité de poursuivre l'activité professionnelle au-delà de 67 ans pour éviter les ruptures d'accueil,
- > Rémunération minimale de l'assistant familial pour l'accueil d'un seul enfant et maintien de la rémunération en cas de suspension,
- > Création d'une base nationale des agréments.

4. Une meilleure réponse apportée aux enjeux des MNA :

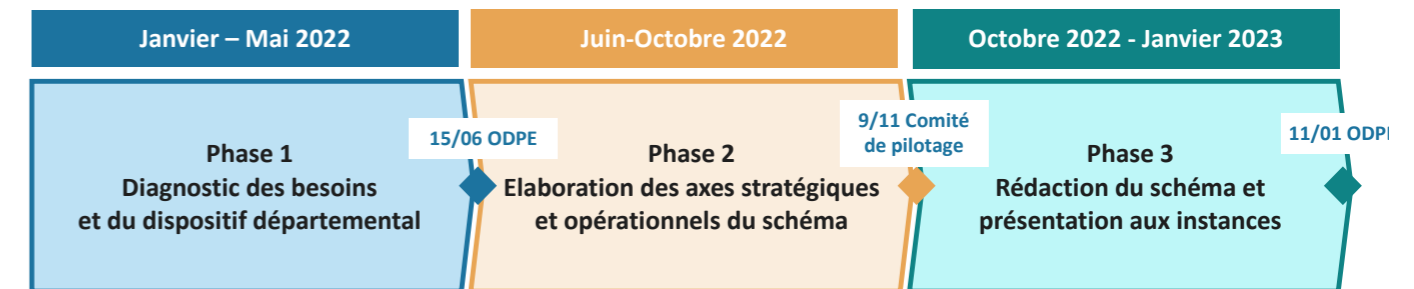
- > Modification de la clé de répartition des MNA sur les territoires (en baisse sur 2022 pour les Bouches-du-Rhône par rapport aux années précédentes),
- > Obligation pour les départements de recourir au fichier d'aide à l'évaluation de la minorité (AEM), pour éviter le nomadisme administratif,
- > Meilleur suivi judiciaire des MNA délinquants avec pour objectif principal de les éloigner des réseaux criminels.

5. Un renforcement du pilotage de la politique de protection de l'enfance :

- > Rapprochement du Groupement d'Intérêt Public Enfance en Danger (GIPED), de l'Agence Française de l'Adoption (AFA), du Conseil National de la Protection de l'Enfance (CNPE), du Conseil National Pour l'Accès aux Origines Personnelles (CNAOP) et du Conseil National de l'Adoption (CNA),
- > Expérimentation d'un comité départemental de la protection de l'enfance co-présidé par le président du conseil départemental et le préfet de département,
- > Création d'un centre de ressources ouvert à tous les professionnels de la protection de l'enfance,
- > Désignation d'un référent protection de l'enfance au sein des Préfectures,
- > Objectifs de santé publique pour la Protection Maternelle et Infantile (PMI).

DÉMARCHE D'ÉLABORATION DU SCHÉMA DÉPARTEMENTAL 2023-2027

Une démarche ambitieuse reposant sur une association forte des professionnels et des partenaires du Département des Bouches-du-Rhône



Chiffres clés de la phase de diagnostic des besoins et du dispositif départemental :

- > Près de 50 acteurs de la politique enfance-famille rencontrés en entretiens individuels (directions départementales, partenaires institutionnels et partenaires associatifs)
- > 20 assistants familiaux rencontrés lors de 2 entretiens collectifs
- > 30 professionnels des MDS, de la DEF et de la PMI rencontrés lors de 2 entretiens collectifs à Marseille et Marignane (directeurs, adjoints et équipes enfance-famille et prévention sociale, inspecteurs enfance-famille et représentants de la PMI)
- > 250 contributions à une enquête par questionnaire menée auprès des agents de la DEF, de la DPMISP, de la DITAS, des assistants familiaux du SAF et de la DIMEF (dont 112 assistants familiaux et plus de 18 MDS représentées)
- > Près de 70 contributions à un questionnaire diffusé auprès des partenaires associatifs

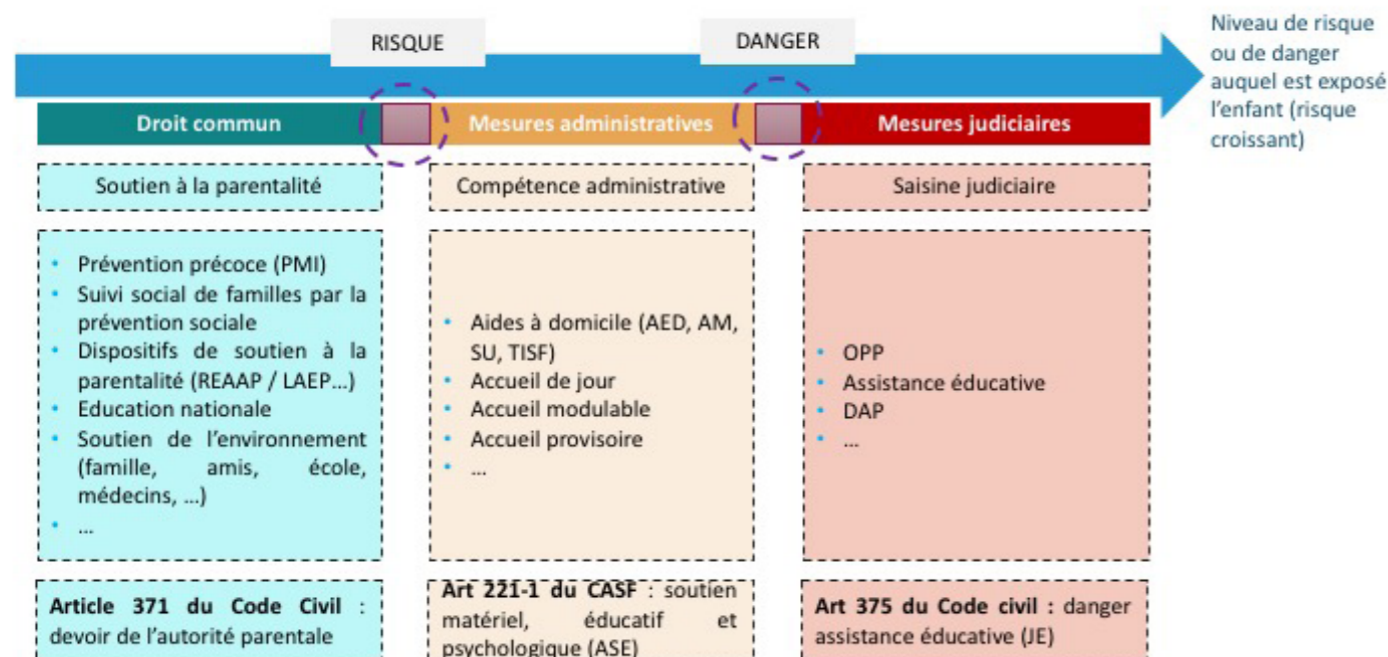
Chiffres clés de la phase d'élaboration des axes stratégiques et opérationnels du Schéma :

- > **17 sessions de travail thématiques** en central et **4 sessions transverses en territoires**
- > Une mobilisation importante, avec près de **350 participations** aux groupes de travail
- > Une **grande diversité des profils**, métiers, et territoires avec en particulier une forte mobilisation des MDS (ES, AS, adjoints et directeurs, etc.), des agents des services centraux de la Direction Enfance Famille, des Inspecteurs Enfance Famille, des agents de la DPMISP (médecins, IDE, puéricultrices, EJE, etc.), de la DIMEF, des partenaires associatifs en particulier des MECS, des services de prévention spécialisée, d'AEMO...
- > Une **forte mobilisation des partenaires du Département** : partenaires associatifs, acteurs de la Justice (DTPJJ, Juges des Enfants, Parquets), ARS, CAF, DREETS, Education nationale, Gendarmerie nationale, URIOPSS, Missions locales, Maisons des Adolescents, partenaires du soin (hôpitaux, pédopsychiatrie, ...), etc.
- > La participation d'anciens jeunes de l'ASE dans les groupes de travail grâce à l'ADEPAPE 13.

2 | BILAN DU SCHÉMA DÉPARTEMENTAL 2016-2021

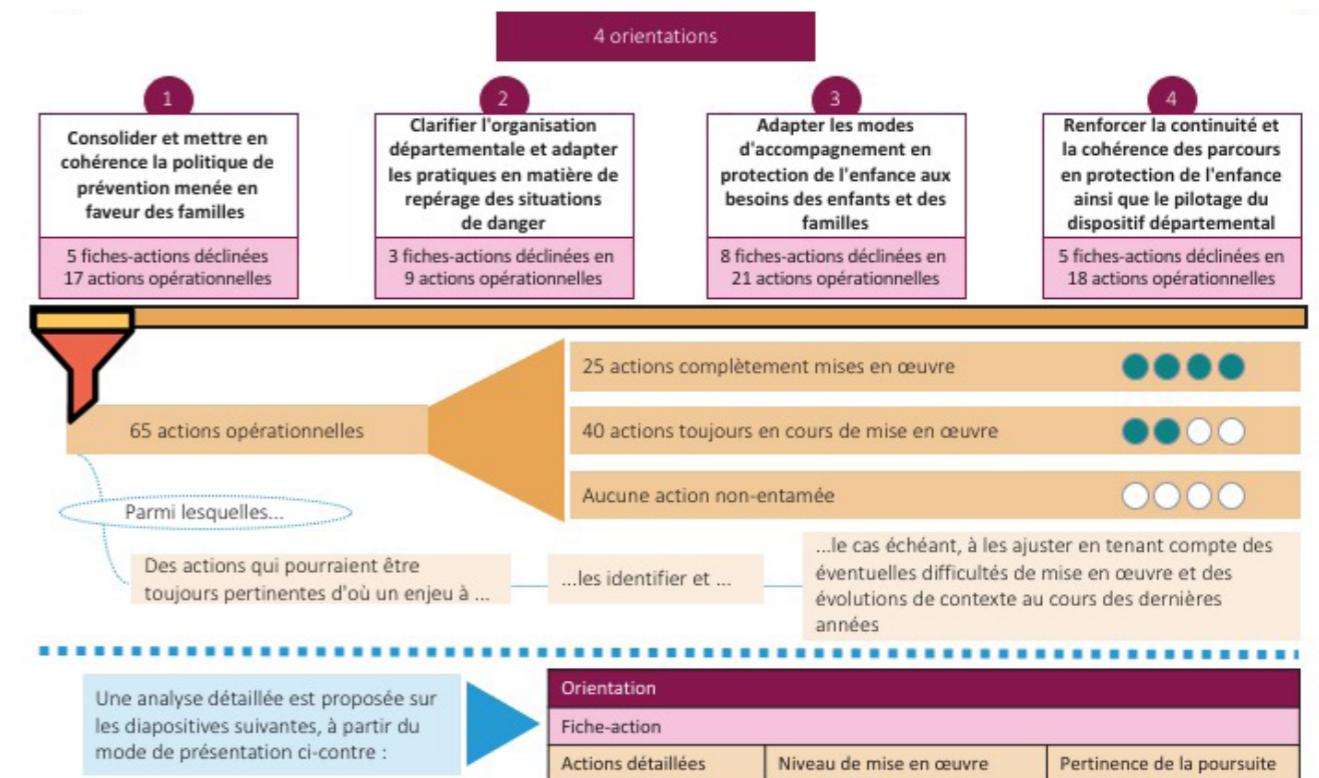
Un Schéma qui couvre la richesse et la pluridisciplinarité des acteurs intervenant sur la prévention et la protection de l'enfance

Le Schéma départemental porte la politique de protection de l'enfance dans tous ses volets : ce qui relève de l'étayage des parents, premiers protecteurs de leurs enfants au sens de l'article 371 du code civil, des mesures de l'aide sociale à l'enfance au titre de l'article L 221-1 du code de l'action sociale et des familles, et des mesures judiciaires au sens de l'article 375 du code civil.



Nous parlons dans ce document de la **protection de l'enfance** comme champ de politique publique transverse englobant les actions de prévention sociale auprès des familles, la Protection Maternelle et Infantile (PMI), l'Aide Sociale à l'enfance (ASE) et les actions en faveur des jeunes majeurs et publics spécifiques (MNA par exemple).

AU 31/12/2022, 25 ACTIONS OPÉRATIONNELLES DU SCHÉMA 2016-2021 ONT ÉTÉ MISES EN ŒUVRE ET 40 SONT EN COURS DE TRAVAIL



Parmi les principales réalisations :

- > **L'évolution des missions de PMI** en accord avec les orientations des « 1000 jours » : nouvelle organisation centrale et territoriale ; positionnement plus marqué sur les actions en pré et périnatal ; refonte totale des bilans de santé en école maternelle ; déploiement des staffs médico sociaux au sein des maternités
- > La **centralisation du recueil et de la qualification de l'IP** au sein de la CRIP et renforcement du travail partenarial sur le dispositif de repérage
- > Le **maintien des capacités d'accueil familial** grâce à la revalorisation et l'accompagnement des assistants familiaux
- > Une **création massive de places d'accueil**, notamment à destination des MNA (près de 1000 places MNA en 5 ans), et le développement de la capacité de Placement à Domicile (PAD)
- > L'ouverture de structures dédiées aux situations d'**adolescents vulnérables** nécessitant une prise en charge complexe, et le renforcement du travail partenarial
- > Le **développement marqué des Contrats Jeunes Majeurs** et des places d'accueil pour l'accompagnement à l'autonomie permettant d'éviter les sorties sèches à 18 ans.

BILAN DES ACTIONS MISES EN ŒUVRE SUR L'ORIENTATION N°1 : CONSOLIDER ET METTRE EN COHÉRENCE LA POLITIQUE DE PRÉVENTION MENÉE EN FACTEUR DES FAMILLES

Orientation 1 : Consolider et mettre en cohérence la politique de prévention menée en faveur des familles		
Fiche-action 1 : Prendre en compte les inégalités de santé dans le déploiement des missions de PMI		
Consolider le déploiement des ressources de PMI	●●●●	Réalisé
Engager un travail de réflexion sur les missions prioritaires du service PMI en complémentarité avec les professionnels libéraux et hospitaliers ; Conventionnement avec la CPAM	●●○○	A relancer
Fiche-action 2 : Développer les outils de repérage précoce et d'orientation		
Déploiement des staffs médico-psychosociaux au sein des maternités Approfondir le partenariat autour des liaisons périnatales Consolider le partenariat entre la PMI, le secteur libéral et les acteurs institutionnels	●●●●	Réalisé (fonctionnement opérationnel)
Renforcer le partenariat entre les inter-secteurs de psychiatrie, CMP, CAMSP, CMPP, libéraux et la PMI autour des enfants en risques psychiques en développant les consultations conjointes PMI/pédopsy et en mettant en œuvre un repérage précoce dès 2 ans des enfants à risque de TSA	●●○○	A poursuivre (des premières étapes réalisées avec des partenariats solides entre les maternités et la psychiatrie)
Renforcer les liens avec la psychiatrie adulte dans le champ de la psychiatrie périnatale	●●○○	A relancer
Déploiement des bilans de santé en cohérence avec le cadre fixé au niveau départemental	●●○○	A poursuivre
Redéfinir l'organisation de l'offre, proposer des formations adaptées aux professionnels, modalités de coopération entre les CPEF et CeGIDD, contrôler les modalités de réalisation des missions de planification familiale dans les CPEF hospitaliers	●●●●	Réalisé
Regrouper au sein d'un service de PMI les actions cliniques et préventives des services PMI-PI et PMI-PM	●●●●	Réalisé

Fiche-action 3 : Consolider le travail en réseau en matière de prévention des difficultés éducatives		
Poursuivre le déploiement des réseaux autour de la parentalité	●●○○	A poursuivre
Mener une réflexion sur les modes de participation des MDS aux instances locales	●●○○	A poursuivre
Améliorer l'information des MDS sur les dispositifs financés par la CAF et le Départemental dans le cadre des appels à projet des modes d'accueil	●●●●	Réalisé
Améliorer l'information sur les LAPE et autres lieux collectifs de soutien à la parentalité et favoriser l'émergence d'actions partenariales	●●●●	Réalisé
Désignation d'un référent pour chaque école ou pour certaines écoles	●●○○	À poursuivre
Mener une réflexion sur les modes de participation des MDS aux instances locales	●●○○	À poursuivre
Fiche-action 4 : Valoriser les modes d'intervention collectifs en complément des accompagnements collectifs		
Valoriser et accompagner les pratiques d'accompagnement collectives existantes au sein des MDS	●●○○	À poursuivre
Faire connaître aux équipes des MDS les actions de soutien à la parentalité portées par les acteurs partenaires	●●○○	À poursuivre
Fiche-action 5 : Finaliser un cadre départemental sur la mise en œuvre des actions éducatives formalisées (AEF)		
Diffuser le référentiel départemental de l'AEF aux professionnels du Département et aux partenaires	●●○○	Abandonnée

BILAN DES ACTIONS MISES EN ŒUVRE SUR L'ORIENTATION N°2 : CLARIFIER L'ORGANISATION DÉPARTEMENTALE ET ADAPTER LES PRATIQUES EN MATIÈRE DE REPÉRAGE DES SITUATIONS DE DANGER

Orientation 2 : Clarifier l'organisation départementale et adapter les pratiques en matière de repérage des situations de danger		
Fiche-action 6 : Clarifier le circuit des informations préoccupantes dans le département		
Consolider le rôle de la CRIP en la positionnant sur la centralisation et la qualification de l'ensemble des IP du département. Intervention du médecin référent protection de l'enfance au sein de la CRIP	●●●●	Réalisé
Meilleure utilisation de l'outil GENESIS, garantir le respect des délais, mettre en place des outils de suivi des procédures, des alertes, travailler sur la remontée des données à l'ODPE et l'ONPE	●●○○	À poursuivre
Fiche-action 7 : Accompagner l'évolution des pratiques d'évaluation des situations		
Elaboration d'une méthode d'évaluation en insistant sur divers aspects (les clignotants, les besoins fondamentaux de l'enfant, le positionnement du professionnel, la valorisation des compétences parentales, notion d'acceptation ou refus dans l'accompagnement et les écrits, les ressources de l'environnement du mineur, distinction entre évaluation et accompagnement)	●●○○	À poursuivre & harmoniser sur les territoires
Fiche-action 8 : Renforcer le travail partenarial sur le dispositif de repérage des enfants en situation de risque de danger ou de danger		
Renforcer l'information auprès des professionnels de santé et acquisition de connaissances partagées	●●●●	Réalisé
Mettre en place une campagne de communication sur le numéro dpt enfance en danger	●●●●	Réalisé
Renforcer l'information en direction de l'EN et des professionnels de la petite enfance Terminer l'écriture d'un guide des IP pour les professionnels	●●●●	Réalisé
Assurer l'envoi systématique d'un accusé de réception dans des délais raisonnables	●●○○	À poursuivre
Définir les modalités d'information sur les suites données, dans le respect des règles de confidentialité	●●●●	Réalisé
Mettre en place un groupe de travail pour l'écriture du protocole départemental	●●●●	Réalisé

BILAN DES ACTIONS MISES EN ŒUVRE SUR L'ORIENTATION N°3 : ADAPTER LES MODES D'ACCOMPAGNEMENT EN PROTECTION DE L'ENFANCE AUX BESOINS DES ENFANTS ET DES FAMILLES

Orientation 3 : Adapter les modes d'accompagnement en protection de l'enfance aux besoins des enfants et des familles		
Fiche-action 9 : Poursuivre la diversification des modes d'intervention des TISF		
Continuer de faire connaître le dispositif auprès des équipes afin d'augmenter le nombre d'interventions	●●●○	À relancer
Assurer la pérennité de l'alternative à domicile dans les territoires où le dispositif existe et permettre son développement sur l'ensemble du territoire départemental	●●○○	À poursuivre
Assurer un temps d'échange systématique entre le service de TISF et le référent de MDS au moment de la mise en place de l'intervention : définition des objectifs, transmission des informations nécessaires préalablement à l'intervention	●●○○	À relancer
Fiche-action 10 : Développer et rénover les modes d'exercice des mesures éducatives à partir du domicile familial		
Permettre une intensification des AED et AEMO (quantité et rythme). Développer l'offre d'accompagnement.	●●○○	Evolution des orientations : développement de l'AED en interne et AAP AEMO
Expérimenter les modes d'intervention collectifs dans le cadre des mesures éducatives à domicile, notamment au profit des adolescents.	●●○○	Abandonné
Recentrer le PAD sur ses missions principales. Poursuivre la formation des équipes des MECS. Garantir l'existence d'une solution d'hébergement (notion de repli).	●●○○	À poursuivre
Réflexion en particulier dans le cadre des mesures d'accompagnement en économie sociale et familiale (AESF)	●●○○	À poursuivre

Orientation 3 : Adapter les modes d'accompagnement en protection de l'enfance aux besoins des enfants et des familles		
Fiche-action 11 : Renouveler et adapter l'offre départementale d'accueil familial		
Poursuivre les actions de sensibilisation sur le métier d'assistant familial	●●○○	À poursuivre
Sensibiliser les assistants familiaux sur les accueils correspondant aux besoins du département (jeunes enfants, adolescents) Envisager l'accueil en urgence d'enfants de moins de 3 ans en famille d'accueil DIMEF avec appui du plateau technique de la Pouponnière	●●○○	À poursuivre
Accompagner les assistants familiaux	●●●●	Réalisé
Travail autour de la réalisation d'un album de vie et communication. Etendre cet album aux enfants en MECS	●●○○	Réalisé pour les assistants familiaux, à poursuivre avec les MECS
Fiche-action 12 : Adapter l'offre en établissement aux profils des publics et renforcer la régulation du dispositif		
Accompagner l'ouverture de lieux de vie et d'accueil. Redéployer l'offre d'accueil vers de petites unités de vie pour adolescents. Développer l'accueil de jeunes majeurs dans des FJT et CHR. Favoriser la formation des travailleurs sociaux en MECS et équipes Enfance-Famille sur la violence et les troubles du comportement	●●○○	Ouvertures prévues À poursuivre sur le volet formation
Réguler les admissions en établissement / Renforcer les coopérations entre MECS.	●●○○	À relancer
Développement du parrainage de proximité. Favoriser le maintien des liens avec l'environnement élargi de l'enfant	●●●●	À étendre dans le cadre de la nouvelle loi
Fiche action 13 : Moderniser le dialogue de gestion entre le Département et les établissements et services habilités à mettre en œuvre des missions d'ASE		
Se doter d'indicateurs permettant de mesurer les facteurs impactant les coûts et d'analyser les écarts entre opérateurs en tenant compte de la spécificité de chaque établissement ou service	●●●●	Dispositif de pilotage à pérenniser
Travail de correction des écarts en tenant compte des spécificités, des projets et des orientations politiques retenues par le Département	●●●●	Dispositif de pilotage à pérenniser

Orientation 3 : Adapter les modes d'accompagnement en protection de l'enfance aux besoins des enfants et des familles		
Fiche-action 9 : Poursuivre la diversification des modes d'intervention des TISF		
Continuer de faire connaître le dispositif auprès des équipes afin d'augmenter le nombre d'interventions	●●●○	À relancer
Assurer la pérennité de l'alternative à domicile dans les territoires où le dispositif existe et permettre son développement sur l'ensemble du territoire départemental	●●○○	À poursuivre
Assurer un temps d'échange systématique entre le service de TISF et le référent de MDS au moment de la mise en place de l'intervention : définition des objectifs, transmission des informations nécessaires préalablement à l'intervention	●●○○	À relancer
Fiche-action 10 : Développer et rénover les modes d'exercice des mesures éducatives à partir du domicile familial		
Permettre une intensification des AED et AEMO (quantité et rythme). Développer l'offre d'accompagnement.	●●○○	Evolution des orientations : développement de l'AED en interne et AAP AEMO
Expérimenter les modes d'intervention collectifs dans le cadre des mesures éducatives à domicile, notamment au profit des adolescents.	●●○○	Abandonné
Recentrer le PAD sur ses missions principales. Poursuivre la formation des équipes des MECS. Garantir l'existence d'une solution d'hébergement (notion de repli).	●●○○	À poursuivre
Réflexion en particulier dans le cadre des mesures d'accompagnement en économie sociale et familiale (AESF)	●●○○	À poursuivre
Orientation 3 : Adapter les modes d'accompagnement en protection de l'enfance aux besoins des enfants et des familles		
Fiche-action 11 : Renouveler et adapter l'offre départementale d'accueil familial		
Poursuivre les actions de sensibilisation sur le métier d'assistant familial	●●○○	À poursuivre
Sensibiliser les assistants familiaux sur les accueils correspondant aux besoins du département (jeunes enfants, adolescents) Envisager l'accueil en urgence d'enfants de moins de 3 ans en famille d'accueil DIMEF avec appui du plateau technique de la Pouponnière	●●○○	À poursuivre
Accompagner les assistants familiaux	●●●●	Réalisé
Travail autour de la réalisation d'un album de vie et communication. Etendre cet album aux enfants en MECS	●●○○	Réalisé pour les assistants familiaux, à poursuivre avec les MECS
Fiche-action 12 : Adapter l'offre en établissement aux profils des publics et renforcer la régulation du dispositif		
Accompagner l'ouverture de lieux de vie et d'accueil. Redéployer l'offre d'accueil vers de petites unités de vie pour adolescents. Développer l'accueil de jeunes majeurs dans des FJT et CHR. Favoriser la formation des travailleurs sociaux en MECS et équipes Enfance-Famille sur la violence et les troubles du comportement	●●○○	Ouvertures prévues À poursuivre sur le volet formation
Réguler les admissions en établissement / Renforcer les coopérations entre MECS.	●●○○	À relancer
Développement du parrainage de proximité. Favoriser le maintien des liens avec l'environnement élargi de l'enfant	●●●●	À étendre dans le cadre de la nouvelle loi
Fiche action 13 : Moderniser le dialogue de gestion entre le Département et les établissements et services habilités à mettre en œuvre des missions d'ASE		
Se doter d'indicateurs permettant de mesurer les facteurs impactant les coûts et d'analyser les écarts entre opérateurs en tenant compte de la spécificité de chaque établissement ou service	●●●●	Dispositif de pilotage à pérenniser
Travail de correction des écarts en tenant compte des spécificités, des projets et des orientations politiques retenues par le Département	●●●●	Dispositif de pilotage à pérenniser
Orientation 3 : Adapter les modes d'accompagnement en protection de l'enfance aux besoins des enfants et des familles		
Fiche-action 14 : Généraliser l'utilisation du Projet pour l'Enfant (PPE)		
Ajuster le support, harmoniser les modalités d'élaboration et de suivi du PPE, repositionner l'IEF comme garant d'une mobilisation pertinente de cet outil	●●●●	Réalisé
Sensibiliser les équipes à la mise en œuvre de cet outil et au travail autour de la notion de projet.	●●○○	À poursuivre auprès des partenaires associatifs notamment
Fiche-action 15 : Rénover la référence des mesures d'aide sociale à l'enfance		
Réaffirmer le principe de l'immédiateté de l'intervention du référent. Préciser le rôle de chaque intervenant. Clarifier certains points.	●●○○	À relancer
Fiche action 16 : Revisiter les modalités de mise en œuvre des droits de visite en présence d'un tiers		
Rédaction d'une charte. Puis, parution d'un décret sous-entendant que peu de visites de ce type doivent être faites par les équipes en charge de l'enfant.	●●○○	Travail d'harmonisation entre les MDS à poursuivre

BILAN DES ACTIONS MISES EN ŒUVRE SUR L'ORIENTATION N°4 : RENFORCER LA CONTINUITÉ ET LA COHÉRENCE DES PARCOURS EN PROTECTION DE L'ENFANCE AINSI QUE LE PILOTE DU DISPOSITIF DÉPARTEMENTAL

Orientation 4 : Renforcer la continuité et la cohérence des parcours en protection de l'enfance ainsi que le pilotage du dispositif départemental		
Fiche-action 17 : Mieux accompagner les jeunes présentant des profils complexes, au croisement des champs d'intervention de plusieurs partenaires		
Projet de "pool d'assistants familiaux spécialisés" autour de l'accueil d'enfants présentant des troubles du comportement et mentaux. Formation spécifique et soutien par un plateau technique	●●○○	Abandonné
Renforcer le soutien des assistants familiaux par un appui de la MDA	●●○○	Objectif modifié
Diversifier les métiers au sein des MECS (AMP, CESF, EJE...). Renforcer les collaborations entre les partenaires sanitaires et l'Education nationale	●●○○	À poursuivre
Proposer des lieux de prise en charge globalisée au sein de MECS avec articulation formalisée avec le secteur sanitaire et l'Education nationale	●●●●	À étendre dans le nouveau schéma
Favoriser les travaux de recherche sur les situations complexes pilotés par l'ODPE (étude permettant de mieux connaître ces publics et construire accompagnements adaptés) Développer une expertise commune autour des situations complexes (rencontres, formation partagée)	●●○○	Relancé en 2022, à poursuivre
Faire un état des lieux des formations et analyser le contenu. Développer des formations spécifiques Identifier de nouveaux outils permettant de faire évoluer les pratiques en se rapprochant de l'ONPE, des autres départements et services	●●○○	À poursuivre
Travailler en collaboration avec la PJJ sur la prise en charge des mineurs qui relèvent de l'ASE et de la Justice	●●○○	À poursuivre
Fiche-action 18 : Poursuivre la formalisation du suivi médical des enfants confiés à l'ASE		
Définir les différentes étapes du parcours de soin. Définir le rôle des médecins de PMI, réfléchir à la place des puéricultrices pour les moins de 6 ans. Définir les modes d'utilisation des outils permettant d'assurer la continuité du suivi de la santé.	●●○○	À poursuivre
Traiter de l'organisation du suivi de la santé à l'occasion des démarches qualité. Identifier le médecin référent pour chaque MECS et permettre son accompagnement sur les spécificités du suivi des enfants confiés à l'ASE.	●●●●	À poursuivre : généraliser un poste d'IDE dans chaque mecs
Faire le bilan des expérimentations menées avec les ESJ / Renforcer la mobilisation des ressources et le partenariat afin que les jeunes en établissement puissent bénéficier des suivis nécessaires	●●○○	À poursuivre
Enquête ESSPER-ASE13 et étude ASE/MDPH. Etude anthropologique "adolescents difficiles" : mettre en œuvre les recommandations du rapport.	●●●●	Réalisé
Orientation 4 : Renforcer la continuité et la cohérence des parcours en protection de l'enfance ainsi que le pilotage du dispositif départemental		
Fiche-action 19 : Accompagner la réussite scolaire pour les enfants et les jeunes confiés à l'ASE		
Demande auprès des Pôles inspecteurs de remplir la scolarité pour tous les enfants confiés	●●○○	À poursuivre
Organisation d'une commission interinstitutionnelle	●●●●	À pérenniser
Fiche-action 20 : Mieux anticiper et préparer la sortie du dispositif d'aide sociale à l'enfance		
Systematiser un bilan pour chaque jeune dès 16 ans	●●●●	Réalisé
Prévoir une sensibilisation sur la préparation à l'autonomie dans le cadre du cursus de formation des assistants familiaux. Faire évoluer les modes de prises en charge en MECS	●●●●	À poursuivre / décliner en plan d'action
Rapprochement du Département et des acteurs du champ de l'insertion et de la formation. Renforcer l'articulation enfance-famille et cohésion sociale au sein des MDS autour de la sortie du dispositif ASE. Favoriser la signature de conventions avec FJT, CHRS. Renforcer l'appropriation du dispositif Garantie Jeunes	●●○○	À étendre notamment dans le cadre de la loi 2022
Fiche-action 21 : Poursuivre le déploiement des projets transversaux en interne au Département et avec les partenaires		
Approfondir les passerelles entre la Direction Enfance-Famille et la Direction de l'insertion sur le volet Emploi-Formation. Sensibiliser les structures à l'art, la culture et le sport comme leviers d'insertion sociale et professionnelle en lien avec "Ensemble en Provence"	●●○○	À poursuivre
Favoriser un rapprochement entre le Camp des Milles et les acteurs de la protection de l'enfance	●●●●	À étendre ?

3 DIAGNOSTIC DES BESOINS DES ENFANTS ET DES FAMILLES SUR LE TERRITOIRE DÉPARTEMENTAL

MESSAGES CLÉS

Un territoire à la démographie dynamique, marqué par des vulnérabilités socio-économiques fortes

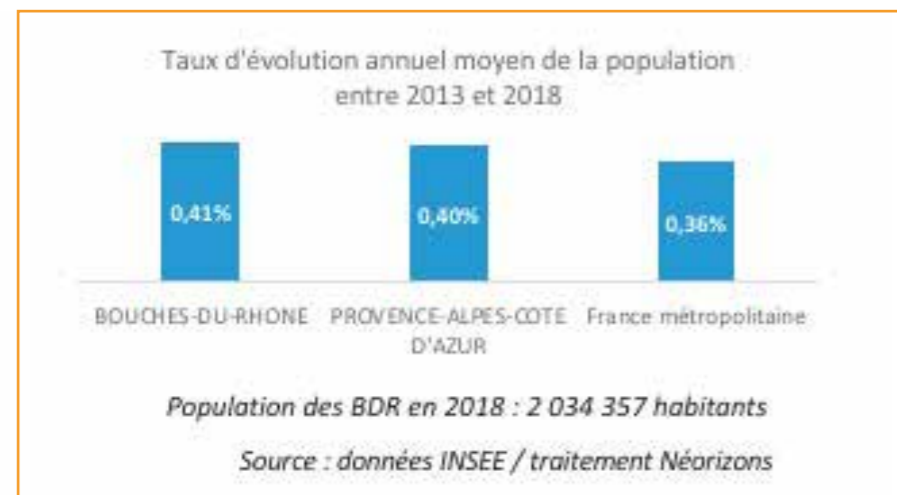
- > Une croissance de population portée par un **solde naturel positif** (taux de natalité élevé : 12 ‰, soit env. 25 000 naissances en 2020)
- > Une **part élevée de familles monoparentales** au regard de la moyenne française : une famille sur cinq sur le territoire (20,1 % en 2018)
- > Une **forte exposition à la pauvreté et au chômage** (18 % des habitants du département vivent sous le seuil de pauvreté)
- > Une **population primo-arrivante** qui arrive constamment dans le département, exposée aux difficultés : isolement, logement, langue...
- > Des **disparités territoriales fortes** avec en particulier une forte exposition aux facteurs de vulnérabilité à Marseille (3ème, 14ème et 15ème par exemple) et les communes du pourtour de l'Etang-de-Berre.
- > Des problématiques localisées **d'indignité et d'insalubrité des logements**, prononcées à Marseille mais également mesurables dans d'autres communes

Des besoins de prise en charge sociale en hausse

- > Une **augmentation constante des besoins** de la population à mettre au regard de la stagnation des moyens d'intervention
- > Une **crise sanitaire** qui a révélé ou accentué les difficultés rencontrées par les familles
- > Le **sentiment** (exprimé par les professionnels interrogés) d'un désinvestissement des logiques de prévention
- > Une **augmentation des situations** d'enfants nécessitant une prise en charge complexe
- > Une **hausse des conduites à risque** (prostitution, addictions) face à des réponses institutionnelles encore inadaptées.

UNE POPULATION EN CROISSANCE AVEC UN TAUX DE NATALITÉ ÉLEVÉ, QUI PEUT METTRE EN TENSION LA CAPACITÉ DU DÉPARTEMENT À RÉPONDRE AUX BESOINS DES ENFANTS ET DES FAMILLES

Le département des Bouches-du-Rhône est le troisième département le plus peuplé de France. Il concentre à lui seul 40 % de la population en région PACA, avec une population en croissance légèrement plus forte que la moyenne française.



La croissance de la population **est principalement due au solde naturel**, en raison notamment d'un **taux de natalité élevé** (12 ‰, soit env. 25 000 naissances en 2020). Le taux de natalité est toutefois en recul entre 2011 et 2020 (- 0,5 ‰ par an), suivant la tendance nationale.

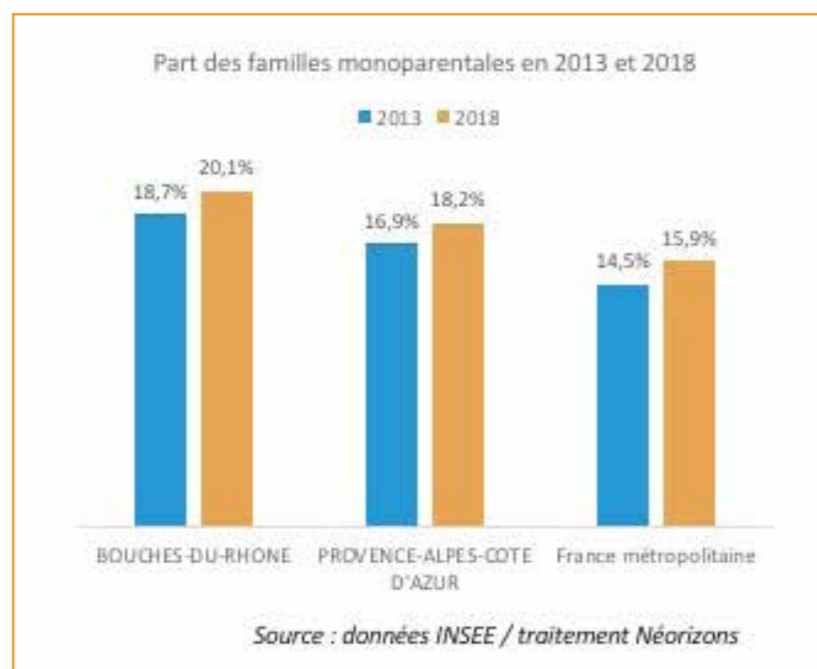


La proportion de la population mineure reste **proche de la moyenne nationale** (21,2 % dans les BDR) et en légère diminution (en raison du vieillissement de la population).

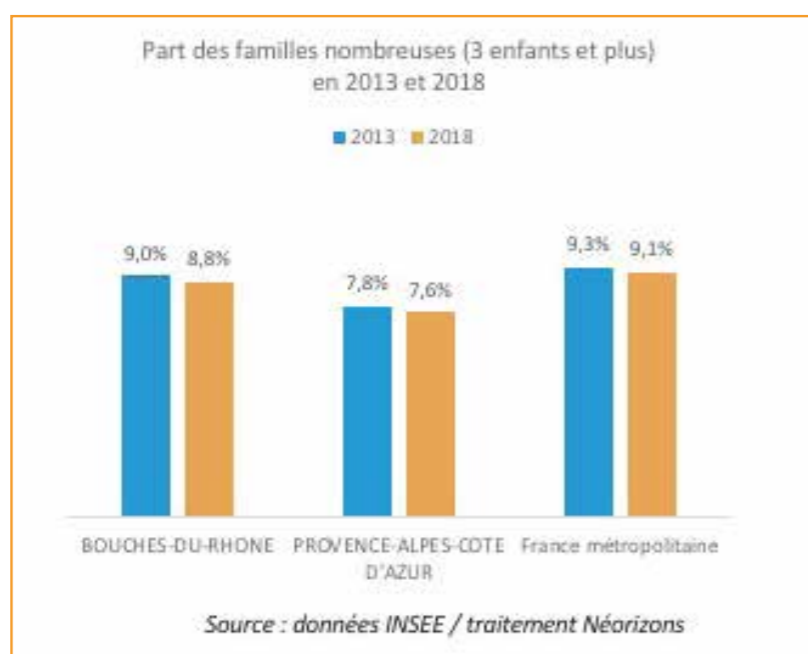


UNE PART ÉLEVÉE DE FAMILLES MONOPARENTALES, CONNUES POUR ÊTRE PLUS EXPOSÉES AUX FACTEURS DE PRÉCARITÉ QUE LA MOYENNE

La part de familles monoparentales est élevée au sein du Département, au regard de la moyenne française : une famille sur cinq sur le territoire (20,1 % en 2018). Cette part a augmenté au cours des cinq dernières années (20,1% vs 18,7% en 2013), reflétant la tendance nationale.

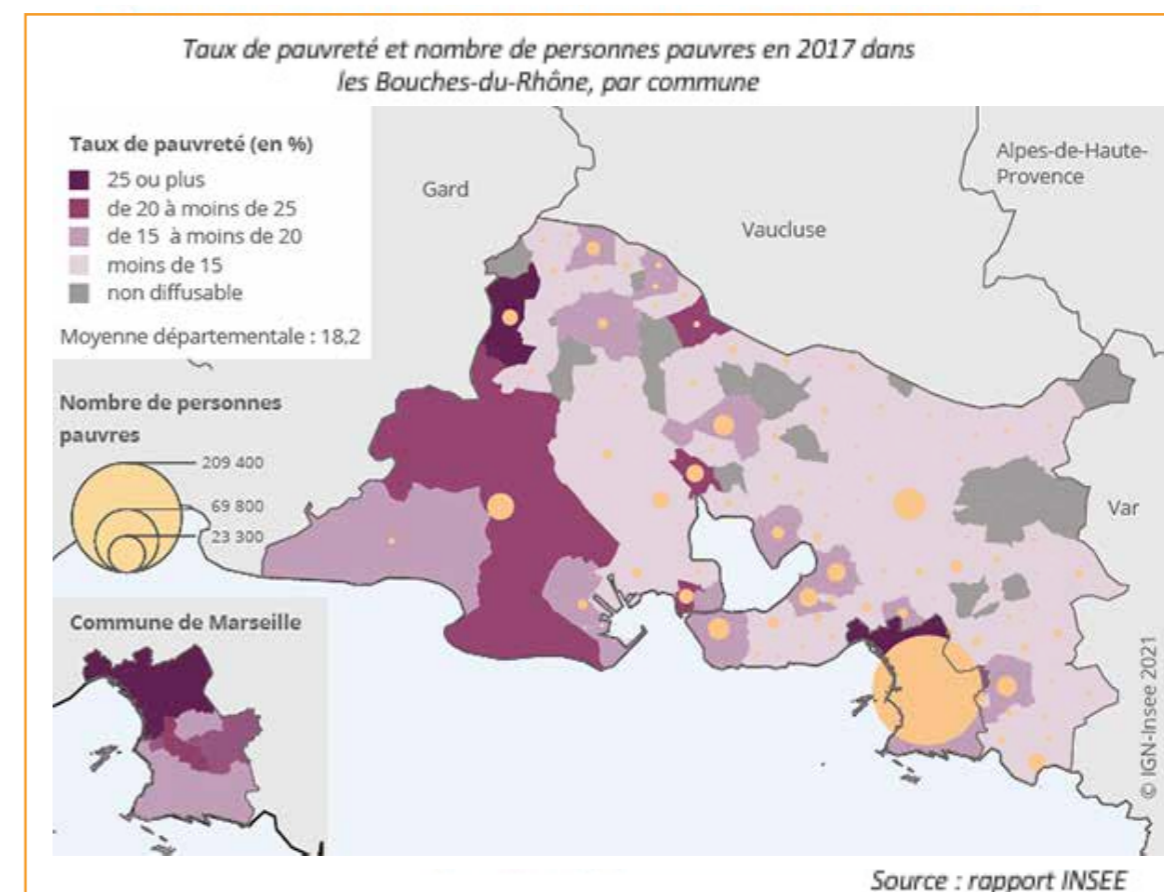


La part de familles nombreuses est quant à elle proche de la moyenne nationale (autour de 9 %), en légère diminution.

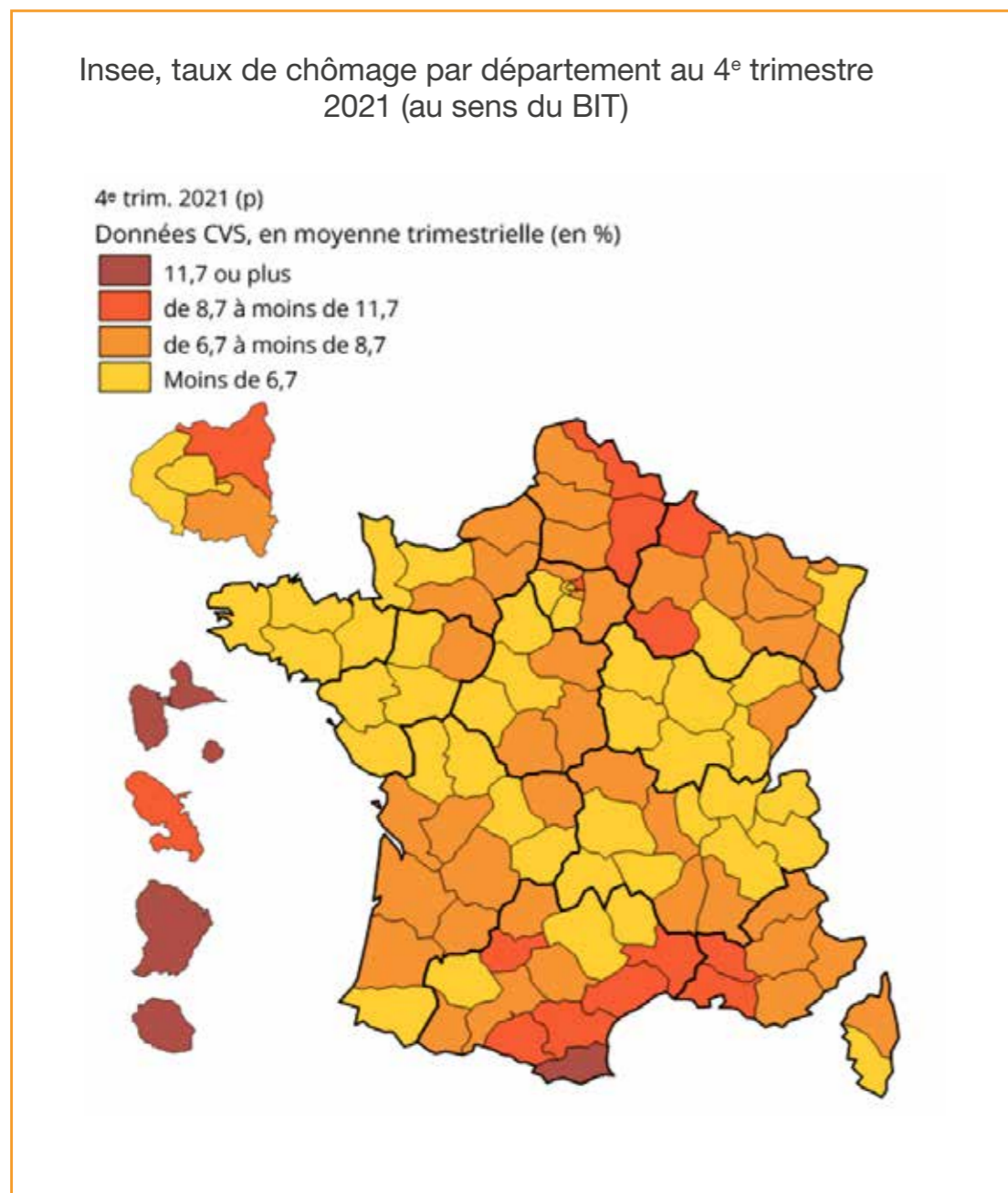


UN TERRITOIRE PARTICULIÈREMENT EXPOSÉ À LA PAUVRETÉ ET AU CHÔMAGE

18 % des habitants du département vivent sous le seuil de pauvreté. Ce taux est supérieur de plus de 3 points à la moyenne nationale. D'après l'INSEE, la pauvreté concerne particulièrement les Quartiers de la Politique de la Ville (QPV) de Marseille, Arles et Tarascon (16 % des habitants / 60 % des personnes pauvres du département).



Le taux de chômage départemental est supérieur à la moyenne nationale :
 au T4 2021, le taux de chômage s'élevait à **8,7 %** dans les Bouches-du-Rhône
 contre **7,8 %** en France métropolitaine.



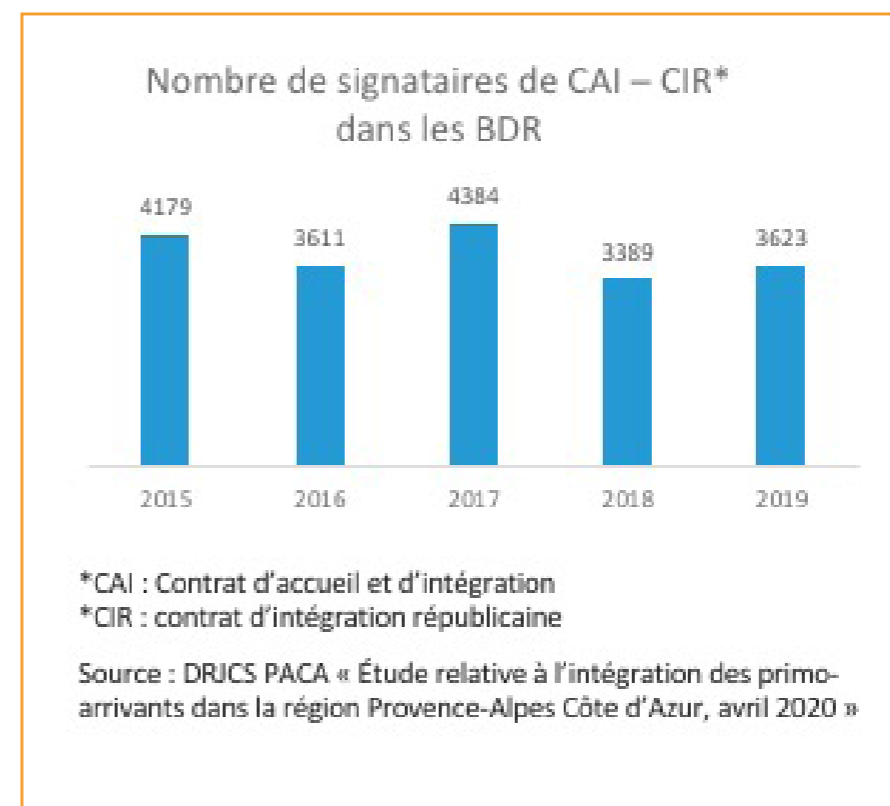
AVEC PRÈS DE 4 000 PRIMO-ARRIVANTS PAR AN SUR LE TERRITOIRE, L'IMPORTANCE DE DISPOSER D'UNE POLITIQUE AFFUTÉE DE REPÉRAGE DES DIFFICULTÉS SOCIALES

D'après l'OFII et la DREETS PACA, les Bouches-du-Rhône ont accueilli près de 20 000 primo-arrivants au cours des 5 dernières années, soit la moitié des primo-arrivants en région PACA.

Il peut s'agir de conjoints de français et de personnes arrivées dans le cadre du regroupement familial, de femmes isolées avec ou sans enfants, ou encore de réfugiés ayant souvent vécu un parcours migratoire traumatisant et ayant vécu dans la précarité à leur arrivée.

Cette population nouvelle arrive constamment dans le département avec des enjeux spécifiques :

- > Isolement social, familles en manque de repères ou en situation de fragilité à leur arrivée sur le territoire
- > Barrière de la langue pour l'accès aux dispositifs de droit commun (soins, droits, emploi...)



UNE ANALYSE DE L'INDICE INFRA-TERRITORIAL DE VULNÉRABILITÉ QUI PERMET DE FAIRE APPARAÎTRE DE FORTES DISPARITÉS ENTRE TERRITOIRES

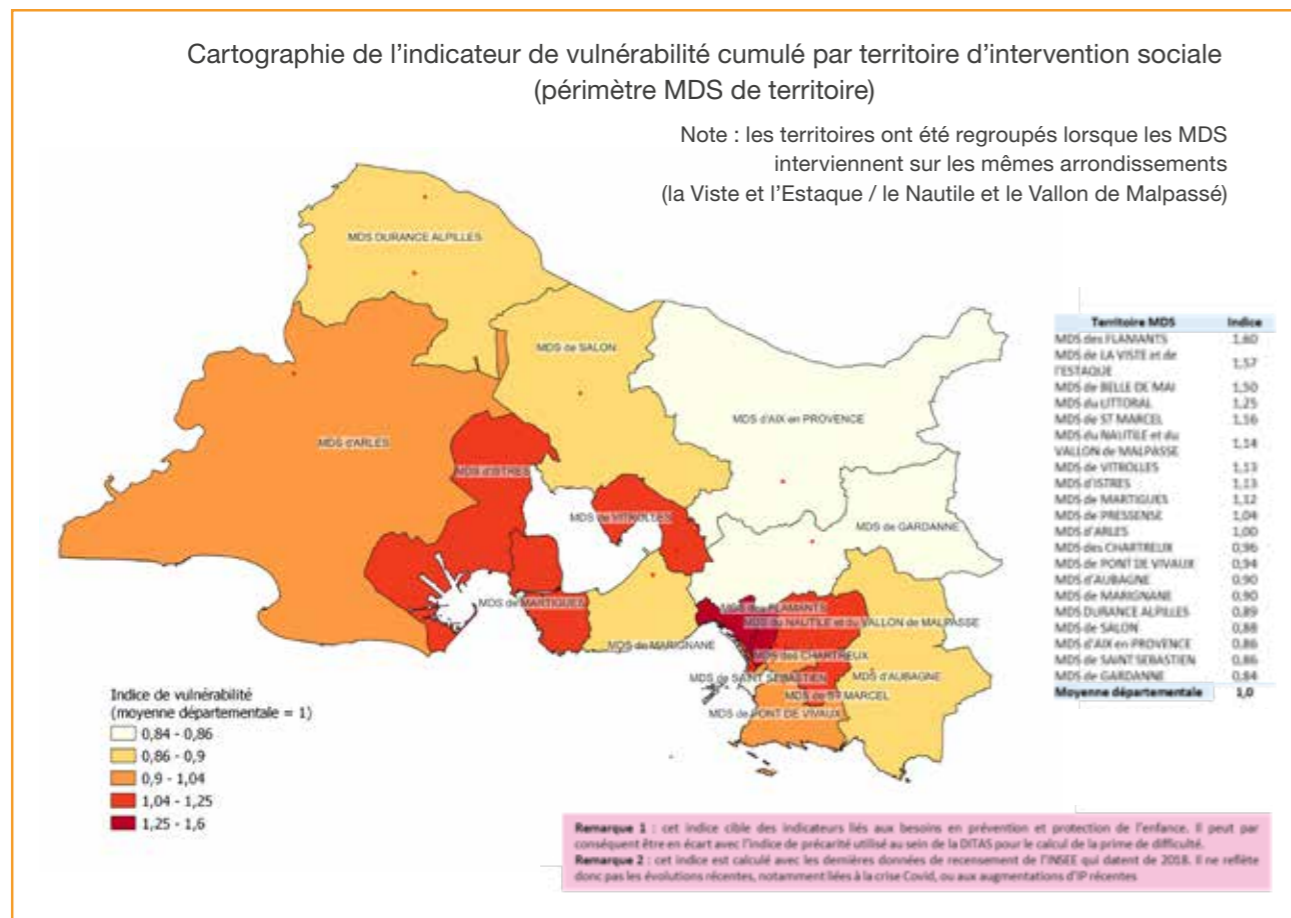
Afin d'appréhender la vulnérabilité et le niveau de besoin sur l'ensemble du département, nous avons construit **un indice infra-territorial de vulnérabilité en protection de l'enfance** à partir d'une série d'indicateurs qui traduisent des facteurs de risque pour l'enfance et la famille.

Cet indice agrège plusieurs indicateurs INSEE à l'échelle des territoires d'intervention des Maisons des Solidarités (MDS) : la part de la population mineure dans la population totale, la part de la population de 2 à 17 ans non scolarisée, la part de la population de 15 ans et plus non scolarisée et sans diplôme ou seulement titulaire du BEPC, la part des familles monoparentales, la part des familles de 3 enfants et plus, la part des logements HLM parmi les résidences principales, le revenu médian par Unité de Consommation (UC), et le taux d'activité chez les 15-64 ans.

L'indice compare les territoires à la moyenne départementale qui est fixée à 1.

Plus l'indice est élevé, plus le niveau de vulnérabilité est important.

UNE FORTE EXPOSITION AUX FACTEURS DE VULNÉRABILITÉ À MARSEILLE (3^e, 14^e ET 15^e ARRONDISSEMENTS EN PARTICULIER) ET LES COMMUNES DU POURTOUR DE L'ÉTANG DE BERRE



UNE AUGMENTATION CONSTANTE DES BESOINS DE LA POPULATION RESSENTIE PAR LES PROFESSIONNELS DE TERRAIN

Ils ont été interrogés lors des entretiens collectifs et des enquêtes menées dans le cadre du diagnostic, les professionnels du Département (dont assistants familiaux) et les partenaires associatifs font état de besoins sociaux en hausse :

Une augmentation constante des besoins de la population à mettre au regard de la stagnation des moyens d'intervention

- > Des situations de **grande précarité** dont les besoins relèvent parfois des logiques d'accompagnement connues dans le champ du travail humanitaire (sécurité alimentaire, santé, accompagnement psychologique...)
- > Des territoires au **fort taux d'absentéisme scolaire** (ex : 15^{ème} arrondissement de Marseille), qui posent des difficultés pour le repérage des situations de risque ou danger
- > Des difficultés éducatives qui n'épargnent pas les familles plus aisées, pour laquelle les modes d'intervention sont à réinventer (leviers d'action des familles, enjeux réputationnels...)

Une crise sanitaire qui a révélé ou accentué les difficultés rencontrées par les familles

- > Des familles sollicitant l'aide sociale, non connues des MDS préalablement (classes moyennes notamment)
- Une recrudescence des violences conjugales au cours des confinements successifs, renforcée par la précarité des logements
- > Des situations de décrochage scolaire liées à la crise et des enfants en difficulté pour se remettre au travail ; un lien distendu entre les familles et les établissements scolaires.

Le sentiment d'un désinvestissement des logiques de prévention (qui pourtant permettent d'éviter des accompagnements plus lourds)

- > Une augmentation du public en difficulté reçu au guichet en MDS (sans-papiers notamment), qui impacte la capacité à mettre en place un accompagnement pour chaque famille et à développer le réseau de partenaires locaux
- > Des situations de plus en plus dégradées qui conduisent les travailleurs sociaux et la PMI à prioriser l'approche curative au détriment de la prévention
- > Une perception de désengagement des partenaires ; la MDS devient le « guichet unique de l'urgence sociale »
- > Des lieux d'accueil des familles fermés pendant 2 ans à cause du Covid.

UN CONSTAT PARTAGÉ D'AUGMENTATION DES SITUATIONS D'ENFANTS NÉCESSITANT UNE PRISE EN CHARGE COMPLEXE

Le territoire fait face à une recrudescence des situations d'enfants à troubles psychiques ou comportementaux qui met en tension les dispositifs d'accueil et pour lesquels les solutions de prise en charge adaptées sont insuffisantes.

Comme souligné dans le Projet de santé régional de l'ARS : « la région PACA est confrontée à une forte demande pour la prise en charge des troubles psychiques de l'enfant [...] 1 enfant sur 150 concerné par les troubles du spectre autistique ». « La pédopsychiatrie fait face à des difficultés structurelles majeures soulignées par différents rapports ».

Les professionnels témoignent d'un phénomène de « précarisation psychique » des parents et enfants du fait des difficultés d'accès aux solutions de droit commun.

De même, on observe une augmentation des situations de souffrance mentale qui se heurte à un manque de définition commune et de repérage par les acteurs au contact des familles et des enfants : polytraumatismes, handicap, troubles psychiques et psychiatriques, troubles dys- et troubles du spectre de l'autisme, etc.



UNE HAUSSE PRÉOCCUPANTE DU PHÉNOMÈNE DE PROSTITUTION DE MINEURS SUR LE TERRITOIRE

Le département des Bouches-du-Rhône, en particulier la ville de Marseille, est un territoire sur lequel la problématique de la prostitution des mineurs est en hausse : ce qui s'explique par la conjonction de plusieurs phénomènes :

- > Une banalisation de la sexualité des mineurs, liée notamment à l'accès facilité à la pornographie et les réseaux sociaux à connotation sexuelle
- > Une utilisation des réseaux sociaux dans laquelle l'image de soi compte beaucoup
- > Une utilisation dévoyée des réseaux sociaux, des limites difficiles à appréhender chez certaines jeunes filles qui les conduisent à envoyer des "nudes" (photos intimes)
- > Un manque d'information et de connaissance en termes d'éducation sexuelle et affective conduisant les jeunes à adopter les codes de la pornographie
- > Un rapport particulier à l'argent et une recherche de solutions rapides

Face à ce phénomène, le Département et ses partenaires se retrouvent à devoir développer en urgence des actions de prévention dans le cadre desquelles sont portés des discours éducatifs notamment. Ces actions nécessitent toutefois un appui indispensable des parents, via la mobilisation des acteurs du soutien à la parentalité.

De plus, les acteurs du domaine se retrouvent confrontés à la difficulté d'estimer le nombre exact de jeunes concernés à tous les niveaux (national et local).

Il s'agit d'un élément pointé notamment par le groupe de travail sur la prostitution des mineurs qui a remis son rapport le 28 juin 2021 à Adrien Taquet :

- > Une estimation par les associations spécialisées de 7 000 à 10 000 situations en France
- > Un enjeu à disposer de données fiables au niveau départemental en mobilisant les services de Police et de Justice, et en inscrivant dans les motifs d'IP l'item "Prostitution de mineurs".

Enfin, des facteurs de vulnérabilité existent et sont relevés, tels que le placement à l'ASE ou l'accompagnement PJJ.

Cela renforce l'idée selon laquelle il convient de renforcer la capacité de repérage précoce au sein des établissements concernés

L'APPARITION DE NOUVEAUX POINTS DE VIGILANCE SUR LE PLAN DE LA CONSOMMATION DE STUPÉFIANTS, CONFIRMÉE PAR DES ÉTUDES RÉCENTES SUR LE TERRITOIRE RÉGIONAL

L'Observatoire français des drogues et des tendances addictives (OFDT) a réalisé, en 2019, un portrait de territoire sur les "Addictions en région Provence-Alpes Côte-d'Azur ; consommations de substances psychoactives et offre médico-sociale".

Ce travail met notamment en avant une consommation plus importante de cannabis chez les jeunes de 17 ans de la région PACA comparativement à la moyenne des jeunes de France métropolitaine.

Tableau 3a. Consommations de cannabis en région PACA et France métropolitaine à 17 ans en 2017 (%)

	Région PACA			France métropolitaine		
	Hommes (n=1598)	Femmes (n=1485)	Ensemble (n=3083)	Hommes (n=19611)	Femmes (n=19504)	Ensemble (n=39115)
Expérimentation	43,9	38,5	41,2*	41,8	36,3	39,1
Usage dans l'année	35,9	29,8	32,9	34,4	28,1	31,3
Usage dans le mois	25	19,7*	22,4	24,2	17,5	21
Usage régulier (≥ 10 usages dans le mois)	11	4,8	7,9	9,7	4,5	7,2
Usage quotidien (≥ 30 usages dans le mois)	5,4	2,5	3,9	4,6	2,1	3,4

Source : Enquête ESCAPAD 2017 (OFDT)

De plus, les travaux font le constat d'une banalisation de la consommation de cannabis à Marseille. Cela se vérifie au regard des données comparatives des CSAPA : le taux de consultations en CSAPA pour des problèmes de cannabis était de 18,5 en PACA contre 12,9 pour l'ensemble de la France (cf. Base ODICER-OFDT 2016).

De même, le DICA (Dispositif d'Information et de Coordination en Addictologie des Bouches-du-Rhône) a mené une étude, en 2019, sur les "Phénomènes émergents liés aux drogues - Tendances récentes sur les usages de drogues à Marseille".

Ce travail a permis de mettre en avant certains phénomènes, rattachés à des lieux spécifiques de la ville de Marseille :

■ Dans les quartiers Nord :

- > Une problématique de consommation quotidienne importante de résine de cannabis chez une part importante de vendeurs (des hommes âgés de 17 à 25 ans, guetteurs ou « charbonneurs ») ;
- > Une interpénétration des territoires avec l'implantation de nouveaux vendeurs issus du centre-ville dans les quartiers Nord. L'étude met en lumière des situations de jeunes qui voient cette activité illicite comme un moyen de gagner un peu d'argent sur leur temps libre tout en continuant à être scolarisé ;

- > Une réorganisation du réseau local qui a contribué à la déconstruction des relations de proximité et à la cohabitation entre le réseau et les habitants du quartier.

■ Et au niveau du centre-ville :

- > Un développement de la population toxicomane jeune (moins de 25 ans) en situation de grande précarité notamment sur le plan du logement et inscrits dans des consommations d'alcool, de cocaïne fumée, voire en injection ;
- > Un développement de la consommation de protoxyde d'azote par les jeunes.

D'après les acteurs interrogés dans le cadre du Schéma, l'exposition forte des jeunes au trafic et à la consommation à Marseille tend à se déplacer vers d'autres zones urbaines du territoire (Arles par exemple), et impacte l'action départementale tant sur les besoins de prise en charge (enfants de parents toxicomanes, jeunes en conduite à risque) que sur les conditions d'exercice des travailleurs sociaux (repérage et prévention des addictions chez les jeunes accompagnés, sécurité dans les quartiers...).

DES PROBLÉMATIQUES LOCALISÉES D'INDIGNITÉ ET D'INSALUBRITÉ DES LOGEMENTS, PRONONCÉES À MARSEILLE MAIS ÉGALEMENT MESURABLES DANS D'AUTRES COMMUNES

Face à ces problématiques identifiées et documentées, les réponses apportées demeurent manifestement insuffisantes au regard des données d'activité de la DDTM (Direction départementale des Territoires et de la Mer des Bouches-du-Rhône) qui reçoit les fiches de signalement en matière de LHI (Lutte contre l'Habitat Indigne) :

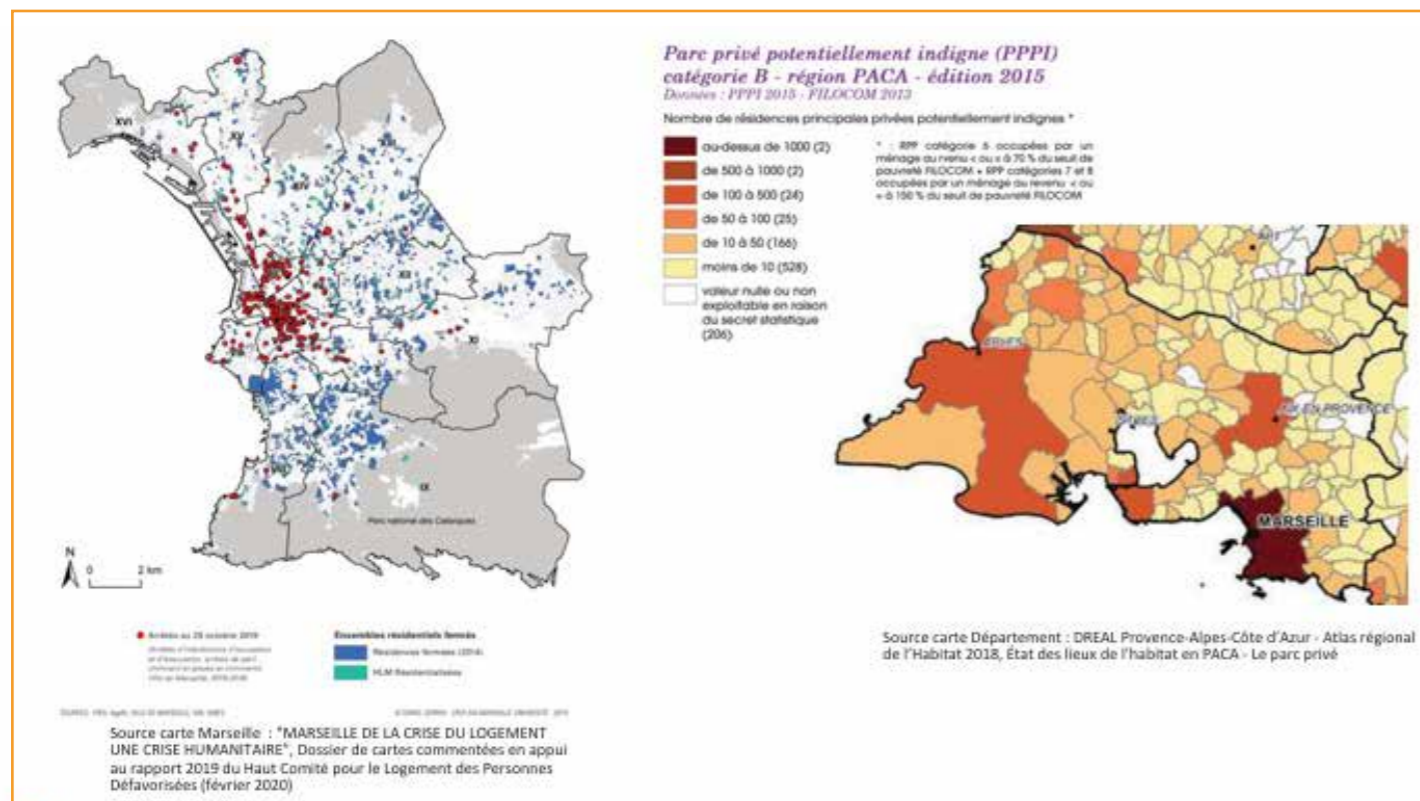
En 2017, la DDTM 13 a reçu 835 fiches de signalement (433 en 2016) :

- > 85 % transmises par des locataires du parc privé ;
- > 67 % concernent la ville de Marseille ;
- > 49 % concernent les logements situés en QPV.

En 2017 toujours, se sont tenues 7 commissions d'élaboration de plan de sauvegarde de copropriétés dégradées. Parmi ces commissions, 5 ont donné lieu à l'élaboration de plans de sauvegarde du Département :

- > 3 sur Marseille (Bellevue, Corot, Kallisté) ;
- > 1 à Berre l'Étang (La Marielie) ;
- > 1 à Aix (Les facultés).

Un plan de renouvellement urbain massif a été signé à Marseille, ciblé en particulier sur les copropriétés dégradées au sein de 14 Quartiers Politique de la Ville (QPV), pour un coût total visé de 2,7 milliards d'euros ; et un protocole a été signé avec l'État en mars 2022 pour la première tranche (650 M€) dans le cadre du plan « Marseille en Grand ».



MARSEILLE, UN TERRITOIRE HORS NORME AU CŒUR DU DÉPARTEMENT

Il n'est pas envisageable de travailler un schéma d'action sociale sans prendre en compte la situation unique du territoire marseillais sur le plan national.

La ville de Marseille compte **plus de 200 000 personnes vivant sous le taux de pauvreté** ; c'est la deuxième ville où le nombre de personnes pauvres est le plus élevé après Paris. Dans certains quartiers de l'hypercentre marseillais, le taux de pauvreté dépasse 65 %. Cinq arrondissements marseillais affichent **un taux de pauvreté supérieur à 40 %**. Ces quartiers cumulent des situations de grande précarité dont les besoins relèvent parfois de l'humanitaire (sécurité, alimentaire, santé, situation administrative...) ; un taux de décrochage scolaire particulièrement important ; une part élevée de logements et équipements insalubres (100 000 personnes concernées selon le rapport Nicol de 2015), et un climat de violence extrême lié au trafic de drogue, qui limite fortement la capacité d'agir des acteurs du social, mais également des habitants eux-mêmes contraints par les réseaux de trafic qui imposent largement leurs règles dans les territoires qu'ils contrôlent (recrutement de jeunes ; régulation des flux ; marché souterrain ; utilisation /appropriation du parc de logements...).

La fragilité des structures familiales, caractérisée par le deuxième taux le plus élevé en France de familles monoparentales, est renforcée par de vives tensions sur le logement. Les familles qui occupent ces quartiers sont souvent dans des situations de grande vulnérabilité sociale (précarité du logement, précarité financière, précarité économique, précarité alimentaire...) et y emménagent souvent comme solution d'ultime recours. Beaucoup d'entre elles craignent l'intervention des travailleurs sociaux, par crainte d'une information préoccupante conduisant au placement des enfants ; et de ce fait, se tiennent à distance des interventions sociales portées par la CAF par exemple.

De plus, à Marseille, de multiples formes de violence et d'insécurité viennent aggraver la situation, notamment en matière de délinquance des mineurs. Dans certains quartiers, la participation des jeunes aux réseaux de narcotrafic, ou de prostitution juvénile, est banalisée. Ces situations sont particulièrement complexes à identifier, car elles s'organisent désormais par le biais des réseaux sociaux et de plateformes numériques.

Les équipes de police peinent à lutter et la plupart des acteurs institutionnels ont déserté ces quartiers ou n'y interviennent plus pour des raisons de sécurité. Les travailleurs sociaux du Département et les acteurs associatifs ne peuvent souvent plus intervenir à domicile, ou alors en s'exposant au risque de violences.

Ce contexte extrêmement difficile oblige à penser différemment les pratiques, les modalités de travail et les besoins mêmes des publics accompagnés.

1- Source : Observatoire des Inégalités

2- Rapport à l'attention de madame la ministre du logement, de l'égalité des territoires et de la ruralité, établi par Christian Nicol, 2015

1-LES CONSTATS

■ **Un territoire dynamique qui cumule les difficultés sociales**

- > Population en croissance et taux de natalité élevé
- > Part importante de familles monoparentales
- > Forts taux de pauvreté et de chômage
- > Indignité et insalubrité des logements en particulier à Marseille

■ **Des besoins de prise en charge sociale en hausse**

- > Nouvelles précarités, impacts de la crise sanitaire
- > Augmentation des situations d'enfants dans des situations nécessitant une prise en charge complexe
- > Une hausse des conduites à risque (prostitution, addictions) face à des réponses institutionnelles encore inadaptées

■ **Marseille, un territoire hors norme au cœur du département**

2- LES ENJEUX POUR LES POLITIQUES EN FAVEUR DE L'ENFANCE ET DE LA FAMILLE

- > Une lecture fine de l'évolution des besoins infra-territoriaux pour adapter en permanence l'offre
- > Un repérage affuté des difficultés sociales et familiales et la capacité d'intervenir en amont des situations de danger
- > Une diversité de solutions de prise en charge répondant aux besoins d'étayage éducatif et médico-social propres à chaque profil
- > Le maillage fin et l'animation du réseau de partenaires pour construire et piloter des parcours cohérents et coordonnés pour tous les jeunes
- > Dessiner une politique susceptible de répondre à des défis sociaux fondamentaux se surajoutant aux enjeux liés à la parentalité (grande précarité, exposition à l'économie parallèle, logements insalubres...)

4 | ÉTAT DES LIEUX DES ACTIONS DE PRÉVENTION ET PROTECTION DE L'ENFANCE

MESSAGES CLÉS

Une Prévention : une politique riche qui souffre d'un manque de vue d'ensemble et de coordination

Repérage : un circuit de l'IP clarifié et fluidifié au niveau départemental, avec un travail partenarial de qualité ; un cadre d'évaluation commun qui reste toutefois à mettre en œuvre

Milieu ouvert : une capacité en AED à développer pour éviter le recours systématique à l'AEMO et des mesures à diversifier et mieux articuler entre elles

Accueil : un effort important de développement quantitatif (MNA) et qualitatif (PAD, dispositifs spécifiques) au cours du précédent Schéma, qui ne permet pas, néanmoins, de combler le fort niveau de besoins recensés sur le territoire : fratries, tout-petits, jeunes nécessitant une prise en charge complexe. Un dispositif qui reste peu fluide/réactif en raison de la saturation de l'accueil d'urgence et d'un processus de recherche de places peu structuré

MNA : une politique volontariste en faveur des MNA mais une pression qui persiste sur le dispositif d'accueil et de mise à l'abri

Situations complexes : un constat partagé d'insuffisance des solutions dédiées à la prise en charge d'enfants cumulant les difficultés familiales et troubles psychiques / handicaps

Accompagnement à l'autonomie : une politique volontariste qui permet d'éviter les sorties sèches à 18 ans, qui nécessite toutefois une harmonisation et une meilleure connaissance des dispositifs ainsi qu'un travail spécifique sur l'accès au logement.

Adoption : un travail à mener sur les parcours pour faciliter le recours à l'adoption simple pour les enfants de l'ASE

Pilotage des parcours : un changement de pratiques à opérer pour répondre aux exigences de la loi de 2022 (recherche de solution au sein de l'entourage, parrainage) ; et un pilotage à renforcer pour assurer la continuité et la fluidité des parcours (appropriation et généralisation du PPE, régulation des admissions et des attributions de places pérennes, meilleure visibilité sur les flux, exercice de la référence éducative à harmoniser)

Maîtrise des risques : un dispositif de suivi et contrôle des établissements à renforcer dans le cadre de la stratégie de prévention de la maltraitance (loi 2022)

Pilotage stratégique : un pilotage partenarial bien incarné au niveau de l'ODPE, qui gagnerait à être renforcé et décliné en instances opérationnelles

Nouveaux enjeux : des travaux à poursuivre pour développer les solutions de prise en charge et assurer la montée en compétence des professionnels sur les situations de prostitution des mineurs et d'exposition au trafic de drogue en particulier

1- LA PRÉVENTION EN FAVEUR DES ENFANTS ET DE LEURS PARENTS

Messages clés

- > Une action de prévention généraliste en faveur des enfants et des familles mise en œuvre de manière hétérogène par les MDS du territoire
- > Une évolution de la PMI depuis le précédent Schéma en accord avec les orientations du rapport des 1000 jours
- > Une palette d'actions de prévention, de ressources et de compétences qui pâtit d'un manque de vue d'ensemble
- > Une stratégie commune de prévention à construire autour d'un travail partenarial et d'une coordination renforcée
- > TISF : un dispositif qui permet d'éviter la dégradation de situations familiales et gagnerait à être étendu et équilibré sur les territoires
- > Prévention spécialisée : une présence étendue, mais un département qui ne fait plus partie des mieux dotés

LIEN AVEC LE PLAN D'ACTION DU SCHÉMA 2023-2027

Orientation 1 : Développer une approche coordonnée de la prévention auprès des enfants et des familles

Fiches-actions correspondantes :

- > **1.1.** Renforcer le travail partenarial pour mieux coordonner les actions de prévention
- > **1.2.** Renforcer l'articulation entre la prévention sociale développée par les MDS et l'accompagnement en protection de l'enfance
- > **1.3.** Renforcer la visibilité de l'offre de soutien à la parentalité sur le territoire
- > **1.4.** Renforcer le rôle de la PMI et élargir la couverture de ses actions
- > **1.5.** Renforcer la place des TISF dans les accompagnements en prévention
- > **1.6.** Renforcer le rôle de la prévention spécialisée et l'articulation des acteurs sur le terrain

UNE ACTION DE PRÉVENTION GÉNÉRALISTE EN FAVEUR DES ENFANTS ET DES FAMILLES MISE EN ŒUVRE DE MANIÈRE HÉTÉROGÈNE PAR LES MDS DU TERRITOIRE

Le Département assure un accueil généraliste et met en œuvre une action transverse qui concourt à la prévention des difficultés sociales et familiales. Cela se matérialise notamment par :

- > Un diagnostic social et financier et un soutien aux ménages en difficulté : mise en œuvre d'**aides financières, aide à l'accès aux droits, aux soins, à l'accès et au maintien dans le logement, aide à l'insertion** ;
- > Une orientation des futurs parents et familles vers les **accueils spécialisés** (CPEF, EAJE, centres sociaux, ...), les dispositifs de **soutien à la parentalité** (LAEP, REAAP, Espaces rencontre, Médiation familiale...) ;
- > Une participation aux programmes de soutien à la scolarité et de lutte contre le décrochage scolaire (PRE, cellules de veille éducative, ...) ;
- > La mise en œuvre d'actions de **prévention en périnatalité** organisées par la PMI (visites à domicile, consultations infantiles, Bilans de Santé en Ecole Maternelle (BSEM)...)
- > La mise en œuvre d'actions **de soutien de la vie à domicile** (AMASE, TISF, etc.) ;
- > Une orientation vers l'**offre spécialisée à destination des jeunes** (prévention de rue, santé, culture, sport, etc.) ;
- > La mise en œuvre d'**actions de lutte contre les violences faites aux femmes** ;
- > Une participation aux projets et aux actions collectives liés à la promotion de la santé, au lien social, l'insertion, le soutien à la parentalité et l'accès à la culture ;
- > Un **soutien aux populations dans le cadre de la crise Covid** (soutien financier direct, soutien aux associations œuvrant dans le domaine de l'aide alimentaire et de l'hébergement d'urgence, aide aux entrepreneurs...).

Toutefois, s'observe un **manque de vue d'ensemble des actions portées par chaque MDS** : l'analyse des besoins infra-départementaux et l'organisation des équipes est propre à chaque MDS. Par ailleurs, les professionnels font part d'une **augmentation des sollicitations à l'accueil**, notamment liées aux situations de forte précarité, et qui impacte la capacité à intervenir au domicile des bénéficiaires.

De plus, **l'articulation entre le suivi social et la mise en œuvre des mesures ASE n'est pas fluide sur tous les territoires**. À titre d'exemple, sont relevés les deux phénomènes suivants :

- > Un recours trop systématique à l'IP pour « garantir » l'exécution d'une mesure judiciaire plutôt que d'aller vers une contractualisation (le manque de ressource en AED est également pointé par les équipes)
- > Des pratiques et une approche professionnelle différentes entre MDS (par exemple : sur les critères d'orientation vers les actions de prévention, l'étude d'opportunité d'une mesure administrative, le recours à l'IP, l'articulation avec la prévention sociale...)

Enfin, de manière générale, il convient de noter qu'une **part relativement faible d'actions collectives a été mise en œuvre sur le terrain**.

UNE ÉVOLUTION DE LA PMI DEPUIS LE PRÉCÉDENT SCHÉMA EN ACCORD AVEC LES ORIENTATIONS DU RAPPORT DES 1000 JOURS

La PMI a renforcé son positionnement sur les actions en pré et périnatal à destination des femmes et des enfants.

À ce titre, la PMI assure notamment le suivi de grossesse renforcé par des équipes pluridisciplinaires : un nombre de consultations pré natale qui a doublé depuis 2014 (10 600 consultations en 2020), trois fois plus de visites à domicile de sages femmes (3 600 visites en 2020). De même, elle assure le suivi de 15 000 enfants dans le cadre de consultations (34 600) et de visites à domicile (7 800) en 2020 soit + 70 % par rapport à 2011. En 2021, près de 19 902 enfants ont bénéficié d'un bilan de santé (x2 depuis 2011).

De plus, **une refonte totale des processus de bilans de santé en école maternelle (BSEM)** a été engagée, ce qui a permis d'automatiser et de sécuriser le repérage de situations de fragilité auprès des jeunes enfants. **23 191 enfants ont ainsi été vus dans le cadre des BSEM en 2021 soit + 4,5 %** par rapport à 2014 (malgré un contexte sanitaire compliqué ayant impacté la réalisation de ces bilans).

Toutefois, il convient de noter une **dégradation des situations observées dans le cadre de ces bilans** : de plus en plus d'enfants en difficulté ou avec des problématiques de santé ce qui interroge sur le dépistage plus précoce des troubles (aujourd'hui des dispositifs sont mis en place : le dépistage du surpoids et des troubles du spectre autistique).

La PMI a vu son positionnement évoluer depuis le précédent Schéma en accord avec les orientations du rapport des 1000 jours. Cela s'observe sur deux points principaux :

- > Une dynamique de coopération et de réparation impulsée au sein des maternités avec le déploiement des **staffs médico-sociaux, qui à ce jour ont permis** de favoriser l'interconnaissance et échanges entre professionnels et d'apporter des réponses sur des situations concrètes de précarité
- > Un **développement de solutions novatrices pour prévenir l'enfance en danger** (structure La Chaumière par exemple).

La PMI jouit d'une bonne visibilité auprès du grand public sur les actions de prévention en périnatalité et auprès de la petite enfance. En effet, les professionnels de la PMI sont aujourd'hui bien identifiés dans les quartiers dits difficiles (la PMI bénéficie de l'image de gratuité des soins).

Le volet planification de ses missions a par ailleurs été réaffirmé :

- > Un nombre de sessions collectives stable depuis 2016 (entre 465 et 484 par an) ;
- > Un maintien du nombre de personnes rencontrées par les centres de planification (16 600 en 2013 puis 17 000 en 2021) ;
- > Un aspect valorisé, notamment depuis la nouvelle organisation mise en place depuis novembre 2021 avec un chef de service dédié à la protection maternelle.

Une palette d'actions de prévention, de ressources et de compétences qui pâtit d'un manque d'information et de coordination

Actions de prévention en faveur des jeunes et des familles (Hors mesure ASE)	
Actions de prévention en périnatalité et auprès de la petite enfance organisées par la PMI	<ul style="list-style-type: none"> • Consultations et actions collectives menées auprès des jeunes et futurs parents en CPEF • Entretiens prénataux, VAD pré et post-natales; consultations et VAD infantiles • Actions menées en partenariat avec l'ARS dans le cadre de la Stratégie Pauvreté • Bilans de santé en école maternelles • Accueil au sein des EAJE, en lien avec le SDSF
Actions de soutien à la parentalité et de lutte contre le décrochage scolaire co-financées par la CAF et le CD13	<ul style="list-style-type: none"> • Co-financement d'actions de soutien à la parentalité portées par la CAF dans le cadre du SDSF : Réseaux d'écoute et d'appui aux parents (REAAP), Lieux d'accueil enfants parents (LAEP), contrats locaux d'accompagnement à la scolarité (CLAS), programmes Lire Ecrire Grandir (LEG) <ul style="list-style-type: none"> • Ex: Maison des familles, la Halte des Parents, Relais Enfants Parents • 93 centres sociaux et 10 espaces de vie sociale, co-financés dans le cadre du SAVS (CAF) • Repérage des difficultés scolaires et orientation vers les PRE • Médiation familiale • Parrainage de proximité • 5 Espaces de rencontre (Marseille, Aix, Arles, Martigues, Trets)
Actions de prévention auprès des jeunes	<ul style="list-style-type: none"> • Deux associations de prévention spécialisées sur le territoire • Actions d'animation culturelle, de pratiques artistique ou sportive, d'insertion pré-professionnelle (Ex « Arts et Développement ») • Accueil et actions de prévention pour les jeunes de 11 à 18 ans portées par la Maison des Adolescents (ateliers thématiques, espaces de parole parents ou jeunes...) • Financement d'actions de prévention en santé : MDA Nord, PAEJ, Espaces santé jeunes... • Lutte contre la prostitution (Amicale du Nid) • Insertion, accès aux droits, emploi (ex : ADEJ)
Actions de soutien de la vie à domicile	<ul style="list-style-type: none"> • Services d'aides ménagères et de TISF financés en partenariat avec la CAF et le CD

Source : entretiens de diagnostic et analyse documentaire – traitement Néorizons

UNE STRATÉGIE COMMUNE À CONSTRUIRE AUTOUR D'UN TRAVAIL PARTENARIAL RENFORCÉ

Une stratégie commune de prévention reste aujourd'hui encore à concevoir et à partager. Cela est notamment motivé par 3 constats :

- > L'absence de protocole partenarial de mise en œuvre et de coordination des actions de prévention, prévu par la loi de 2016 ;
- > Une définition de la prévention encore restreinte aux actions qui permettent d'éviter un placement (ex : AED) ;
- > Une multitude de dispositifs portés ou financés par plusieurs directions du Département et les partenaires, qui ne permettent pas d'évaluer le maillage et la couverture territoriale.

Aussi, la coordination serait à renforcer en interne et avec les partenaires (CAF, Éducation nationale) afin de disposer d'une meilleure cohérence des actions et de répondre au manque de vue d'ensemble des actions financées et mises en œuvre par les directions impliquées dans la prévention.

Il s'agit d'un enjeu déjà identifié dans le Schéma précédent : renforcer le travail en réseau sur les actions de prévention, et mieux sensibiliser les professionnels des MDS sur les solutions existantes.

Les professionnels de la collectivité font preuve d'un fort volontarisme mais manquent parfois de référents identifiés au sein des institutions partenaires pour mener ce travail partenarial. Une approche commune est à travailler au niveau institutionnel, en particulier avec la CAF, pour permettre un travail plus coordonné sur le soutien aux espaces rencontre et à la médiation familiale ; la démarche en cours de rapprochement des dispositifs LAEP ; et l'interconnaissance à développer entre travailleurs sociaux des deux institutions.

Un travail coordonné est à mener avec les partenaires internes sur les actions qui pourraient bénéficier à d'autres publics (ex : JACADI journée d'accueil court développée par la direction de l'insertion).

De manière générale, il conviendrait d'approfondir l'analyse des besoins par territoire en raison d'actions collectives qui ne trouvent pas leur public (faible recours par les usagers aux ateliers lecture, musique, portage, LAEP, dans certains quartiers de Marseille).

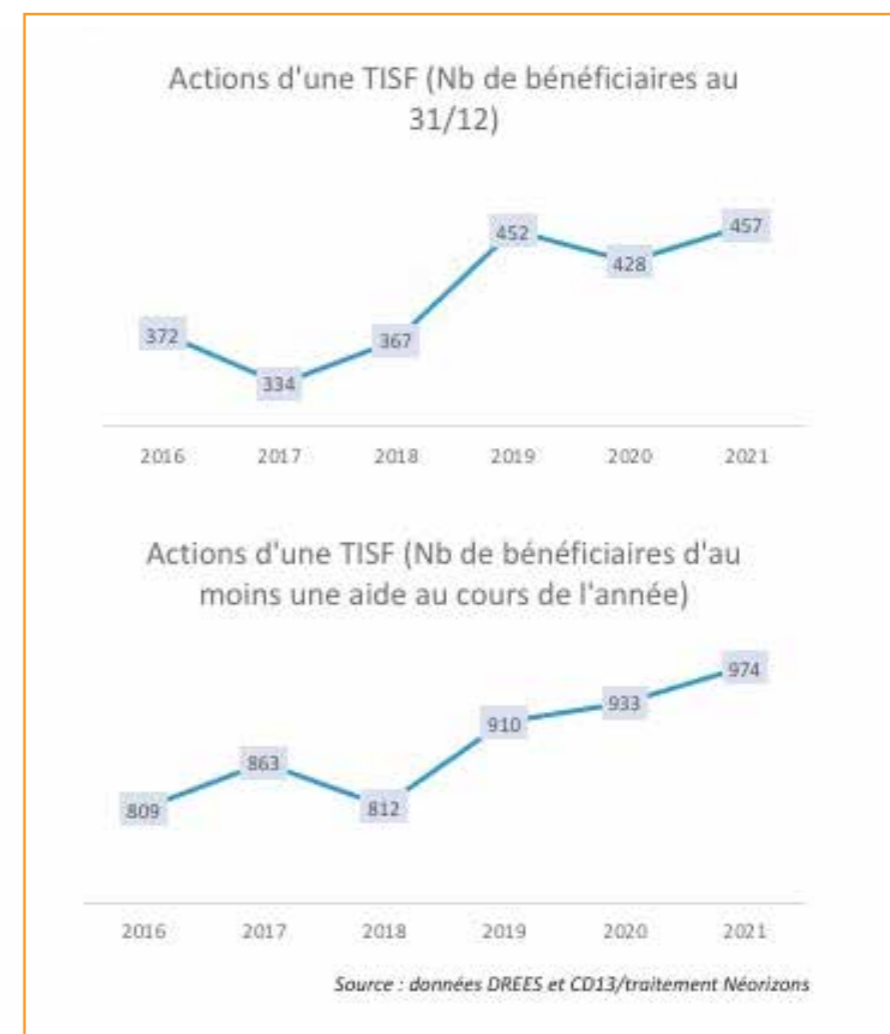
TISF : UN DISPOSITIF QUI PERMET D'ÉVITER LA DÉGRADATION DE SITUATIONS FAMILIALES ET GAGNERAIT À ÊTRE ÉTENDU ET ÉQUILIBRÉ SUR LES TERRITOIRES

Sur la période du précédent Schéma, le recours aux TISF du secteur associatif a connu une hausse (3,5 M€ en 2021).

Il s'agit d'interventions de TISF en périnatalité en coordination PMI-CAF, ou d'interventions en complément d'une mesure éducative sur validation de l'inspecteur enfance-famille. À ce titre, 4 associations interviennent particulièrement : l'AMFD, l'ADMR, la Sauvegarde 13, l'AAFP. Leur rôle important est souligné par les équipes : sur le terrain au contact des familles, l'intervention de TISF a permis d'éviter la dégradation de situations et le recours à une mesure de protection.

Il convient aussi de souligner l'existence du dispositif « d'alternative à domicile », porté par le service « Sac A Dom' » de l'AAFP13 à Marseille et l'ADMR hors Marseille. Ce dispositif permet de maintenir les enfants dans leur environnement pendant une indisponibilité ou difficulté ponctuelle des parents. Toutefois, ce dispositif est aujourd'hui trop peu sollicité en raison d'une couverture territoriale insuffisante.

Malgré leurs actions essentielles, on observe une capacité d'intervention trop réduite (dispositif saturé, faible nombre de TISF hors Marseille) et un maillage à renforcer avec les équipes éducatives : remontée d'écrits sur l'intervention de TISF, sensibilisation au repérage des difficultés éducatives et de la dégradation des situations.



On observe un taux plus élevé de mesures TISF sur les territoires MDS de Marseille, là où se concentrent les besoins (indices de vulnérabilité élevés) et l'offre.

Toutefois, des écarts importants de taux d'intervention sont constatés sur les territoires vulnérables (ex : entre la MDS du Littoral avec 7,3 mesures pour 1000 mineurs et la MDS St Marcel avec 1,8 mesure pour 1000 mineurs).

Dans les faits, s'observe une intervention inégale sur les communes hors Marseille (ex : Martigues, Arles).

Territoires d'intervention des MDS	Nombre d'enfants bénéficiaires d'au moins une mesure TISF au cours de l'année 2021	Nombre d'enfants bénéficiaires d'au moins une mesure d'alternative à domicile au cours de l'année 2021	Indice de vulnérabilité en protection de l'enfance	Population mineure en 2018	Taux approximatif de mesures TISF et alternative à dom pour 1000 enfants
MDS des FLAMANTS	65		1,60	17855	3,6
MDS de LA VISTE et de l'ESTAQUE	115	1	1,57	26757	4,3
MDS de BELLE DE MAI	121		1,50	13050	9,3
MDS du LITTORAL	36		1,25	4938	7,3
MDS de ST MARCEL	21	3	1,16	13065	1,8
MDS du NAUTILE et du VALLON de MALPASSE	48		1,14	28616	1,7
MDS de VITROLLES	56	4	1,13	13913	4,3
MDS d'ISTRES	47	5	1,13	21694	2,4
MDS de MARTIGUES	25		1,12	14714	1,7
MDS de PRESSEUSE	25		1,04	7560	3,3
MDS d'ARLES	18		1,00	14750	1,2
MDS des CHARTREUX	67		0,96	21676	3,1
MDS de PONT DE VIVALUX	72		0,94	42000	1,7
MDS d'AUBAGNE	59		0,90	34696	1,7
MDS de MARGNANE	18		0,90	19751	0,9
MDS DURANCE ALPILLES	12		0,89	20224	0,6
MDS de SALON	74	2	0,88	29779	2,6
MDS d'AIX en PROVENCE	69	2	0,86	40024	2,5
MDS de SAINT SEBASTIEN	51		0,86	20463	2,5
MDS de GARDANNE	35		0,84	26293	1,3
Total département	1064	17	1,00	431816	2,4

Source : données DREES, CD13, INSEE/traitement Néorizons

Note : les territoires MDS ont été regroupés lorsque les MDS interviennent sur les mêmes arrondissements (la Viste et l'Estaque / le Nautile et le Vallon de Malpassé)

PRÉVENTION SPÉCIALISÉE : UNE AUGMENTATION DES BESOINS ET DE NOUVEAUX DÉFIS

L'augmentation des besoins spécifiques en prévention spécialisée se matérialise par deux éléments principaux :

- > Une diversification des formes de précarité avec une accentuation de la pauvreté extrême se traduisant par le développement des bidonvilles (33 comptabilisés par l'ADDAP dans le Département) et des squats ;
- > Des problématiques différentes de celles rencontrées dans les autres territoires d'intervention de la prévention spécialisée : accès à l'eau, à la nourriture et aux biens de première nécessité, vente d'enfants après gestation pour autrui.

Il s'agit d'une situation particulièrement complexe à laquelle l'État a cherché à répondre au travers de sa stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté, grâce à la mobilisation de moyens supplémentaires (15 éducateurs dans les quartiers Nord) permettant de réaliser des maraudes dans les bidonvilles et à Saint-Charles.

De plus, les professionnels de prévention spécialisée mettent en avant le besoin de développer la coopération entre acteurs pour assurer des prises en charge multiples et coordonnées. Cette capacité de coopération est aujourd'hui impactée par l'urgence des situations auxquelles les professionnels sont confrontés.

De manière générale, d'autres tendances et phénomènes repérés, tels que la montée du fait religieux et le développement de la radicalisation ou encore le développement de la très grande précarité (cf. supra), constituent autant de défis pour la prévention spécialisée et ses partenaires.

UNE PRÉSENCE ÉTENDUE SUR LE TERRITOIRE MAIS UN DÉPARTEMENT QUI N'EST PLUS PARI MI LES MIEUX DOTÉS

Le Département finance aujourd'hui des actions de prévention spécialisée, exercées sur le territoire par deux associations principales :

> **L'ADDAP 13**, qui intervient sur 19 communes et 130 quartiers du département, et a accompagné en 2020 environ 11 300 jeunes en accompagnement éducatif (ainsi que des actions de soutien scolaire, d'insertion professionnelle, et collectives) ;

> **La Maison de l'Apprenti**, qui intervient à Marseille principalement et vise l'insertion sociale des jeunes notamment grâce à la mise en œuvre d'ateliers-chantiers, d'actions de formation et d'accompagnement (environ 240 jeunes de 13 à 21 ans concernés par les actions en 2020).

Il s'agit d'un travail de qualité, reconnu par les acteurs, malgré un département plus faiblement doté au regard de territoires d'envergure similaire.

2- LE DISPOSITIF DE REPÉRAGE, DE TRAITEMENT ET D'ÉVALUATION DES SITUATIONS DE DANGER

Département	Nombre d'ETP de prévention spécialisée*	Population de moins de 18 ans en 2018	Ratio nombre d'ETP / 1000 mineurs
Bouches-du-Rhône	137 (ADDAP13) <small>(données 2022 – source RA ADDAP)</small>	431 163	0,32
Gironde	106 (données 2022)	330 436	0,32
Seine-Saint-Denis	267 (données 2016)	432 517	0,62
Nord	340 (données 2017)	613 384	0,55
Paris	248 (données 2020)	357 130	0,69

*Les ETP comptabilisés incluent le personnel administratif et encadrant

Source : Néorizons

Sources : CD13 : ADDAP13 / autres départements : benchmark Néorizons

UNE OPPORTUNITÉ DE RENFORCER LA PRÉSENCE SUR LES TERRITOIRES MOINS DOTÉS

La prévention spécialisée assure aujourd'hui une présence forte à Marseille, notamment dans les quartiers « sensibles » grâce à 15 postes financés dans le cadre du Plan pauvreté et des bataillons de la prévention, ainsi que dans les principales zones urbaines du territoire. Toutefois, il convient de noter que des opportunités de renforcement ou de redéploiement sont à étudier sur les plus petites villes.

Territoire d'intervention de l'ADDAP13	Nombre d'ETP de prévention spécialisée de l'ADDAP13	Population de moins de 18 ans en 2018	Ratio nombre d'ETP / 1000 mineurs
Pays d'Aix	21,5	58606	0,37
Pays d'Arles	11,9	21892	0,54
Sud-La Ciotat-Aubagne	20	71292	0,28
Etang de Berre	15	29965	0,50
Marseille Centre	21	55735	0,38
Marseille 13/14	20,2	40204	0,50
Marseille 15/16	21,5	28521	0,75
TOTAL	131,1	306215	0,43

Source : données INSEE - données d'activité de l'ADDAP13

Les données doivent être appréhendées avec précaution tant les niveaux de difficultés peuvent varier entre les territoires

Messages clés

- > Au niveau départemental, un circuit de l'IP clarifié et fluidifié
- > Une bonne visibilité de la CRIP et animation du réseau partenarial autour de l'IP
- > Un manque de cadre commun de repérage et d'évaluation par les professionnels et les partenaires, qui n'a pu être travaillé au cours du précédent Schéma
- > Une faible part d'orientations vers les mesures administratives
- > Un respect du délai d'évaluation légal à améliorer

LIEN AVEC LE PLAN D'ACTION DU SCHÉMA 2023-2027

Orientation 2 : Garantir une évaluation réactive et harmonisée des situations d'enfants en danger ou risque de danger (IP)

Fiches-actions correspondantes :

- > **2.1.** Garantir la formation continue des professionnels et partenaires au référentiel d'évaluation de l'Information Préoccupante
- > **2.2.** Améliorer le processus d'évaluation de l'IP pour veiller au respect du délai légal
- > **2.3.** Mettre en œuvre le protocole de coordination avec l'Éducation nationale autour de l'IP

UN NOMBRE D'INFORMATIONS STABLE ENTRE 2018 ET 2019, EN BAISSÉ EN 2020 ET QUI MARQUE UNE FORTE HAUSSE SUR 2021

Une forte hausse du nombre d'informations entrantes et confirmées sur 2021 (+ 30 à + 35 % par rapport à 2020) a été observée.

Parmi les chiffres clés à retenir, il convient de relever que :

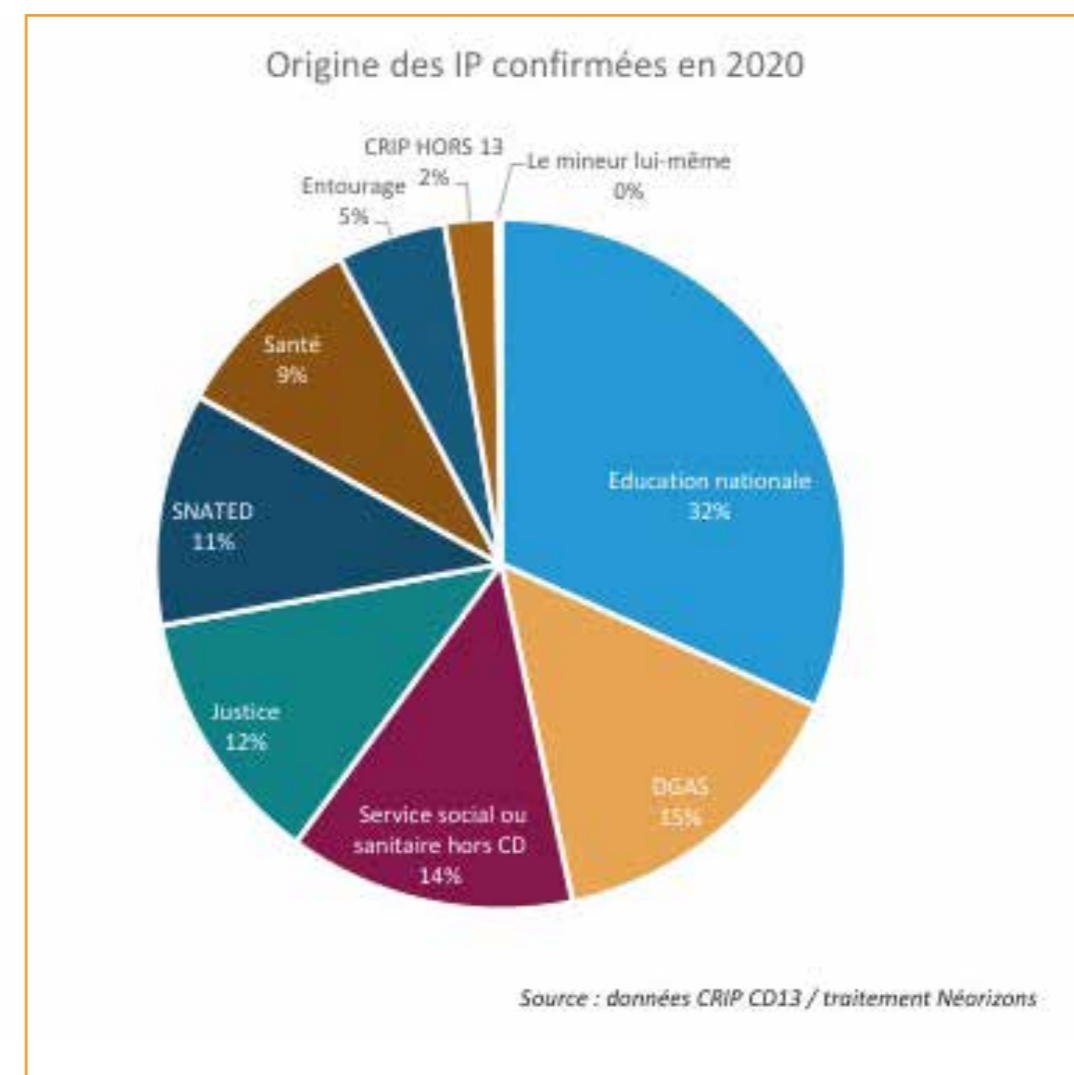
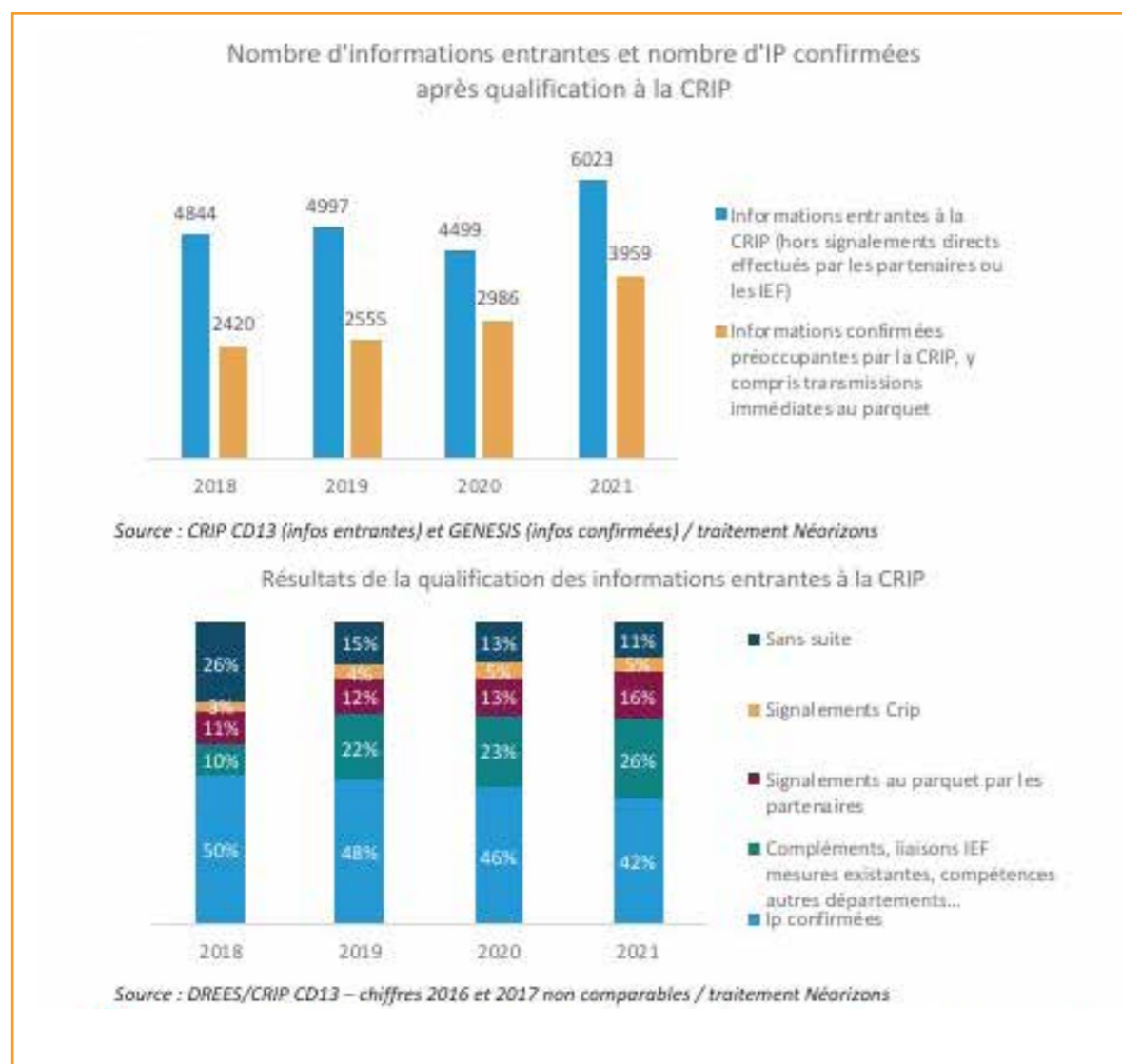
- > 20 à 25 % des informations donnent lieu à une transmission (pour lien sur une mesure existante ou à un autre Département). En particulier, les liaisons inspecteur sont en hausse depuis 2 ans du fait des mesures d'AEMO non exécutées ;
- > 10 à 15 % des informations concernent les copies des signalements directs faits par les partenaires auprès de la Justice ;
- > 5 % des informations donnent lieu à un signalement direct par la CRIP ;
- > Enfin, 10 à 15 % des informations sont classées sans suite, principalement par absence de danger ou confirmation de la mobilisation des parents ; également en raison d'IP hors cadre, mal renseignées ou de mineurs non identifiables.

UNE CRIP BIEN IDENTIFIÉE DANS L'ENVIRONNEMENT PARTENARIAL, UN CADRE COMMUN D'ÉVALUATION À APPROPRIER

Près de 80 % des IP confirmées proviennent de partenaires comme l'Éducation nationale (1^{er} pourvoyeur d'IP avec plus de 30 %), la Justice, le SNATED et les partenaires du médico-social et de la santé. Ceci témoigne d'une bonne identification de la CRIP et d'une connaissance du circuit de l'IP par les principaux partenaires.

L'appropriation d'un cadre commun de repérage et d'évaluation par les professionnels et les partenaires était un axe du précédent Schéma. Cette action n'a pas pu être déployée du fait du délai de mise en œuvre de la formation au référentiel. Un appel d'offres visant à confier cette formation à un prestataire a été lancé au mois de mars 2022.

Une attention particulière doit être portée pour améliorer le repérage des **signaux de prostitution des mineurs** et de violences intrafamiliales, phénomènes en hausse sur le territoire.



DES AVANCÉES MAJEURES AU COURS DU PRÉCÉDENT SCHÉMA ; UN ENJEU QUI SE PORTE DÉSORMAIS SUR L'HARMONISATION DE LA MISSION D'ÉVALUATION MENÉE PAR LES ÉQUIPES EN MDS

Parmi les travaux menés par le Département, le circuit de l'IP a été clarifié et fluidifié, notamment grâce à la **centralisation du recueil et du traitement au sein de la CRIP** réalisée dans le cadre du précédent Schéma, ainsi qu'à la **pluridisciplinarité assurée au niveau de la CRIP** :

- > Présence du médecin référent pour regard médical et pédiatrique sur les situations complexes, qui fait le lien avec les professionnels de santé à l'origine des IP ;
- > Soutien d'un éducateur détaché par la PJJ au sein de la CRIP pour fluidifier les liens avec la Police, la Gendarmerie, la Justice.

La CRIP jouit d'une **bonne visibilité au niveau des partenaires médicaux** : formation/sensibilisation par le médecin référent, mise en place d'un réseau de référents protection de l'enfance dans tous les hôpitaux du département. Des rencontres régulières sont organisées avec les professionnels de l'Éducation nationale (médecins scolaires, SSFE, directeurs 1^{er} degré et chefs d'établissements du 2nd degré...), et un protocole de coordination avec l'Éducation nationale a été signé.

Des rencontres régulières ont également lieu avec les parquets de Marseille, Aix et Tarascon. Un guide a été réalisé à destination des professionnels, en particulier de l'Éducation nationale et des médecins libéraux. Les partenaires interrogés se disent satisfaits de la réactivité de la CRIP et du cadre donné, et souhaitent être mieux sensibilisés au repérage des situations de danger.

La Direction Enfance-Famille a participé à la mise en place en septembre 2022 d'une Unité d'Accueil Pédiatrique de l'Enfance en Danger (UAPED) au sein de l'AP-HM. Cette unité a pour vocation de coordonner les interventions des services de la Justice, de la police et de la santé autour des enfants victimes de violence, et dont certains sont susceptibles de bénéficier d'une mesure de protection.

Néanmoins, les disparités de fonctionnement entre MDS et la méconnaissance du "qui fait quoi" par les acteurs ne permettent pas de garantir une évaluation de l'IP homogène et réactive sur tout le territoire.

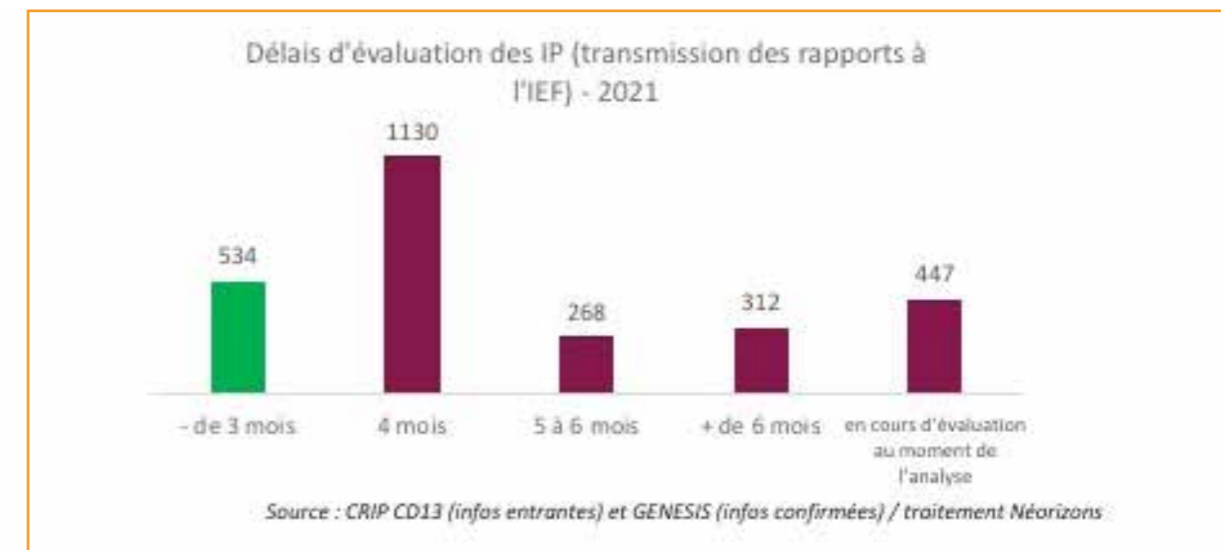
Il existe aujourd'hui des organisations hétérogènes en MDS, avec des équipes dédiées ou non selon les territoires (et des professionnels interrogés en attente d'une structuration commune sur le territoire).

De même, le délai légal d'évaluation n'est pas toujours respecté, en raison d'un absentéisme élevé en MDS, d'une absence de données de pilotage, de procédures hétérogènes, d'un glissement vers l'accompagnement dans la phase d'évaluation de l'IP, des délais de transmission de dossiers entre territoires...

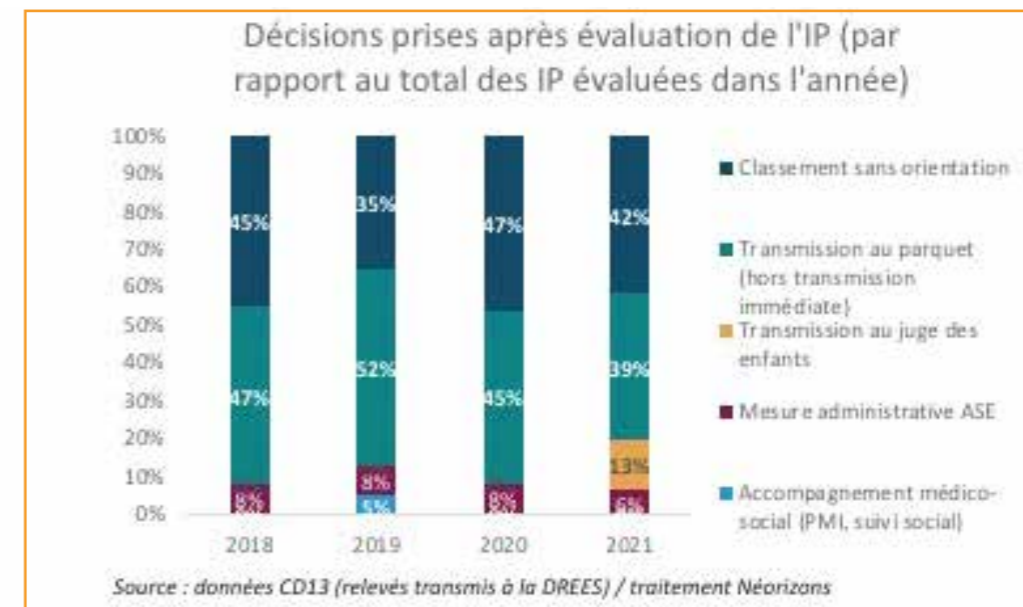
Les agents rencontrés en MDS font part d'une méconnaissance des organisations et des modalités de sollicitation des acteurs sur l'évaluation d'IP.

UN DÉLAI D'ÉVALUATION QUI RESTE À AMÉLIORER

Seules 20 % des IP confirmées sont évaluées dans le délai légal (3 mois entre la réception de l'IP et la transmission du rapport à l'IEF).



UNE FAIBLE PART D'ORIENTATIONS VERS LES MESURES ADMINISTRATIVES



L'analyse des données de la CRIP montre une saisine de la Justice dans près de la moitié des cas, et une **faible orientation vers les mesures administratives**.

On peut également noter que la part d'IP classées sans suite en raison d'absence d'éléments de danger est plus importante que dans d'autres départements de comparaison (35 à 47 % dans les Bouches-du-Rhône contre 20 à 35 % dans d'autres départements). En l'absence de données plus précises, nous pouvons émettre l'hypothèse d'un écart dans la saisie des chiffres (en effet, la part d'IP réorientées vers le suivi social suite à évaluation est à 0 ou non renseignée en 2018, 2020 et 2021). Le travail à mener sur la formation à l'évaluation d'IP devra questionner la qualité du filtre mené par la CRIP lors de la qualification de l'information entrante.

3- LE DISPOSITIF DE PRISE EN CHARGE EN PROTECTION DE L'ENFANCE

MESSAGES CLÉS

- > Un **taux de prise en charge en forte hausse** sur 5 ans, principalement due à l'augmentation des mesures de placement (qui représentent désormais plus de la moitié des mesures ASE)
- > Un **dispositif qui reste très fortement judiciaire** malgré les travaux menés au cours des dernières années
- > De **nouveaux enjeux de la loi de 2022** à mettre au travail : le recours plus systématique aux tiers digne de confiance ; la proposition systématique d'une marraine ou d'un parrain pour chaque enfant accueilli à l'ASE

LIEN AVEC LE PLAN D'ACTION DU SCHÉMA 2023-2027

Orientation 3 : Renforcer le recours aux mesures administratives et diversifier les interventions à domicile (administratives ou judiciaires)

Fiches-actions correspondantes :

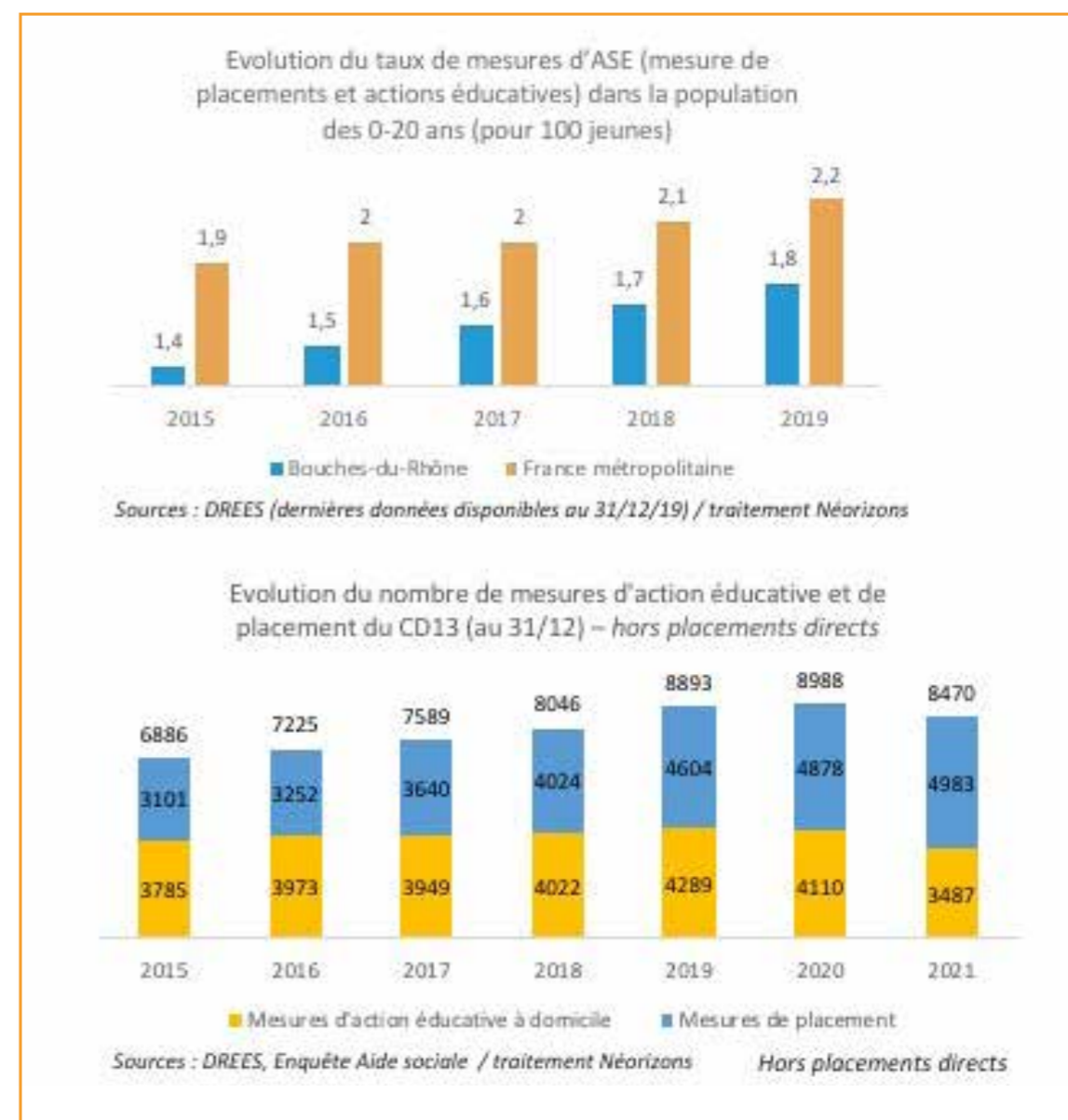
- > **3.1.** Développer l'AED et renforcer le recours aux mesures administratives sur tout le territoire
- > **3.2.** Diversifier les interventions à domicile et clarifier les modalités d'exécution des mesures

Orientation 7 : Améliorer la cohérence et la coordination des parcours des jeunes

Fiches-actions correspondantes :

- > **7.1.** Favoriser le recours aux tiers dignes de confiance et garantir un suivi éducatif en cas de placement TDC
- > **7.3.** Renforcer le travail partenarial autour des visites en présence d'un tiers
- > **7.4.** Diversifier les mesures permettant de travailler le soutien à la parentalité dans le cadre d'un placement
- > **7.6.** Développer le parrainage et le mentorat pour les jeunes pris en charge à l'ASE

UN TAUX DE PRISE EN CHARGE EN FORTE HAUSSE SUR 5 ANS, PRINCIPALEMENT DUE À L'AUGMENTATION DES MESURES DE PLACEMENT



Le taux de prise en charge des 0-20 ans en protection de l'enfance est **inférieur à la moyenne nationale en 2019 (1,8 contre 2,2)**.

Toutefois, le nombre de mesures est augmentation de 28 % sur les 5 dernières années, à comparer avec la hausse de 15 % au niveau national (source : DREES). Cette augmentation est principalement due à la **hausse des mesures de placement** (+ 57 % entre 2015 et 2020).

Le nombre de mesures éducatives augmente peu sur la même période (+ 10 % entre 2015 et 2020, puis une baisse de 15 % entre 2020 et 2021).

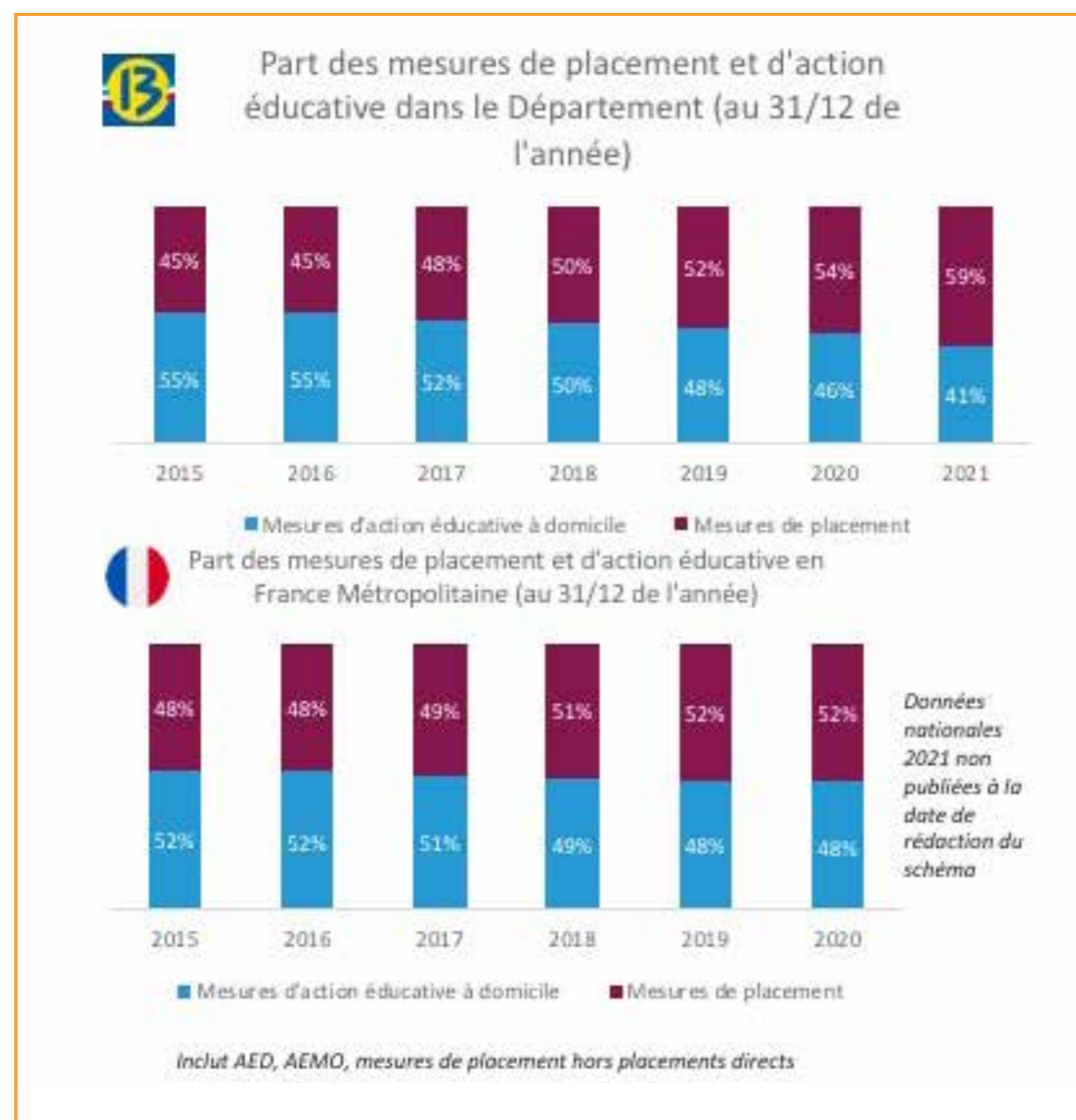
LES MESURES DE PLACEMENT REPRÉSENTENT DÉSORMAIS PLUS DE LA MOITIÉ DES MESURES ASE

Les mesures de placement représentent désormais plus de la moitié des mesures ASE

Les mesures de placement représentaient 54 % des mesures ASE en 2020, contre 46 % pour les mesures éducatives à domicile. Cette répartition reste proche de la moyenne nationale, même si en 2021 la part de mesures à domicile chute.

La proportion de mesures éducatives et de placement s'est inversée en 5 ans : en 2021, 59 % des mesures ASE étaient des placements. A titre de comparaison, cette part est supérieure à la part au niveau national (52 % en 2020).

L'augmentation de la part des placements est la résultante des efforts d'ouverture de places réalisés au cours du précédent Schéma. La baisse de la part des mesures à domicile peut s'expliquer par les difficultés d'exécution en AEMO et le manque de capacité en AED.



UN DISPOSITIF DE PROTECTION DE L'ENFANCE FORTEMENT JUDICIARISÉ

Le Département dispose d'un dispositif de protection de l'enfance fortement judiciaire, où plus de 90 % des mesures à domicile et près de 70 % des mesures de placement sont judiciaires.

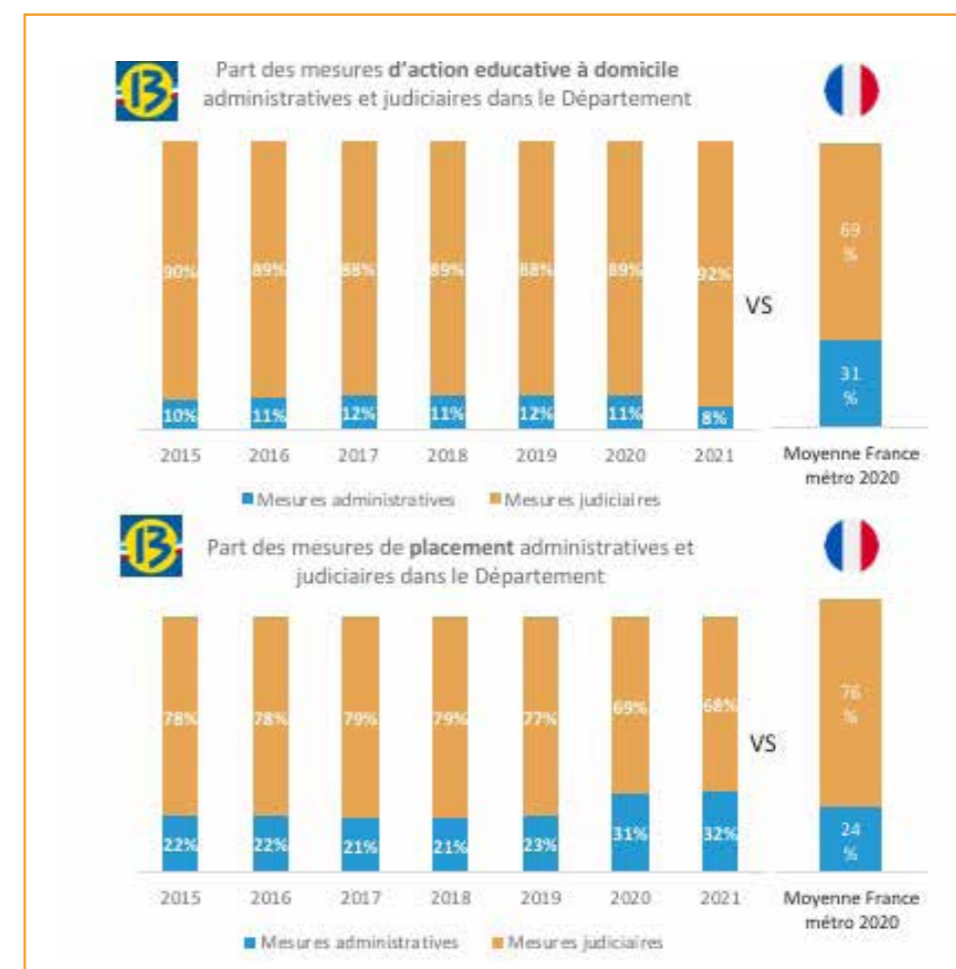
Cette situation a été notamment pointée par les derniers rapports de la Chambre Régionale des Comptes, et a peu évolué en 5 ans.

Parmi les raisons avancées par les professionnels, il convient de mettre en avant :

- > Le glissement de l'AED vers l'AEMO en raison d'une capacité insuffisante de prise en charge ;
- > Des situations dégradées en raison d'une AEMO non exécutée, et qui nécessitent un placement ;
- > Un manque de confiance des travailleurs sociaux dans l'exercice de la mesure administrative, qui incite à « sécuriser » la prise en charge grâce à une mesure judiciaire ;
- > Une difficulté à faire accepter un placement administratif aux établissements dans un contexte de tension sur les places.

En particulier pour les **mesures éducatives à domicile**, le taux de judiciarisation (92 % en 2021) est bien supérieur à la moyenne française (69 %), témoin du faible développement de l'AED.

Concernant les **placements**, la part de judiciaire est inférieure à la moyenne française, ce qui est principalement due aux accueils provisoires de jeunes majeurs.



PLACEMENT CHEZ UN TIERS DE CONFIANCE : UN SUIVI À RENFORCER ET DES PRATIQUES À RENOUVELER POUR RÉPONDRE AUX NOUVELLES EXIGENCES DE LA LOI 2022

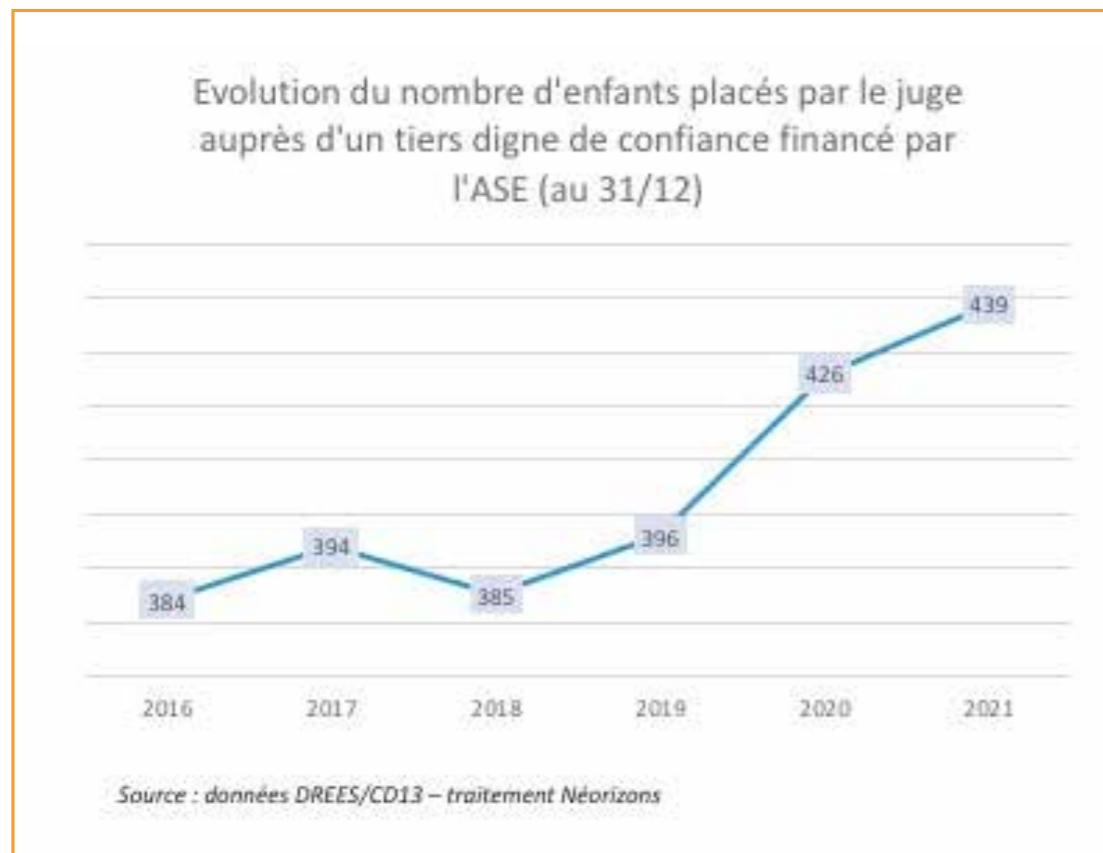
Fin 2021, 439 enfants étaient placés chez un tiers digne de confiance (TDC), soit près de 10 % des bénéficiaires de mesures de placement.

Le Département des Bouches-du-Rhône occupait en 2020 la 2^e place du classement des départements français en matière de recours aux TDC (après le Département du Nord : 740 mesures).

Ces situations ne font pas systématiquement l'objet d'un suivi par un référent ASE.

La loi du 7 février 2022 rend obligatoire (sauf cas d'urgence) l'évaluation du recours à un placement auprès d'un membre de la famille ou d'un TDC

Pour les professionnels du Département, un travail spécifique est à mener sur la recherche systématique d'une solution d'accueil par un TDC lors de l'évaluation d'IP, et sur l'exercice de la référence éducative (suivi par un référent ASE, mise en œuvre du PPE...)



4- LES MESURES ÉDUCATIVES À DOMICILE

MESSAGES CLÉS

- > **Une prédominance forte de la mesure judiciaire**, qui s'explique principalement par une faible capacité de prise en charge en AED
- > **Des difficultés sur l'exécution des mesures d'AEMO** qui ont conduit à l'arrêt des mesures administratives déléguées (AEA) afin de dégager des marges de manœuvre à la Sauvegarde 13
- > Un **travail mené sur la clarification de l'offre** de service en milieu ouvert et une volonté forte de développer l'AED en interne
- > Un **enjeu à définir un référentiel d'intervention en milieu ouvert**, qui permette de mieux articuler les différentes mesures entre elles, et de mieux définir les conditions de recours par les prescripteurs (administratifs ou judiciaires)

LIEN AVEC LE PLAN D'ACTION DU SCHÉMA 2023-2027

Orientation 3 : Renforcer le recours aux mesures administratives et diversifier les interventions à domicile (administratives ou judiciaires)

Fiches-actions correspondantes :

- > **3.1.** Développer l'AED et renforcer le recours aux mesures administratives sur tout le territoire
- > **3.2.** Diversifier les interventions à domicile et clarifier les modalités d'exécution des mesures

PRÈS DE 3500 MESURES À DOMICILE EN 2021 AVEC UNE PRÉDOMINANCE FORTE DE LA MESURE JUDICIAIRE

Le nombre de mesures à domicile est en baisse depuis 2019, avec notamment une chute sur 2021, en raison des difficultés d'exécution en AEMO et de l'arrêt des AEA.

Le Département des Bouches-du-Rhône met en œuvre un faible nombre de mesures administratives au regard de départements de taille comparable (Paris : 1563 mesures au 31/12/2020 / Hauts-de-Seine : 1270 mesures / Nord : 782 mesures).

L'AEMO est exercée par le **secteur associatif habilité (Sauvegarde 13, EPIS, ANEF, ARS)** et représente 90 % des mesures à domicile. Au 31/12/2020, les 471 mesures administratives étaient exercées à **60 % par un service associatif habilité** (Sauvegarde 13) et à **40 % en interne** (AED ou AEF mises en œuvre par les travailleurs sociaux en MDS).

Jusqu'en 2021, les mesures d'AEA étaient principalement mises en œuvre hors Marseille (Aix, Arles, Salon, Vitrolles, Martigues, Istres).

UNE CAPACITÉ INSUFFISANTE DE MISE EN ŒUVRE EN AED ET EN AEMO, QUI A CONDUIT À LA DÉCISION D'ARRÊTER LES AEA DÉLÉGUÉES À LA SAUVEGARDE 13

Le Département est aujourd'hui confronté à une capacité insuffisante de mise en œuvre en AED et en AEMO, au regard des listes d'attente.

En avril 2021, un relevé effectué par les équipes de la DEF faisait état d'une file d'attente estimée à environ 800 mesures d'AEMO. Ce chiffre a baissé pour se stabiliser à 400 en 2022.

La collectivité a fait face à des difficultés sur l'exécution des mesures d'AEMO, ce qui a conduit à l'arrêt des mesures administratives déléguées.

À ce titre, un audit conjoint réalisé par le Département et la PJJ réalisé à la suite de courriers venant des magistrats, montre une durée d'attente moyenne de 5 mois et des disparités territoriales fortes sur le délai de prise en charge. Le rapport pointe une hausse des prescriptions par les magistrats de près de 20 % entre 2018 et 2020 (chiffres Sauvegarde 13). D'après la Sauvegarde, l'augmentation des mesures en attente est également due à des difficultés de recrutement et la régulation du quota de mesures par éducateur. Le Département a pris la décision d'arrêter l'AEA afin de dégager des marges de manœuvre sur l'AEMO à la Sauvegarde 13.

Enfin, il convient de noter l'enjeu central de fiabilisation des données de suivi d'activité, pointé par l'audit de l'AEMO mais qui s'applique également aux mesures administratives (peu de visibilité sur les données de flux, stock et liste d'attentes).

Parmi les perspectives d'amélioration, il convient de relever le lancement d'un appel à projet en 2022 pour développer la prise en charge de 600 mesures d'AEMO.

UN TRAVAIL MENÉ SUR LA CLARIFICATION DE L'OFFRE DE SERVICE EN MILIEU OUVERT ET UNE VOLONTÉ FORTE DE DÉVELOPPER L'AED EN INTERNE

Une série de groupes de travail a été menée en interne, fin 2021, afin de clarifier les modalités d'exercice et proposer un cadre d'intervention

Une similarité d'objectifs et de modalités d'exécution a été constatée entre les mesures AEA, AED, AEF, et pousse à simplifier l'offre de service et harmoniser le cadre d'intervention autour de la seule mesure d'AED.

Les groupes de travail ont souligné **l'importance d'une équipe dédiée** permettant de garantir la capacité et la qualité d'intervention ; **l'appui par un plateau technique pluridisciplinaire ; la temporalité** de la mesure et de la **fréquence de suivi** pour garantir l'effectivité de prise en charge.

Toutefois, plusieurs défis restent encore à relever pour développer la capacité de prise en charge en AED :

- > Une organisation hétérogène entre les MDS qui ne permet aujourd'hui pas l'application d'un cadre départemental commun. Certains territoires disposent de ressources dédiées à l'AED au sein de la mission enfance-famille ; d'autres ont mutualisé l'évaluation de l'IP et l'AED ; certaines n'ont aucune ressource sur l'AED aujourd'hui ;
- > Un manque de ressources dédiées, en particulier sur les profils d'éducateurs spécialisés.

5- LE DISPOSITIF D'ACCUEIL

MESSAGES CLÉS

- > Une **création massive de places d'accueil** au cours du précédent Schéma, qui ne permet pas, néanmoins, de combler le fort niveau de besoins recensés dans le département
- > Un effort certain de **développement sur le plan qualitatif**, notamment sur la capacité d'accueil en PAD
- > Un **manque de places pour l'accueil des tout petits, des fratries** et des jeunes nécessitant une **prise en charge complexe**
- > **Une diminution d'effectifs d'assistants familiaux moindre** que ce qui est constaté dans d'autres départements, grâce aux efforts menés sur le recrutement
- > Un **dispositif d'accueil d'urgence embolisé**, dont le fonctionnement manque de lisibilité
- > Un **processus de recherche et d'attribution des places qui manque de cohérence** et de lisibilité

LIEN AVEC LE PLAN D'ACTION DU SCHÉMA 2023-2027

Orientation 4 : Développer, diversifier et adapter l'offre de prise en charge des fratries, des tout-petits et des situations dites « complexes »

Fiches-actions correspondantes :

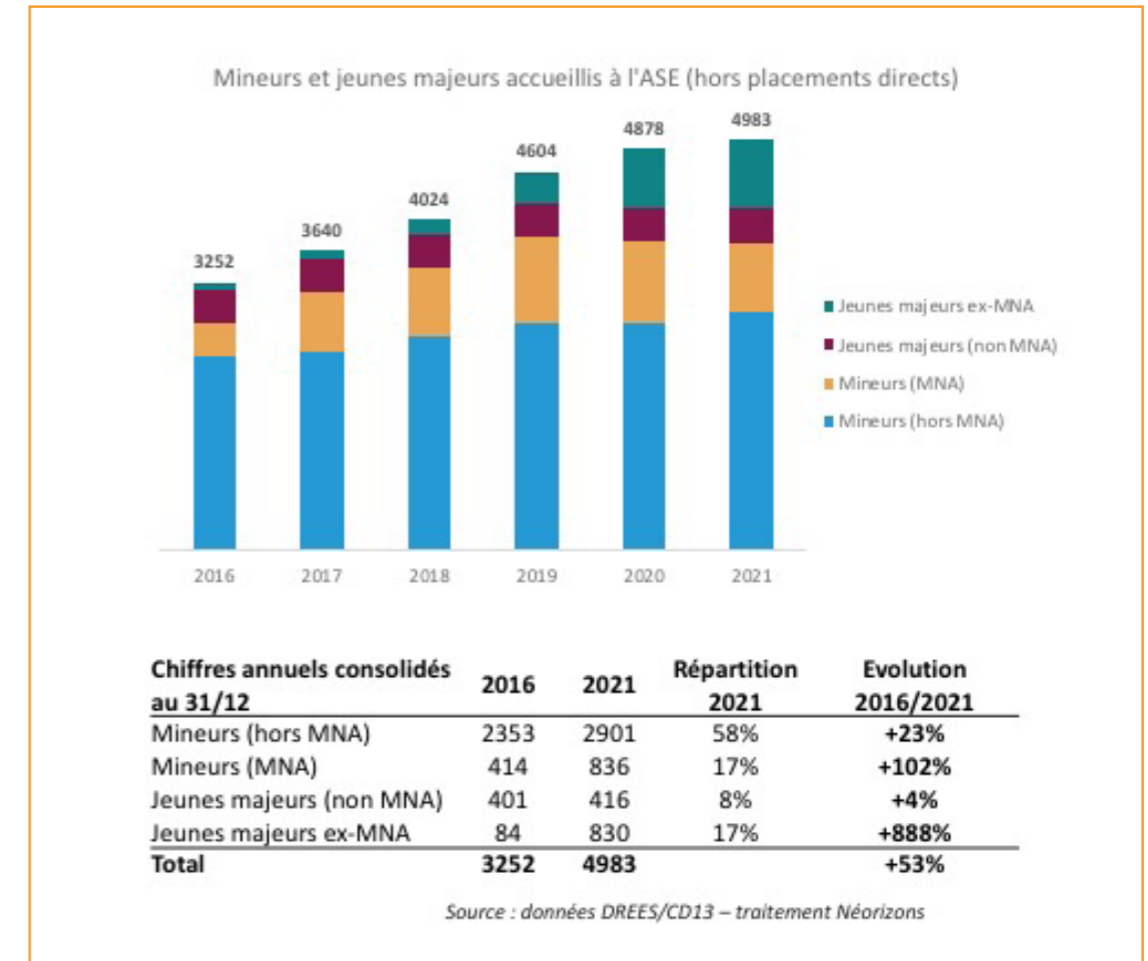
- > **4.1.** Développer des solutions expérimentales, coordonnées ou séquentielles, pour la prise en charge des situations dites « complexes »
- > **4.2.** Développer l'offre d'accueil dédiée aux fratries
- > **4.3.** Rechercher et expérimenter des solutions innovantes pour l'accueil et la prise en charge des 0-3 ans
- > **4.4.** Poursuivre les efforts de développement de l'accueil familial

Orientation 5 : Renforcer le pilotage du dispositif d'accueil départemental

Fiches-actions correspondantes :

- > **5.1.** Expérimenter et évaluer la mise en place d'un outil et d'une procédure de recherche de places
- > **5.2.** Améliorer la gestion du dispositif d'accueil d'urgence
- > **5.3.** Définir une stratégie départementale de prévention de la maltraitance au sein du dispositif d'accueil départemental et structurer le dispositif de remontée des événements indésirables
- > **5.4.** Engager une dynamique de soutien aux établissements et services habilités

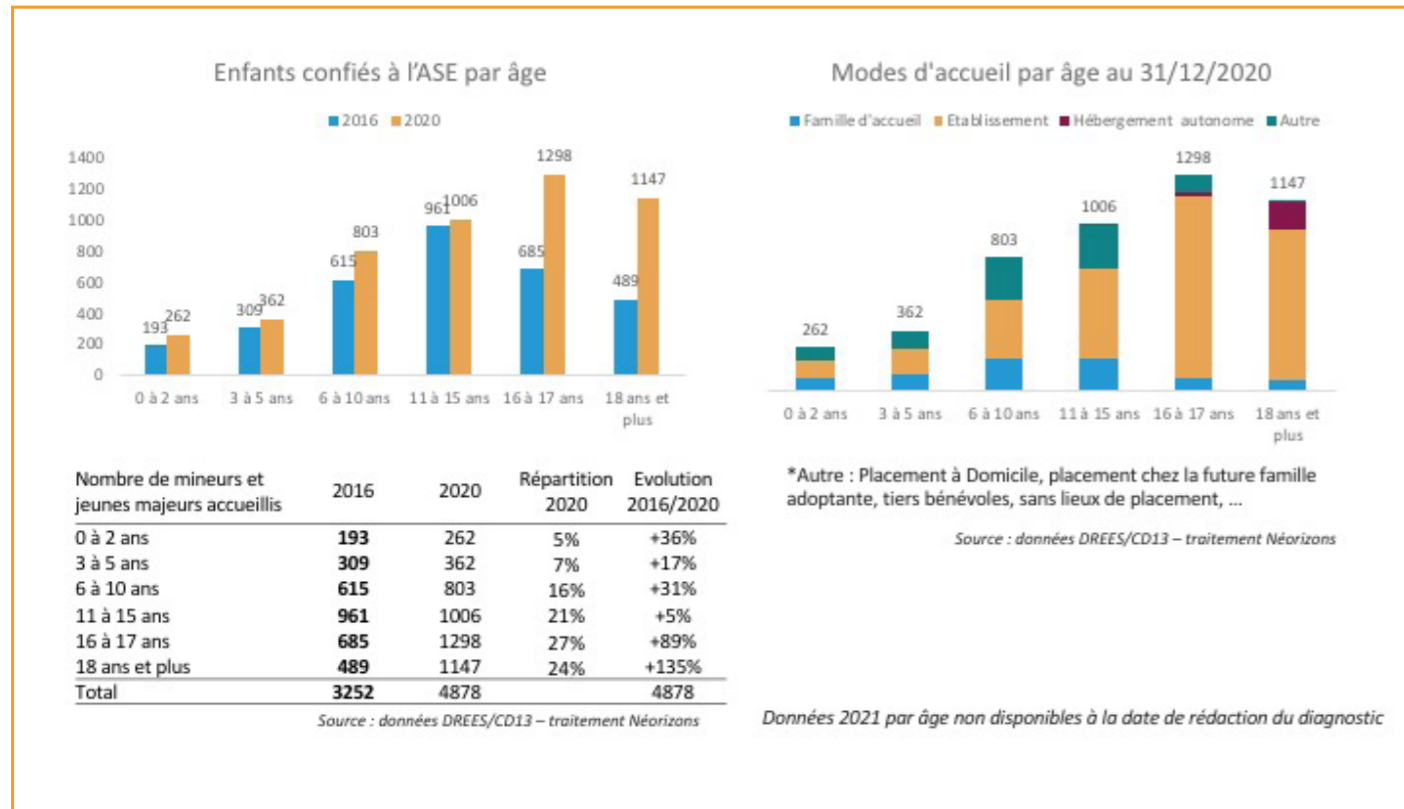
PRÈS DE 4900 JEUNES ACCUEILLIS À L'ASE EN 2020 ; EN HAUSSE DE 50 % DEPUIS 2016



Quelques constats clés issus de l'analyse chiffrée :

- > Une augmentation de plus de 50 % des jeunes accueillis sur 5 ans, principalement due au flux de MNA ;
- > Les MNA et jeunes majeurs ex-MNA représentent un tiers des jeunes accueillis (33 %) ;
- > Une forte augmentation des ex-MNA bénéficiaires de CJM, qui pose la question de la sortie du dispositif.

UNE PRÉDOMINANCE DES ADOS ET JEUNES MAJEURS DANS LE DISPOSITIF D'ACCUEIL



Quelques constats clés issus de l'analyse chiffrée :

- > 50 % des jeunes confiés à l'ASE ont plus de 16 ans en 2020 ;
- > Le nombre de jeunes de plus de 16 ans accueillis a doublé en 5 ans, principalement dû au flux de MNA ;
- > Un accueil majoritaire en MECS, mais qui cache la diversité des solutions mises en œuvre (petits collectifs, dispositifs spécialisés, etc.).

UNE OFFRE D'ACCUEIL DIVERSIFIÉE GRÂCE À LA CRÉATION D'UN NOMBRE IMPORTANT DE PLACES AU COURS DES 5 DERNIÈRES ANNÉES

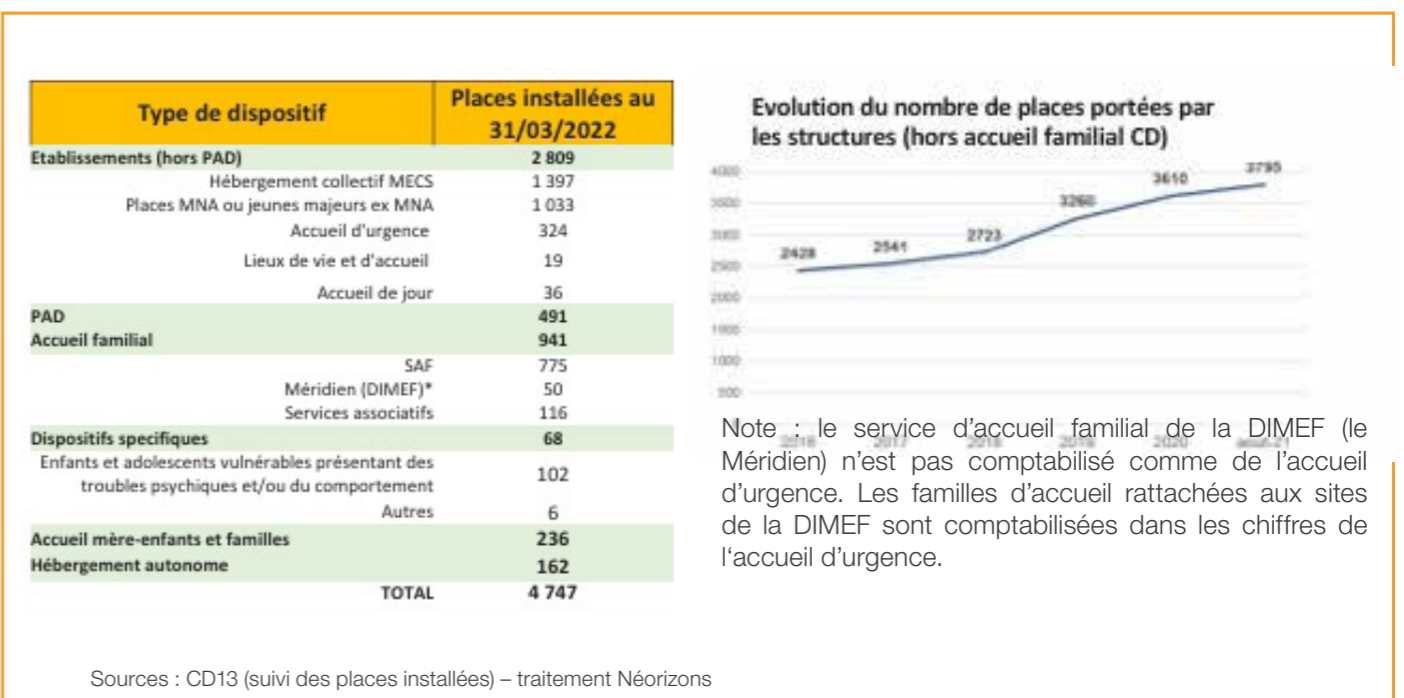
Le Département dispose aujourd'hui d'une offre d'accueil diversifiée, grâce notamment à plusieurs dispositifs :

- > Hébergement collectif en internats et petites unités ;
- > Places dédiées aux MNA, à l'accompagnement vers l'autonomie ;
- > Placement à domicile ;
- > Assistants familiaux salariés du Département ou de services associatifs ;
- > Dispositifs pour répondre à des besoins spécifiques, etc.

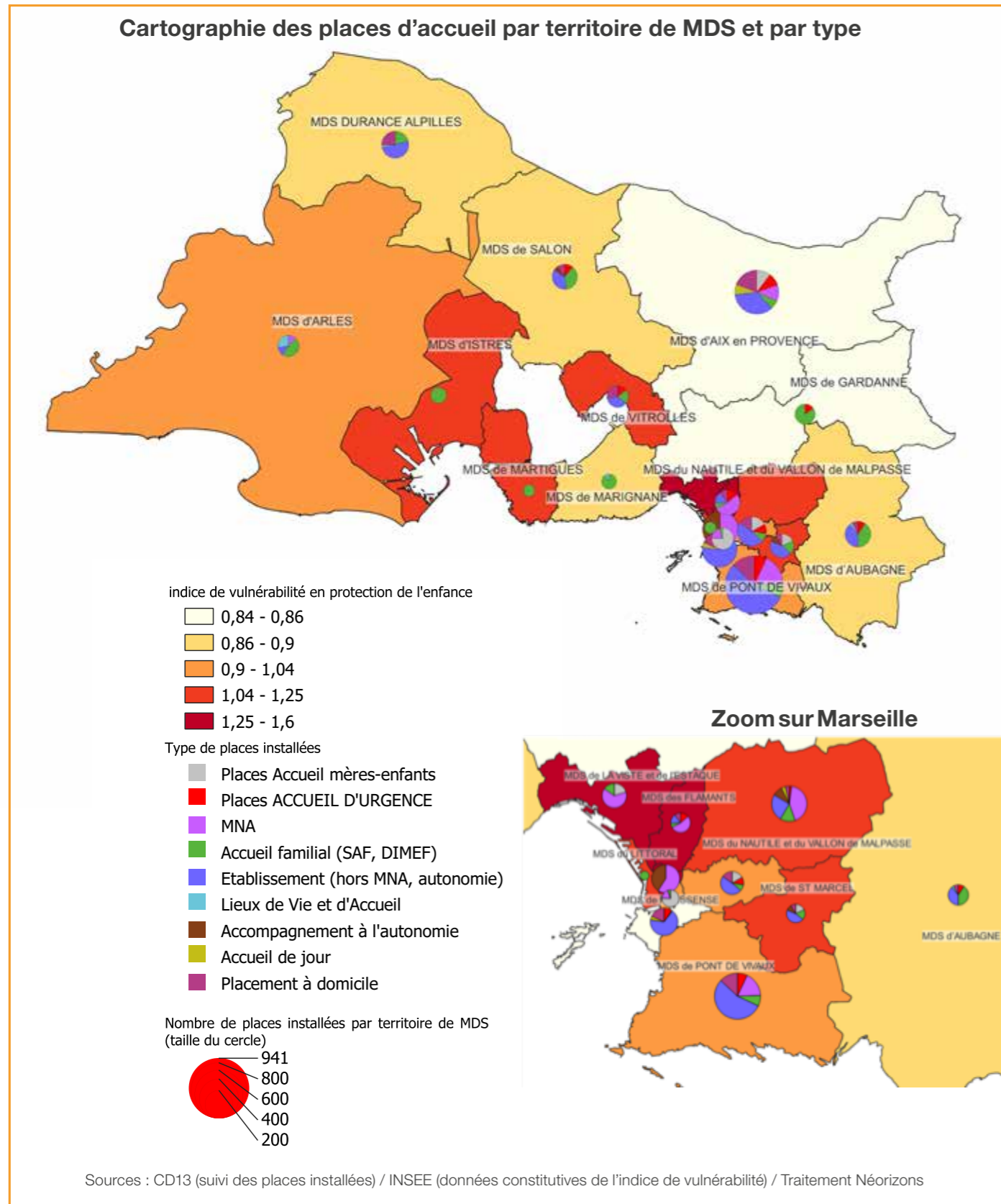
Ceci est la résultante d'un effort conséquent de développement du nombre de places au cours des 6 ans passés, avec notamment l'ouverture de 1 103 places dédiées à l'accueil des MNA, principalement en hébergement diffus (sur les 1 866 places créées depuis 6 ans).

L'effort a été également axé sur la création de places en petites structures, jugées plus propices au développement de l'enfant.

Ont été développés le **Placement à Domicile (PAD)**, avec 250 places ouvertes (doublement de capacité en 5 ans), et de **petites unités spécialisées dédiées à l'accueil des ados vulnérables présentant des troubles psychiques**, adossées à des MECS existantes et avec un étayage renforcé (ex : Escandaou, le DAM, dispositif Fifiturin co-financé avec l'ARS, la Maison des plus petits, etc.).



UNE PRÉDOMINANCE DE L'ACCUEIL EN ÉTABLISSEMENT, POLARISÉ SUR L'EST DU DÉPARTEMENT, MAIS DES TERRITOIRES TRÈS DÉPENDANTS DE L'ACCUEIL FAMILIAL



UN FORT ÉCART DE TAUX D'ÉQUIPEMENT ENTRE MARSEILLE ET L'OUEST DU DÉPARTEMENT

TERRITOIRES MDS	Nombre total de places d'accueil au 31/12/2021	Nb de places pour 1000 mineurs (tous types d'accueil)	Accueil mères-enfants	ACCUEIL D'URGENCE	MNA	Accueil familial (SAF, DIMEF)	Etablissement (hors MNA, autonomie)	LVA	Accompagnement à l'autonomie	Accueil de jour	PAGD	Indice de vulnérabilité en protection de l'enfance
MDS de BELLE DE MAIRIE	354	27,1			209				145			1,30
MDS de PONT DE VIVAUX	941	22,4		65	165	71	518				122	0,84
MDS du HAUTLE et du VALLON de MALPASSE	553	19,3		12	236	77	138		60	21	20	1,14
MDS de PRESSEUSE	134	17,3	95		25	7						1,04
MDS de SAINT SEBASTIEN	339	16,6		32		3	227			15	62	0,86
MDS d'AIX en PROVENCE	539	13,6	55	51	64	35	190			40	104	0,86
MDS de ST MARCEL	154	11,8	28			28	69		15		14	1,11
MDS des CHARTREUX	236	10,9	40	25		21	114				36	0,86
MDS DURANCE ALPILLES	203	10,0				42	103	6			62	0,89
MDS de LA VISTE ET DE L'ESTAQUE	267	10,0	54	0	172	41	0					1,17
MDS des FLAMANTS	173	6,7		24	92	12	27				18	1,00
MDS de VITROLLES	129	9,3		18		28	47				36	1,13
MDS d'ARLES	126	6,3			15	59	18	34				1,00
MDS de SALON	177	6,8		19		66	64		10		18	0,88
MDS d'AUBAGNE	184	5,3		17		75	71	7			14	0,96
MDS de GARDANNE	114	4,3		17		97						0,84
MDS d'ISTRES	28	3,2				70						1,13
MDS de MARIGNANE	63	3,2				57		6				0,96
MDS de MARTIGUES	39	2,2				32						1,13
MDS du LITTORAL	4	0,8				4						1,25
Total général	4399	11,1	20%	280	107	625	1586	10	220	76	494	1,10

Places pérennes installées au 31/12/2021 + AAP autonomie (source service tarification et SAF)
 Les places d'accueil familial rattachées aux MECS ne sont pas détaillées dans les données sources (comptées avec les établissements)
 Note : les territoires MDS ont été regroupés lorsque les MDS interviennent sur les mêmes arrondissements (la Viste et l'Estaque / le Nautille et le Vallon de Malpassé)

Sources : CD13 / Traitement : Néorizons

Quelques constats clés issus de l'analyse chiffrée :

- > Un taux d'équipement (nombre de places pour 1000 mineurs) très disparate entre les MDS de Marseille et du hors-Marseille, reflet de la concentration à Marseille de l'offre en établissement et de l'accueil MNA
- > Des taux d'équipement plus faibles constatés sur les territoires du pourtour de l'Étang-de-Berre (Martigues, Istres, Marignane) et de l'Ouest du département qui présentent pourtant des indices de vulnérabilité élevés.

UN DÉVELOPPEMENT DE L'OFFRE QUI NE PERMET PAS, NÉANMOINS, DE COMBLER LE FORT NIVEAU DE BESOINS RECENSÉS DANS LE DÉPARTEMENT

Analyse des taux d'occupation 2019-2020

Type d'accueil	2019			2020		
	Capacité installée et financée (journées)	Nombre de journées réalisées	Taux d'occupation	Capacité installée et financée (journées)	Nombre de journées réalisées	Taux d'occupation
Accueil d'urgence	127 385	119 273	93,6%	128 100	119 226	93,1%
Accueil de jour	4 380	4 696	107,2%	5 124	4 817	94,0%
Accueil mères enfants	100 740	102 600	101,8%	101 016	103 439	102,4%
Internat horizontal	138 700	137 911	99,4%	134 688	131 443	97,6%
Internat vertical	425 225	426 651	100,3%	424 926	420 848	99,0%
LVA	Données incomplètes			Données incomplètes		
Mise à l'abri MNA	21 900	44 098	201,4%	54 900	60 634	110,4%
Accueil MNA	222 285	184 337	82,9%	304 512	289 997	95,2%
PAD	105 151	107 063	101,8%	156 648	156 772	100,1%
Service d'assistants familiaux	Données incomplètes			Données incomplètes		
Unités adolescents vulnérables	8 760	8 239	94,0%	8 784	8 822	100,4%

Moyenne 98,3% 98,3%

(Source données : service tarification DEF CD13 – données 2021 non disponible à la date de rédaction du rapport)
LVA et accueil familial : données incomplètes

Quelques constats clés issus de l'analyse chiffrée :

- > Une situation qui s'est améliorée en 5 ans sur l'accueil des MNA grâce aux ouvertures de places,
- > Une saturation qui persiste sur l'accueil en internat (98-99 % de taux d'occupation en 2020),
- > Une saturation du PAD qui se vérifie dans les taux d'occupation (plus de 100 % d'occupation en 2019-2020).

UNE ANALYSE TERRITORIALE QUI CONFIRME LA DISPARITÉ DU TAUX D'ÉQUIPEMENT (NOMBRE DE PLACES D'ACCUEIL POUR 1000 ENFANTS) ENTRE MARSEILLE ET LE RESTE DU DÉPARTEMENT

TERRITOIRES MDS	Accueil mères-enfants	ACCUEIL D'URGENCE	MNA	Accueil familial (SAF, DIMEF)	Etablissement (hors MNA, autonomie)	LVA	Accompagnement à l'autonomie	Accueil de jour	PAD	TOTAL	Indice de vulnérabilité en protection de l'enfance	Nb de places pour 1000 mineurs (tous types d'accueil)
MDS des FLAMANTS		24	92	12	27				18	173	1,60	9,7
MDS DE LA VISTE ET DE L'ESTAQUE	54	0	172	41	0	0	0	0	0	267	1,57	10,0
MDS de BELLE DE MAI			209				145			354	1,50	27,1
MDS du LITTORAL				4						4	1,25	0,8
MDS de ST MARCEL	28			28	69		15		14	154	1,16	11,8
MDS du NAUTILE et du VALLON de MALPASSE	0	12	235	77	138	0	50	21	20	553	1,14	19,3
MDS de VITROLLES		18		28	47				36	129	1,13	9,3
MDS d'ISTRES				70						70	1,13	3,2
MDS de MARTIGUES				32						32	1,12	2,2
MDS de PRESSENSE	99		25	7						131	1,04	17,3
MDS d'ARLES			15	59	18	34				126	1,00	8,5
MDS des CHARTREUX	40	25		21	114				36	236	0,96	10,9
MDS de PONT DE VIVAUX		65	165	71	518				122	941	0,94	22,4
MDS d'AUBAGNE		17		75	71	7			14	184	0,90	5,3
MDS de MARIIGNANE				57		6				63	0,90	3,2
MDS DURANCE ALPILLES				42	103	6			52	203	0,89	10,0
MDS de SALON		19		66	64		10		18	177	0,88	5,9
MDS d'AIX en PROVENCE	55	51	64	35	190	0		40	104	539	0,86	13,5
MDS de SAINT SEBASTIEN		32		3	227			15	62	339	0,86	16,6
MDS de GARDANNE		17		97						114	0,84	4,3
Total général	276	280	977	825	1586	53	220	76	496	4789	1,00	11,1

Places pérennes installées au 31/12/2021 + AAP autonomie (source service tarification et SAF)
Les places d'accueil familial rattachées aux MECS ne sont pas détaillées dans les données sources (comptées avec les établissements)
Source : données CD13 / traitement Néorizons

Source CD13 – traitement Néorizons

Quelques constats clés issus de l'analyse chiffrée :

- > Une offre d'accueil en établissement qui se concentre en volume à Marseille,
- > Des taux d'équipement plus faibles constatés sur le pourtour de l'Etang-de-Berre (Martigues, Istres, Marignane), sur les territoires d'Aubagne et Salon,
- > Des territoires très dépendants de l'accueil familial, exposés aux perspectives de nombreux départs à la retraite d'assistants familiaux (Gardanne, Marignane, Istres).

UN DÉVELOPPEMENT DE L'OFFRE QUI NE PERMET PAS, NÉANMOINS, DE COMBLER LE FORT NIVEAU DE BESOINS RECENSÉS DANS LE DÉPARTEMENT

Malgré les ouvertures récentes de places, plusieurs signaux témoignent d'une situation de saturation qui persiste sur certains profils, notamment les **tout-petits, les fratries et les jeunes présentant des troubles complexes**. Les professionnels interrogés au sein de la DEF, des MDS et des structures associatives font part de difficultés régulières dans la recherche de places pérennes, et qui conduisent à attribuer des places ne correspondant pas aux besoins des enfants

À ce titre, une étude interne menée en 2021 relève 83 enfants bénéficiant d'une place pérenne non adaptée, 55 enfants sans lieux de placement et 95 PAD non exécutés.

Sur les 55 enfants sans lieux de placement fin 2020, une part significative relève de troubles liés à la santé psychique pour lequel une place adaptée n'a pas été trouvée, ou de la non-séparation des fratries.

Sur les 83 enfants accueillis sur des places pérennes non adaptées à leur profil :

- > Près de deux tiers relèvent d'une double en charge coordonnée soin/éducatif, sans solution trouvée, ou sont en attente de places en ITEP/IME.
- > Une partie relèvent d'un manque de place pour les tout petits en accueil familial.
- > 10 % de situations relèvent de problématiques complexes comme à la prostitution des mineurs.

En synthèse : les enjeux de développement ou diversification par type de profil

Profil	Constats	Enjeux
Tout petits (0-3 ans)	Tension sur les places disponibles du fait de la baisse continue du nombre d'assistants familiaux. Pouponnière (urgence) saturée par manque de perspectives de réorientation	Développer les dispositifs pour l'accueil des 0-3 ans : accueil familial, petites structures, villages d'enfants. Sécuriser les parcours (éviter les ruptures au plus jeune âge).
Fratries	Une structure dédiée aux fratries (SOS Villages d'enfants), mais un nombre limité de places dédiées	Développer les places dédiées pour répondre à l'obligation de non-séparation des fratries dans la loi du 7 février 2022
Jeunes nécessitant une prise en charge complexe (troubles psychiques, du comportement, handicap...)	De petites unités développées mais dont la capacité est insuffisante. Un seul projet co-financé avec l'ARS (dispositif Fifiturin porté par l'AMSP). Un faible nombre de mineurs aux multiples ruptures de parcours. Des établissements qui refusent des profils par manque de solution de prise en charge en psychiatrie sur le territoire	Une collaboration renforcée avec l'ARS permettrait de développer une feuille de route commune de solutions co-financées
Grands ados	Une offre jugée suffisante actuellement du fait du « vide » laissé par l'ouverture de places MNA	Poursuivre l'adaptation des places aux besoins spécifiques des jeunes
MNA	Près de 1000 places créées en 5 ans	Poursuivre la substitution des places d'hébergement en hôtel (interdiction loi 2022)
Jeunes majeurs en transition vers l'autonomie	Un appel à projet lancé en 2021 sur des structures autonomie 17-21 ans en fin de CJM (220 places) pour diversifier la prise en charge des jeunes majeurs	Poursuivre la diversification de l'offre en vue de la généralisation de la prise en charge des jeunes majeurs sortants de l'ASE portée par la loi de 2022

UN PROCESSUS DE RECHERCHE ET D'ATTRIBUTION DES PLACES QUI MANQUE DE COHÉRENCE ET DE LISIBILITÉ

Malgré le développement de l'offre, un effet de saturation du dispositif d'accueil persiste. Celui-ci s'explique aussi par le manque de fluidité dans la recherche et de l'attribution des places.

En effet, le pilotage des places disponibles est aujourd'hui effectué par chaque structure porteuse, sans vue d'ensemble. À titre d'illustration :

- > Les places qui vont se libérer sont communiquées par les établissements aux inspecteurs et/ou aux MDS du territoire, souvent par téléphone ;
- > Chaque MDS traite en direct avec les établissements et le SAF (notamment pour un accueil d'urgence : mail au SAF avec l'IEF en copie) ;
- > Les raisons des refus d'accueil par les MECS ne sont pas consolidées et analysées ;
- > Par conséquent, la recherche d'une place pérenne prend du temps et l'enfant est orienté vers l'accueil d'urgence « en attente » (ou reste en MDS le temps qu'une place soit trouvée...). Pour y remédier, un accueil de jour (l'Espace Accueil Enfants) a été créé au sein de la DITAS et transféré à la DEF fin 2021 pour accueillir les enfants en attente de placement (plus de 300 enfants y ont transité en 2021).

UN DISPOSITIF D'ACCUEIL D'URGENCE EMBOLISÉ ET PEU LISIBLE

Le dispositif d'accueil d'urgence est aujourd'hui porté à majeure partie par la DIMEF au sein de 12 maisons de l'enfance et de la famille rassemblant **249 places d'accueil d'urgence, dont 70 dédiées aux MNA** en sortie d'évaluation par le service de l'ADDAP13.

La DIMEF accueille également des MNA (70 places ouvertes en 2017) et le service de placement familial Le Méridien (50 places chez 20 assistants familiaux) qui ne relèvent pas de l'accueil d'urgence.

De même, l'association Delta Sud est également habilitée pour 43 places d'urgence. En 2018, pour pallier la saturation de l'urgence, 20 places ont été créées au sein de petites unités associatives (Costebel : 10 places pour les 3-12 ans ; 10 places à la MECS des Saint-Anges pour les 11-17).

Un **dispositif d'accueil immédiat** a été mis en place au 1er septembre 2022, au sein de la MECS Saint-Michel (6 places en primo-placement sur un accueil de 8 jours renouvelable 1 fois), après une année d'expérimentation.

LE DISPOSITIF D'ACCUEIL D'URGENCE DISPOSE DE DÉLAIS DE RÉORIENTATION PARFOIS LONGS

D'après la DIMEF, le délai de 3 mois est respecté sur les grands ados, mais pas sur les bébés en raison de la saturation de la pouponnière et du manque de place en accueil familial pour les tout petits ; ni sur les profils nécessitant une prise en charge complexe. À ce titre, une étude interne menée en janvier 2021 relève 51 situations de jeunes accueillis en urgence (dont 45 à la DIMEF hors Méridien) dont la durée de séjour dépasse 6 mois.

L'analyse des motifs de ces séjours longs montre que la non-séparation des fratries est la première raison de séjour long, suivie des situations relevant du soin psychique, pour lesquelles aucune solution pérenne n'est trouvée dans le dispositif d'accueil actuel. Le manque de place en accueil familial, notamment pour les tout petits (0-3 ans), arrive en troisième position.

Des séjours longs sont également relevés par les assistants familiaux spécialisés sur l'accueil d'urgence, qui engendrent des ruptures plus fortes lors de la réorientation de l'enfant (continuité de la prise en charge éducative, médicale...). De plus, les assistants familiaux du Service d'Accueil Familial (SAF) sont régulièrement sollicités pour un accueil d'urgence sans être spécialisés sur ce type d'accueil, notamment sur les tout-petits ; une dizaine d'assistants familiaux volontaires sont positionnés sur un pool urgence au SAF.

Au sein des petites unités associatives d'urgence, les délais de réorientation sont en général plus courts car la présence d'une MECS au sein de la même structure permet de mieux anticiper la recherche de place (qui est faite par la structure directement et non par les équipes du Département).

LE PLACEMENT À DOMICILE : UN DÉVELOPPEMENT FORT DE L'OFFRE SUR 5 ANS, UN MODE DE PLACEMENT TRÈS SOLlicitÉ PAR LES MAGISTRATS

Une orientation forte a été donnée au développement du PAD dans le cadre du Schéma précédent, avec notamment un total de 250 places ouvertes entre 2016 et 2022.

L'efficacité du dispositif est reconnue par les juges et les professionnels de terrain pour les situations moins dégradées, car il permet un suivi renforcé tout en évitant la séparation entre parents et enfant.

Toutefois, il convient de noter qu'un travail de structuration et d'intégration du PAD dans la panoplie des réponses doit être mené.

En effet, d'après une étude interne, 96 mesures de PAD étaient non exécutées fin 2020, en raison d'une capacité insuffisante de prise en charge. L'analyse des objectifs des PAD prescrits a montré un nombre significatif de mesures ordonnées dans le cas d'un retour à domicile après placement. Le PAD est également utilisé en palliatif à l'AEMO renforcée qui n'existe pas sur le territoire, comme substitut à l'AEMO pour garantir son exécution, ou à l'AED lorsque le territoire ne dispose pas de ressources dédiées.

De plus, il existe aujourd'hui peu de places de PAD pour les moins de 3 ans (malgré des mesures prescrites par les magistrats).

Il y a donc un enjeu pour le Département à recentrer cette mesure sur ses objectifs premiers : éviter le placement

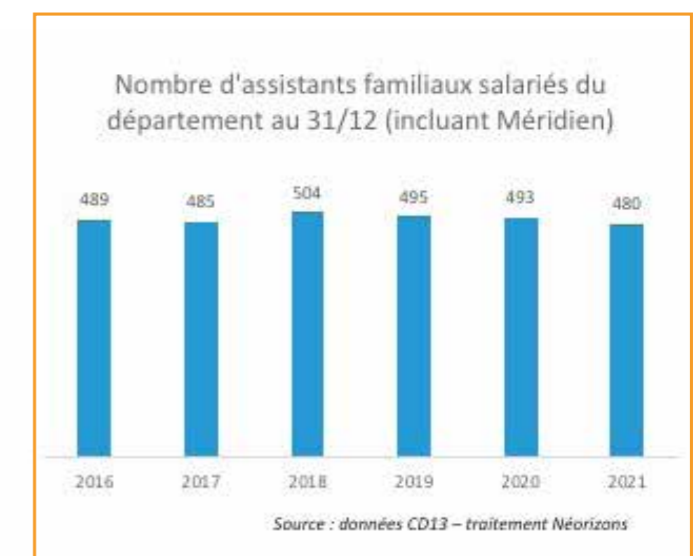
La mesure est à utiliser dans son intention première de maintien dans l'environnement familial (plutôt que de systématiser un PAD en retour de placement). Principalement judiciaire, elle est **à repositionner comme mesure administrative.**

ACCUEIL FAMILIAL : UNE DIMINUTION D'EFFECTIFS MOINDRE QUE CE QUI EST CONSTATÉ DANS D'AUTRES DÉPARTEMENTS, GRÂCE AUX EFFORTS MENÉS SUR LE RECRUTEMENT

Le nombre d'assistants familiaux salariés du Département est resté relativement stable entre 2016 et 2021. Les efforts menés sur le recrutement et la valorisation du métier ont en effet permis de maintenir la capacité d'accueil face aux nombreux départs à la retraite.

Type de dispositif	Nombre d'assistants familiaux (2022)	Places installées au 31/03/2022
Accueil familial		941
SAF (janvier 2022)	398	775*
DIMEF (Méridien)	20 (env.)	50
Services associatifs	Non connu	116

Source : données CD13 – traitement Néorizans



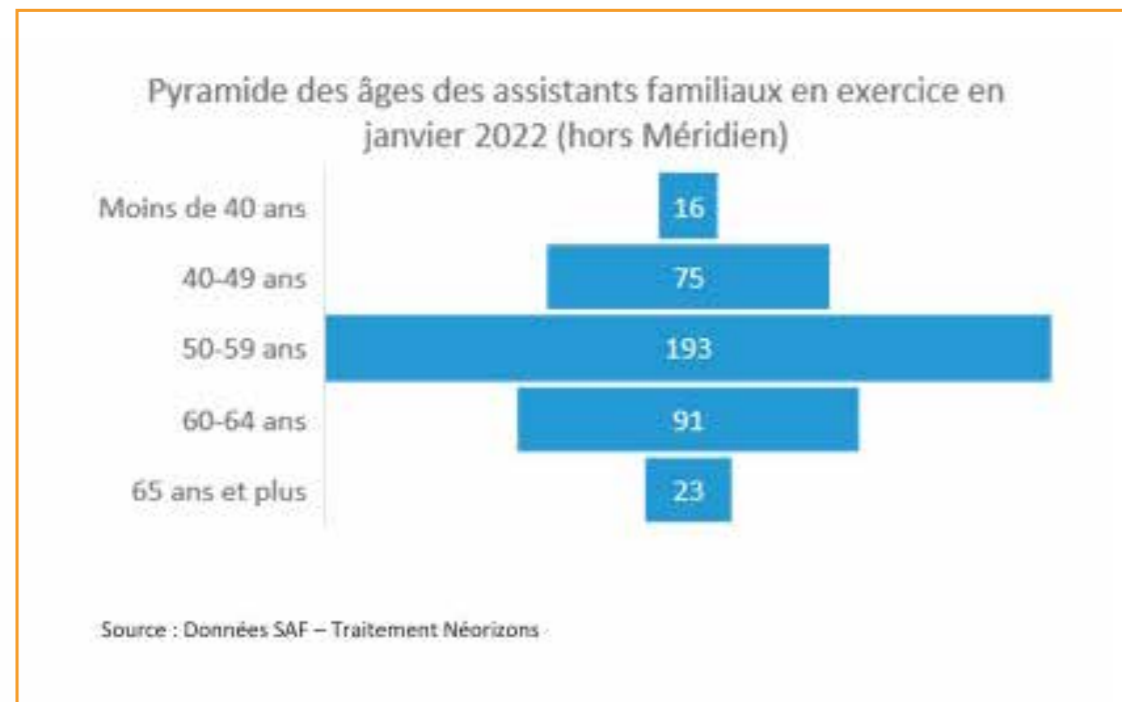
NB : 30 familles d'accueil spécialisées sur l'accueil d'urgence sont également rattachées aux sites de la DIMEF et comptabilisées dans les places d'accueil d'urgence. En janvier 2022, 52 places étaient considérées comme indisponibles (hors accueil en cours, cessation d'activité, maladie, proche retraite, ...) représentant 7 % de la capacité d'accueil du SAF.

Il convient de noter que le **manque de données sur l'occupation des places d'accueil familial associatif ne permet pas de dégager une analyse complète du dispositif.**

ACCUEIL FAMILIAL : UN EFFORT À MAINTENIR POUR ANTICIPER LES DÉPARTS À LA RETRAITE À VENIR

L'étude des données permet de mettre en exergue une pyramide des âges défavorable, laissant entrevoir des vagues importantes de départ à la retraite au sein du Département :

- > 67 départs à la retraite d'ici à 5 ans représentant 146 places d'accueil théoriques (18 % de la capacité installée)
- > 185 départs à la retraite d'ici à 10 ans représentant 402 places d'accueil théoriques.



UN TRAVAIL À POURSUIVRE SUR L'INTÉGRATION DES ASSISTANTS FAMILIAUX AUX ÉQUIPES PLURIDISCIPLINAIRES

Parmi les axes de travail identifiés, la question de la meilleure prise en compte de la place de l'assistant familial et du soutien professionnel à l'exercice du métier constitue un sujet central.

Plusieurs actions sont à souligner et ont été initiées sur le sujet :

- > La revalorisation des conditions de rémunération des assistants familiaux salariées de la collectivité au cours de la période précédente
- > Une offre de formation continue, des temps mensuels d'analyse de la pratique, une pluridisciplinarité de l'équipe comme points forts pointés par les assistants familiaux interrogés dans le cadre du diagnostic
- > 90 % des assistants familiaux interrogés par voie de questionnaire participent aux réunions de synthèse, et font part d'échanges constructifs

- > La mise en place d'un album de vie dans le cadre du Schéma précédent
- > La mise en place des réunions en visio pour éviter les déplacements (mais pas systématique selon les MDS)
- > Un enjeu soulevé autour de l'accompagnement à l'évolution de carrière, aux passerelles pour changer de profession

Toutefois, des disparités de conditions d'exercice du métier persistent entre assistants familiaux salariés du Département et des structures associatives.

Le soutien à l'exercice du métier est plus important pour les assistants familiaux employés par les structures associatives : entretiens individuels mensuels avec un psychologue de la structure, parfois même d'entretiens de couple ou avec les enfants du couple ; réunions mensuelles avec les éducateurs et les chefs de services ; visites à domicile plus fréquentes des éducateurs qui suivent un nombre réduit d'enfants. A contrario, les assistants familiaux employés par la collectivité bénéficient d'un suivi moins soutenu (environ 86 assistants familiaux par référent ; jusqu'à 35 situations d'enfants par les référents ASE dans certaines MDS, accès plus limité à des entretiens psy individuels). De même, un accès variable aux relais est observé : binômes systématiques ou places de relais identifiées pour chaque assistant familial dans certains services associatifs, pas de garantie d'un week-end de répit par mois (nouvelle exigence de la loi du 7 février 2022)

Enfin, il convient de relever que la place donnée à l'assistant familial dans l'équipe pluridisciplinaire diffère selon les MDS. Les postures diffèrent sur l'accueil/l'association de l'assistant familial aux réunions de service ou de synthèse et sur l'écriture ou participation à l'écriture d'un rapport annuel sur la situation de l'enfant. Les assistants familiaux font part d'un manque de communication systématique des recommandations faites par l'inspecteur ou des comptes-rendus d'audience ; et d'une certaine lenteur des procédures dans certaines MDS pour la réalisation des actes administratifs. Une note à ce sujet, signée par la Directrice Générale Adjointe de la Solidarité, a été diffusée en août 2022 afin de rappeler les modes de communication et d'articulation entre les équipes enfance-famille des MDS et les assistants familiaux.

6- LA PRISE EN CHARGE DES MINEURS NON ACCOMPAGNÉS

MESSAGES CLÉS

- > Une **forte hausse de la prise en charge des MNA** entre 2016 et 2019, suivie d'une baisse des arrivées liée à la crise Covid-19, puis d'une reprise de la hausse en 2022 depuis la levée des restrictions de circulation.
- > Une **politique volontariste en faveur des MNA** mais une pression qui persiste sur le dispositif d'accueil et de mise à l'abri.

LIEN AVEC LE PLAN D'ACTION DU SCHÉMA 2023-2027

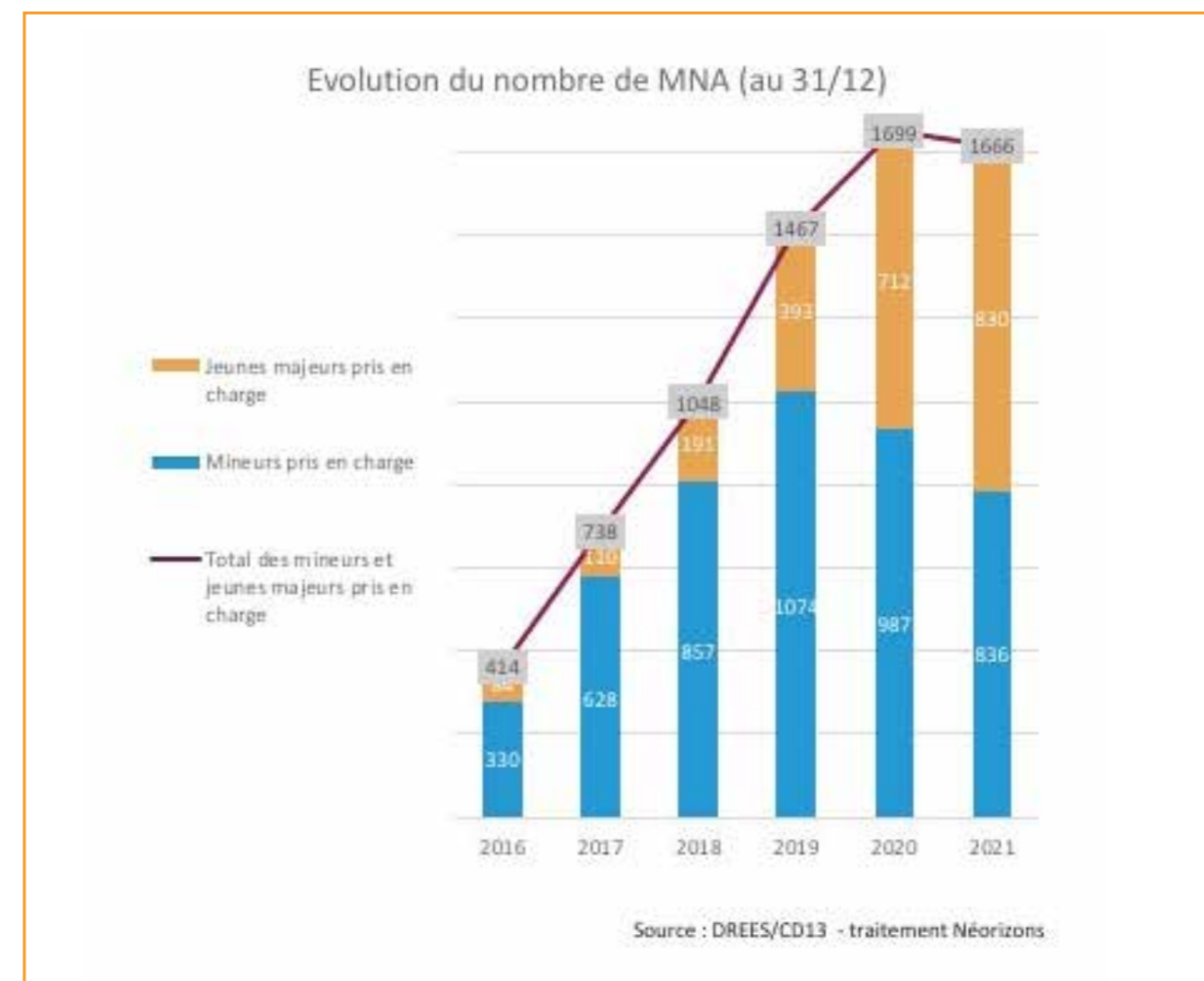
Orientation 8 : Renforcer et outiller l'accompagnement à l'autonomie des jeunes majeurs

Fiches-actions correspondantes :

- > **8.1.** Mieux outiller les jeunes à l'apprentissage de l'autonomie
- > **8.2.** Renforcer le travail partenarial autour des situations de jeunes accédant à l'autonomie

UNE FORTE HAUSSE DE LA PRISE EN CHARGE DES MNA ENTRE 2016 ET 2019, SUIVIE D'UNE BAISSSE DES ARRIVÉES LIÉE À LA CRISE COVID-19, PUIS D'UNE REPRISSE DE LA HAUSSE EN 2022 DEPUIS LA LEVÉE DES RESTRICTIONS DE CIRCULATION

Une **hausse tendancielle du nombre de MNA** a été observée depuis 2016, avec un pic en 2020, avant une décrue progressive, reflet de la tendance nationale pendant la pandémie de Covid-19. Ceci peut aussi s'expliquer par une **clé de répartition plutôt défavorable** jusqu'en 2021 et le passage à une nouvelle clé de **2,93 % en 2022**.



Toutefois, la hausse des arrivées a repris en 2022 (14 769 nouveaux entrants en 2022 selon les chiffres de la cellule nationale).

UNE POLITIQUE VOLONTARISTE EN FAVEUR DES MNA MAIS UNE PRESSION QUI PERSISTE SUR LE DISPOSITIF D'ACCUEIL ET DE MISE À L'ABRI

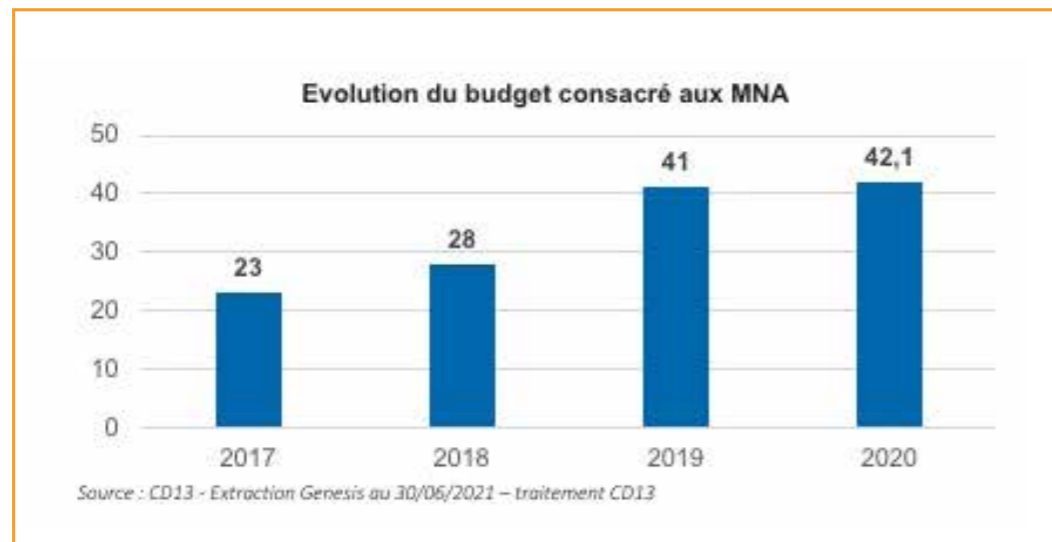
Le Département mène aujourd'hui une politique volontariste en direction des MNA.

Celle-ci s'est notamment traduite par :

- > La création de 435 places dédiées entre 2019 et juillet 2021
- > La création d'un établissement de 12 places, géré par l'Addap13, visant à sortir progressivement et définitivement des solutions de placement à l'hôtel
- > La création de 220 places de type FJT intervenant dans le cadre d'un appel à projets favorisant l'accès à l'autonomie (permettant lui-aussi de libérer des places en MECS pour les mineurs.).

Cette politique volontariste et les interventions nombreuses du Département ont entraîné une augmentation du budget essentiellement portée par le Département.

Toutefois, la participation de l'État reste relativement faible et représentait, en 2019, 3,8 % des dépenses d'évaluation et de mise à l'abri et 3,2 % des dépenses liées à la prise en charge des MNA. Il s'agit d'un impact financier majeur, ayant conduit le Département à créer en 2020 un programme budgétaire spécifique et à mettre en place un suivi analytique au niveau de la DEF afin d'identifier les différents types de prise en charge et répondre par la même occasion à la recommandation découlant du rapport de la Chambre Régionale des Comptes remis en 2020.

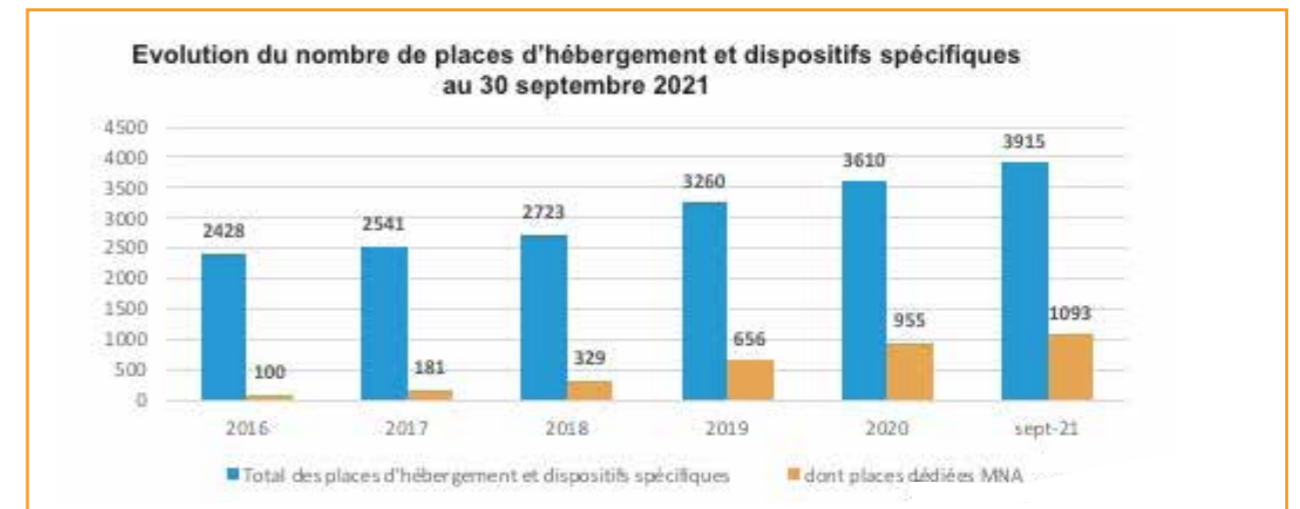


De même, la hausse du nombre de MNA a entraîné une tension sur le dispositif d'accueil qui s'est traduite par une augmentation des délais d'entrée et de présence dans le dispositif de mise à l'abri.

Cette tension s'est renforcée par le maintien du placement tout au long de la crise sanitaire, mais s'est malgré tout atténuée au cours de l'année 2021 grâce à la création de places de mise à l'abri (de 10 places en 2016 à 100 en 2020).

Depuis le mois de mars 2022, la mise à l'abri est immédiate et il ne semble plus y avoir d'OPP pour évaluation. Toutefois, la plupart des personnes évaluées majeures saisissent le juge des enfants qui les confient au Département en vue de l'analyse des documents d'identité ou de l'analyse d'âge osseux. La conséquence reste la même : ces OPP ne sont pas comptabilisées par la cellule nationale et les personnes en recours confiées au Département embolissent le dispositif d'accueil.

La pression concerne également le dispositif d'hébergement en direction des jeunes majeurs puisqu'en juin 2021, les jeunes majeurs MNA occupaient 819 places, soit 21 % de la capacité totale.



7- LES SOLUTIONS EN FAVEUR DES ENFANTS NÉCESSITANT UNE PRISE EN CHARGE COMPLEXE

MESSAGES CLÉS

- > Un constat partagé d'**insuffisance des solutions dédiées** à la prise en charge d'enfants cumulant les difficultés familiales et troubles psychiques / handicaps
- > Une palette de **solutions locales, sans vue d'ensemble** ou de travail sur l'équilibre territorial
- > Une **animation partenariale qui se structure autour des situations « complexes »** et un enjeu de repérage et d'orientation précoce vers la prise en charge médico-sociale

LIEN AVEC LE PLAN D'ACTION DU SCHÉMA 2023-2027

Orientation 4 : Développer, diversifier et adapter l'offre de prise en charge des fratries, des tout-petits et des situations dites « complexes »

Fiches-actions correspondantes :

- > **4.1.** Développer des solutions expérimentales, coordonnées ou séquentielles, pour la prise en charge des situations dites « complexes »

Le Département dispose d'un nombre de places limité pour l'accueil des jeunes « cas complexes » : 57 places installées ou prévues au 31/03/2022 (hors accueil de jour Résados). Comme beaucoup de territoires en France, les listes d'attentes en ITEP/IME renforcent la tension sur les places d'accueil portées par le Département. À ce titre, d'après l'étude interne menée début 2021, 76 candidatures n'ont pu être retenues par les unités ado spécialisées.

Toutefois, il convient de noter la création en 2021 d'une structure à double habilitation ARS/Département réunissant un IME et une MECS, portée par l'AMSP. De même, un appel à projet a été lancé en 202 pour la création d'un ISEMA (institut socio-éducatif médicalisé pour adolescents) de 12 places, en partenariat ARS-PJJ-Département.

UNE PALETTE DE SOLUTIONS LOCALES, SANS VUE D'ENSEMBLE OU DE TRAVAIL SUR L'ÉQUILIBRE TERRITORIAL

Le Département dispose de structures permettant l'accueil, l'écoute et la prise en charge des enfants et jeunes adolescents. À ce titre, le projet territorial de santé mentale de l'ARS recense notamment :

- > 12 Centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP) et 19 Centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP), dont le CMPP porté par le Département.
- > La Maison départementale de l'adolescent, portée par le Département, qui accueille des enfants de 11 à 18 ans
- > La Maison des adolescents MDA 13 Nord qui accueille les jeunes de 11 à 25 ans et leur famille au sein de 4 antennes et de 5 Relais ados Parents (RAP)
- > Un accueil soins pour adolescents au centre hospitalier Valvert
- > Les Espaces santé jeunes (ESJ) à Aubagne dans le 11ème, la Ciotat, Gardanne, Martigues, Istres et Port de Bouc.
- > L'Association IMAJE Santé (Marseille et 4 antennes territoriales)
- > Les points accueil écoute jeunes (PAEJ), à Aix-en-Provence, Vitrolles et Berre l'étang
- > La consultation pour adolescents et leur famille à Saint-André, rattachée à l'hôpital Edouard Toulouse
- > L'association ASMA financée par l'ARS qui agit en soutien des adolescents et suicidaires
- > Le relais RESADOS qui intervient à la demande d'équipes de professionnels pour des adolescents de 12 à 21 ans qualifiés en état de crise ou/et de rupture
- > Le Service de soutien, soin, intervention et accueil temporaire SSSIAT, de l'association SERENA
- > Des équipes mobiles (ex : espace mobile en santé mentale Le Van pour les jeunes de 15 à 25 ans)
- > Le dispositif PASAR : plateforme d'accès aux soins pour adolescents en rupture, rattachée à un CMPP.

Ces solutions sont souvent connues par les acteurs locaux mais restent insuffisantes pour la prise en charge des situations « complexes » identifiées sur le territoire. Un travail est à mener pour faciliter l'orientation des jeunes confiés à l'ASE vers les structures de droit commun, et développer la capacité de prise en charge pour résoudre la saturation du dispositif.

UN CONSTAT PARTAGÉ D'INSUFFISANCE DES SOLUTIONS POUR LA PRISE EN CHARGE D'ENFANTS CUMULANT LES DIFFICULTÉS

Malgré des solutions existantes, le constat reste partagé par les professionnels du Département et les partenaires associatifs quant à l'insuffisance des solutions d'accueil ou de soutien aux professionnels pour la prise en charge d'enfants cumulant difficultés familiales et troubles psychiques ou handicaps.

Le taux global d'équipement en ESSMS pour enfants handicapés est en ligne avec le niveau national, mais sa répartition territoriale inégale (places en IME et IMPRO concentrées à Marseille Sud ; absence de places en ITEP sur les secteurs d'Aubagne, la Ciotat, l'Étang de Berre et Salon) . Les professionnels interrogés font part de listes d'attente de plusieurs années en IME/ITEP, et de délais de plusieurs mois pour la prise en charge en CAMSP ou CMPP, qui engendre un recours fort aux spécialistes du secteur libéral, avec des limites rencontrées sur la continuité de prise en charge et le travail en réseau.

Le taux d'équipement en psychiatrie infanto-juvénile est sensiblement inférieur à la moyenne française ; les difficultés structurelles au niveau de la pédopsychiatrie sont confirmées par le projet régional de santé de l'ARS. La collectivité connaît également de fortes difficultés au niveau du recrutement de médecins, psychiatres et pédopsychiatres, comme au niveau national.

De plus, il convient de noter que le dispositif d'accueil spécifique repose sur des initiatives locales avec, à ce jour, une diversité de petites structures locales portées par le secteur associatif avec prise en charge renforcée (taux d'éducateurs/enfant élevé ; psychologues, pédopsychiatres, infirmières, ...) mais un nombre de places restant limité.

Dans le cadre de la stratégie pour l'autisme, une convention a été passée en 2022 entre le Département et le Centre hospitalier Valvert pour la mise à disposition de locaux de la PMI pour des temps de consultations de professionnels libéraux conventionnés avec la Plateforme de coordination et d'orientation (PCO Valvert).

Une stratégie commune mériterait d'être travaillée avec les partenaires (ARS, Education nationale, hôpitaux...). A ce titre, un travail a été entamé avec l'ARS sur les besoins des enfants porteurs de handicaps pris en charge par l'ASE, avec l'ouverture récente de places d'internat en IME et des projets d'équipe mobiles pour intervention dans les établissements.

5- Sources : PTSM - ARS Paca / Schéma autonomie PH CD13

6- Source : Schéma 2017-2022 en faveur des personnes handicapées du CD13

UNE ANIMATION PARTENARIALE QUI SE STRUCTURE AUTOUR DES SITUATIONS « COMPLEXES » ET UN ENJEU DE REPÉRAGE ET D'ORIENTATION PRÉCOCE

Parmi les principales instances et actions d'animation partenariale, sont à noter :

- > Un « **comité départemental ados** » réinstauré en décembre 2021 et réunissant des représentants des IEF, MECS, MDS, et de l'ARS ; pour le suivi et la coordination autour des situations d'adolescents présentant des troubles psychiatriques ou du comportement ;
- > Un groupe de travail autour de **la santé psychique des MNA**, en lien avec la plateforme santé de l'ADDAP13 ;
- > Des **rencontres entre les MECS et les secteurs de pédopsychiatrie** organisées par la chargée de mission santé mentale au sein de la DEF ;
- > Une **convention signée entre le Département, l'AP-HM et Espace éthique** pour la mise en place d'un dispositif de **réunions de concertation pluridisciplinaires** autour des cas complexes.

L'enjeu est pour l'heure au développement d'un meilleur repérage des troubles afin d'orienter les jeunes au plus tôt vers des solutions répondant à leurs besoins.

En effet, a été remonté par les professionnels de MDS et les assistants familiaux un manque de connaissances sur le développement et l'état psychologique des enfants (pour permettre une orientation précoce vers les parcours du handicap) et sur les spécificités de l'accueil de ces enfants.

De plus, il convient d'affirmer que des troubles ne sont pas toujours repérés ou communiqués en amont de la recherche d'une place d'accueil. A ce titre, une mission de formation, sensibilisation et mise en réseau a été confiée à la chargée de mission santé mentale de la Direction Enfance Famille.

Enfin, s'observe une absence de lien ou de protocole entre les établissements et la MDPH pour l'orientation des mineurs ou jeunes majeurs.

8 - L'ACCOMPAGNEMENT VERS L'AUTONOMIE DES JEUNES MAJEURS

MESSAGES CLÉS

- > Une politique volontariste d'accompagnement des jeunes majeurs qui permet d'éviter les sorties sèches à 18 ans
- > Une forte augmentation des Contrats Jeunes Majeurs (CJM) depuis 2016 pour les majeurs ex-MNA
- > Un dispositif d'accueil dédié à l'accueil des jeunes majeurs, en développement
- > Une forte diversité de solutions de droit commun, méconnues des professionnels de la collectivité et des ESSMS
- > Une harmonisation nécessaire pour diffuser les bonnes pratiques et offrir les mêmes chances à tous les jeunes accompagnés sur le territoire
- > Une problématique d'accès au logement qui freine la sortie de l'ASE
- > Un enjeu qui se porte désormais sur l'accompagnement des sorties de CJM

LIEN AVEC LE PLAN D'ACTION DU SCHÉMA 2023-2027

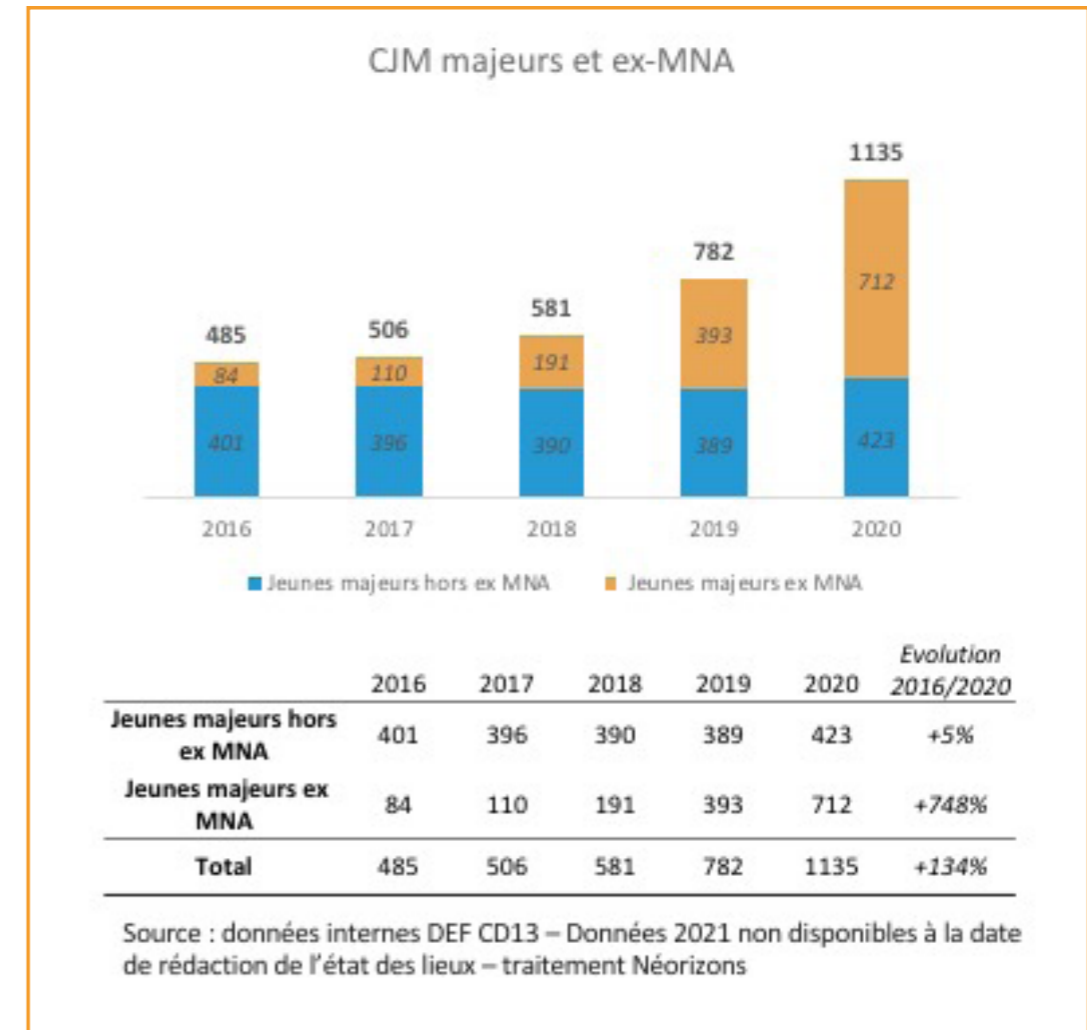
Orientation 8 : Renforcer et outiller l'accompagnement à l'autonomie des jeunes majeurs

Fiches-actions correspondantes :

- > **8.1.** Mieux outiller les jeunes à l'apprentissage de l'autonomie
- > **8.2.** Renforcer le travail partenarial autour des situations de jeunes accédant à l'autonomie

UNE POLITIQUE VOLONTARISTE D'ACCOMPAGNEMENT DES JEUNES MAJEURS ET DE DÉVELOPPEMENT DE L'OFFRE D'ACCUEIL DÉDIÉE

Une forte augmentation des CJM est observée depuis 2016 ans. Celle-ci est due en particulier aux CJM de jeunes ex-MNA.



Le Département mène une politique volontariste d'accompagnement des jeunes majeurs qui permet d'éviter les sorties sèches à 18 ans.

À titre d'illustrations, plus de 400 jeunes ont bénéficié de CJM (hors ex-MNA) en 2020, tous les jeunes bénéficient d'un entretien pré-majorité, et le nombre de sorties sèches à 18 ans est très faible d'après les professionnels interrogés.

Un dispositif d'accueil dédié à l'accueil des jeunes majeurs est en cours de développement. Il s'agit d'un appel à projet lancé en 2021 sur des structures autonomie 17-21 ans en fin de CJM (220 places) afin de diversifier la prise en charge des jeunes majeurs.

UNE FORTE DIVERSITÉ DE SOLUTIONS, MAL CONNUES DES PROFESSIONNELS ; UN TRAVAIL D'HARMONISATION ET D'OUTILLAGE NÉCESSAIRE

Une étude interne réalisée en 2021 par la DEF auprès de 20 établissements montre la forte diversité des solutions travaillées par les structures d'accueil de jeunes majeurs pour les accompagner vers l'autonomie, mises en œuvre avec un réseau étendu de partenaires sur le territoire : autonomie financière, accès aux droits, au logement, à la mobilité, à la santé, éducation au numérique, ouverture culturelle, activités sportives, éducation à la laïcité, engagement citoyen, recherche d'emploi, accès à la formation, soutien scolaire et aide à l'expression écrite ou orale, etc.

De plus, cette étude a permis de mettre en exergue une méconnaissance des dispositifs de droit commun existants par les professionnels, notamment du fait de l'absence de protocole partenarial au niveau départemental (prévu par la loi de 2016), ou de référentiel départemental des dispositifs mobilisables. Des partenariats sont donc à renforcer en interne (avec la direction de l'insertion par exemple).

En complément, une harmonisation des pratiques est nécessaire pour diffuser les bonnes pratiques et offrir les mêmes chances à tous les jeunes accompagnés sur le territoire :

- > Des pratiques de gestion budgétaire (éducation financière, cumul allocation ASE et salaire, épargne imposée, participation aux frais...) qui diffèrent d'un établissement à l'autre : certains ayant par exemple instauré des règles relatives aux allocations versées pour les jeunes salariés, ou des outils de suivi de l'épargne du jeune ;
- > Un accès au logement qui repose principalement sur le réseau local des structures d'accueil et souffre d'un manque de protocoles partenariaux ;
- > Des écarts importants constatés dans les actions menées en interne ou auprès de partenaires sur l'accès à la culture, au sport, à la santé, à la mobilité.

Enfin, il convient de relever une problématique forte d'accès au logement freinant la sortie de l'ASE.

Cette situation s'explique notamment par un contexte de tension sur le territoire, en particulier dans les grandes agglomérations ; par une orientation majoritaire vers les Foyers de Jeunes Travailleurs et les résidences sociales avec un trop faible recours aux solutions alternatives (co-location, habitat intergénérationnel) ; et par une sollicitation du SIAO non systématique.

À ce titre, afin de faire face à cette problématique, la loi du 7 février 2022 fait des jeunes sortis de l'ASE un public prioritaire pour l'accès au logement social.

7- Source : étude S. Gluvacevic

9 - LE TRAVAIL SUR LES STATUTS ET L'ADOPTION

MESSAGES CLÉS

- > Un nombre **d'adoptions internationales** en baisse, conformément à la tendance nationale
- > Un **nombre d'adoptions de pupilles stable** mais relativement faible au regard du nombre d'agréments délivrés
- > Un **faible recours à l'adoption** pour les enfants de l'ASE, que la loi de 2022 vise à faciliter
- > **L'adoption simple peut s'inscrire dans un parcours progressif** visant à trouver la meilleure solution de prise en charge dans l'intérêt de l'enfant.

LIEN AVEC LE PLAN D'ACTION DU SCHÉMA 2023-2027

Orientation 7 : Améliorer la cohérence et la coordination des parcours des jeunes

Fiche-action correspondante :

- > **7.5** : Développer le recours à l'adoption simple

DES ADOPTIONS INTERNATIONALES EN BAISSÉ, DES ADOPTIONS DE PUPILLES STABLES MAIS RELATIVEMENT FAIBLES AU REGARD DU NOMBRE D'AGRÉMENTS DÉLIVRÉS

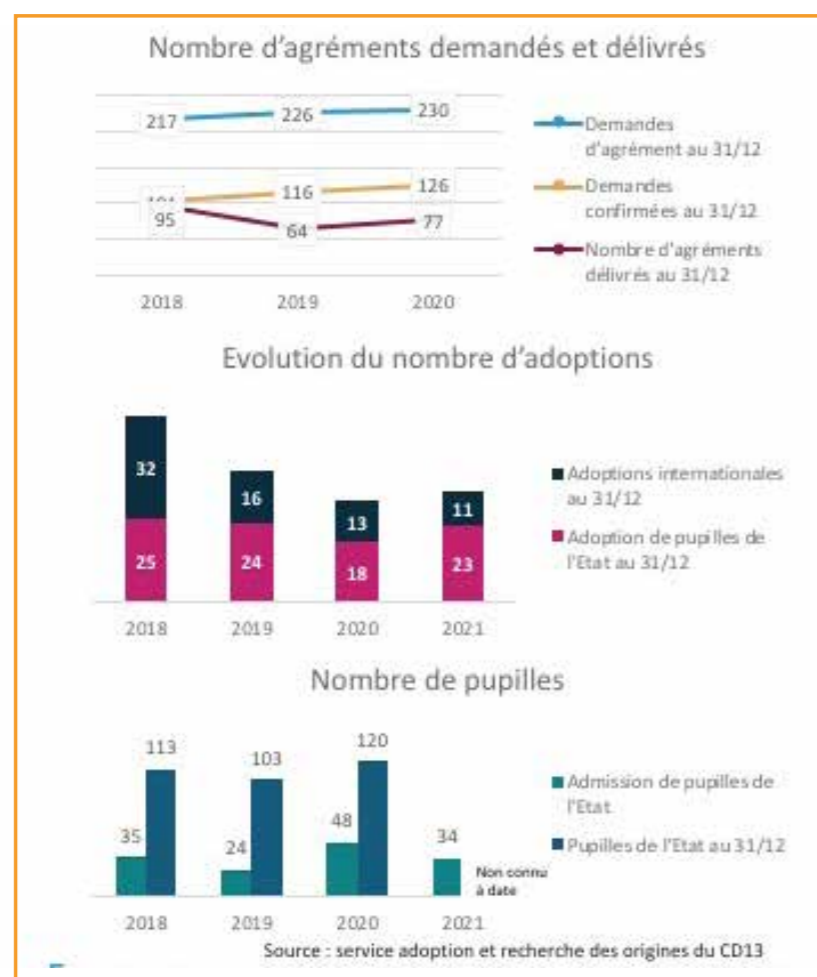
Si les demandes d'agrément sont en légère hausse, il convient d'affirmer que les agréments délivrés, eux, sont en baisse depuis 2018.

Le nombre d'enfants adoptés reste relativement faible (pupilles de l'Etat ou autres), et ce malgré un nombre significatif d'adoptants agréés. Cela s'explique notamment par l'écart entre le projet d'adoption et les besoins spécifiques des enfants adoptables (nourrissons, enfants aux parcours de vie difficiles, porteurs de handicaps...).

Le département des Bouches-du-Rhône dispose d'une proportion de pupilles pour 100 000 mineurs supérieure à la moyenne française en 2018 (26 d'après les chiffres Département contre 20,7 en France selon un rapport de l'ONPE). Le nombre d'admissions de pupilles est en hausse, qui pourrait s'expliquer par le travail mené depuis plusieurs années sur le statut des enfants placés et la hausse des déclarations judiciaires de délaissement parental.

De plus, un travail de qualité autour des statuts a été conduit, ayant abouti sur la mise en place d'une commission de veille sur les statuts impliquant MDS, MECS, JE à Marseille, ADEPAPE, qui revoit toutes les situations d'enfants confiés 0-6 ans (sauf PAD) une fois par an.

Le processus de remontée d'information sur les situations à étudier en commission a été formalisé par le service adoption, mais il subsiste le besoin de mieux former les travailleurs sociaux notamment à l'évaluation de l'exercice de l'autorité parentale.

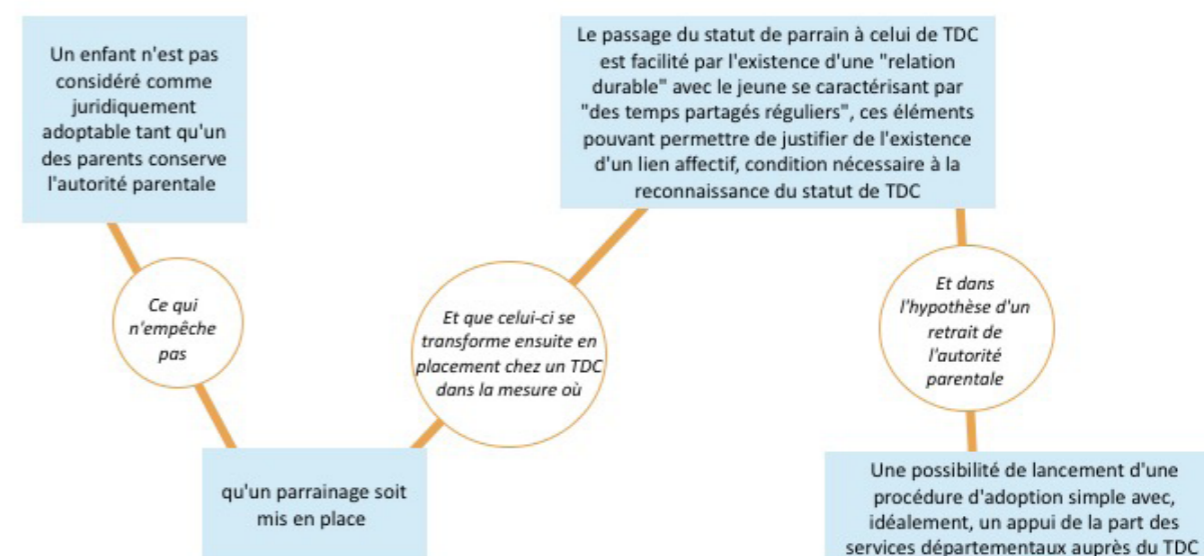


UN FAIBLE RECOURS À L'ADOPTION POUR LES ENFANTS DE L'ASE, QUE LA LOI DE 2022 VISE À FACILITER

La loi du 21 février 2022 visant à réformer l'adoption comporte un certain nombre de dispositions qui sont susceptibles de faire augmenter le nombre de procédures d'adoption notamment pour les enfants pris en charge par les services départementaux d'aide sociale à l'enfance, soit que ces dispositions élargissent les critères pour adopter, soit qu'elles favorisent plus directement l'adoption d'enfants pris en charge au titre de l'ASE.	
Principes	Changements pratiques
Elargissement des catégories de population susceptibles d'obtenir l'adoption	<ul style="list-style-type: none"> Ouverture de l'adoption aux couples non mariés (PACS, concubins) Abaissment de l'âge minimal pour pouvoir adopter (de 28 à 26 ans) Durée de vie commune du couple réduite de deux à un an
Revalorisation de l'adoption simple	Reformulation de l'article 364 du code civil rendant plus clair le maintien des liens avec la famille d'origine : "L'adoption simple confère à l'adopté une filiation qui s'ajoute à sa filiation d'origine. L'adopté conserve ses droits dans sa famille d'origine."
Refonte du statut de pupille et des règles autour de leur adoption	<ul style="list-style-type: none"> Suppression de l'étape de la procédure consistant à recueillir, en plus de l'avis du consentement du conseil de famille, celui de la famille naturelle quand l'enfant avait été confié par ses parents naturels au Département Un recueil des enfants exclusivement réservé à l'ASE (et non plus aussi ouvert aux Organismes Autorisés pour l'Adoption) contribuant à faire augmenter le nombre de pupilles de l'Etat pris en charge par l'ASE et donc les possibilités d'adoption pour ces enfants Une facilitation de la procédure d'adoption plénière pour les personnes qui, au titre de l'ASE, ont accueilli un enfant pupille de l'Etat La possibilité pour les enfants de plus de quinze ans d'être adoptés de façon plénière lorsqu'ils sont reconnus délaissés tardivement et possibilité d'adoption plénière jusqu'à 21 ans
Une attention portée sur les situations de délaissement parental	Obligation d'un examen tous les six mois du statut des enfants de moins de trois ans confiés à l'aide sociale à l'enfance (ASE) par une commission pluridisciplinaire pour détecter les situations de délaissement parental

L'ADOPTION SIMPLE PEUT S'INSCRIRE DANS UN PARCOURS PROGRESSIF VISANT À TROUVER LA MEILLEURE SOLUTION DE PRISE EN CHARGE DANS L'INTÉRÊT DE L'ENFANT

La conjonction des lois de février 2022 de protection de l'enfance offre de nouvelles opportunités de développer l'adoption simple d'enfants placés à l'ASE dans la mesure où cette adoption peut trouver à s'inscrire dans un processus progressif débutant par un parrainage :



10 - LE PILOTAGE ET LE SUIVI DES PARCOURS DES ENFANTS

MESSAGES CLÉS

- > **Un pilotage opérationnel à améliorer** pour garantir la continuité et la fluidité des parcours (appropriation et généralisation du PPE, régulation des admissions et des attributions de places pérennes, meilleure visibilité sur les flux, exercice de la référence éducative à harmoniser)
- > **Un dispositif de maîtrise des risques (suivi et contrôle des établissements, gestion des événements indésirables) à renforcer** au regard des nouvelles attentes de la loi de 2022
- > **Un pilotage partenarial bien incarné au niveau de l'ODPE, qui gagnerait à être décliné en instances opérationnelles** permettant de travailler sur la cohérence, l'articulation et l'évolution de l'offre en faveur des enfants et des familles

LIEN AVEC LE PLAN D'ACTION DU SCHÉMA 2023-2027

Orientation 5 : Renforcer le pilotage du dispositif d'accueil départemental

Fiches-actions correspondantes :

- > **5.1.** Expérimenter et évaluer la mise en place d'un outil et d'une procédure de recherche de places
- > **5.2.** Améliorer la gestion du dispositif d'accueil d'urgence
- > **5.3.** Définir une stratégie départementale de prévention de la maltraitance au sein du dispositif d'accueil départemental et structurer le dispositif de remontée des événements indésirables

Orientation 7 : Améliorer la cohérence et la coordination des parcours des jeunes

Fiche-action correspondante :

- > **7.2.** Garantir la mise en œuvre complète du Projet pour l'Enfant en accompagnant le changement auprès des professionnels

UN PILOTAGE OPÉRATIONNEL À AMÉLIORER POUR GARANTIR LA CONTINUITÉ DES PARCOURS ET ÉVITER LES RUPTURES

Le format du Projet pour l'Enfant en place a été retravaillé récemment avec les MDS. S'il vise à servir de support aux commissions PPE annuelles de révision des situations, plusieurs axes d'amélioration ont été relevés :

- > L'appropriation de l'outil reste un enjeu pour les inspecteurs et référents ASE (peu de PPE sont rédigés à ce jour) ;
- > Un travail est à mener sur le volet Santé du PPE dans le cadre du suivi de la santé des enfants placés ;
- > L'adoption du PPE nécessite d'outiller et simplifier le remplissage et le partage des informations entre professionnels ;
- > Un travail d'articulation est à mener avec les partenaires sur les projets conjoints de prise en charge.

De même, le processus de régulation des admissions et d'attribution de places pérennes existant manque de lisibilité et de réactivité (voir chapitre « Accueil »). En effet, est relevé un manque de données de pilotage centralisées sur les flux d'entrées/sorties, les files d'attente, l'occupation des places et les durées de placement.

Enfin, une forte hétérogénéité est observée dans l'exercice de la référence éducative.

La fréquence de visite du référent ASE est variable selon les MDS. Le fort turnover des référents ASE impacte la continuité du lien avec l'enfant (ex : disparités de décision sur le suivi médical). Le manque de cadre commun départemental est pointé par les structures d'accueil (disparités dans les autorisations parentales, sur le périmètre d'intervention des inspecteurs et des référents ASE, etc.). Les dossiers bénéficiaires ne sont pas centralisés et posent un risque sur la continuité du suivi pour les jeunes qui changent de territoire.

Néanmoins, il convient de mettre en avant la contribution du Département à un projet de recherche financé par l'ONPE sur les placements de longue durée avec une analyse comparée Québec-France. L'étude se penchera sur 40 dossiers d'enfants placés depuis plus de 10 ans.

UN SUIVI ET CONTRÔLE DES ÉTABLISSEMENTS AU REGARD DES NOUVELLES EXIGENCES DE LA LOI DE 2022

La stratégie de prévention de la maltraitance au sein des structures d'accueil est à travailler dans le Schéma départemental depuis la loi 2022. **Un plan de contrôle des établissements reste à structurer et à articuler** avec un dispositif de gestion des événements indésirables, afin d'objectiver les problématiques rencontrées au sein des établissements et d'y apporter une réponse réactive.

UN PILOTAGE PARTENARIAL À RENFORCER POUR UNE LECTURE PARTAGÉE DES BESOINS ET DES ORIENTATIONS COMMUNES SUR L'ÉVOLUTION DE L'OFFRE

Un Observatoire Départemental de la Protection de l'Enfance (ODPE) a été mis en place.

Il est composé de 60 membres et réunit une à deux fois par an l'ensemble des partenaires pour partager les grandes orientations et travaux en cours (Justice, ARS, Education nationale, Gendarmerie, Police, CAF, DDETS, Hôpitaux, MDPH, ordre des médecins, partenaires associatifs, professionnels et personnels qualifiés...). Il permet un travail partenarial de qualité sur des sujets transverses, comme la prostitution des mineurs. À titre d'exemple, la présence à l'ODPE des écoles de formations de travailleurs sociaux permet de travailler sur l'adéquation des formations de travailleurs sociaux avec les besoins des institutions.

Au-delà de l'ODPE, d'autres partenariats de qualité ont été développés :

- > Avec la PJJ (comité de suivi AEMO, participation du Département aux Commissions Parcours de la PJJ pour identifier les jeunes relevant d'une prise en charge PJJ, présence d'un éducateur PJJ détaché au sein de la CRIP pour la coordination inter-institutionnelle)
- > Avec l'Éducation nationale sur l'IP grâce à la signature d'un protocole interinstitutionnel

D'autres protocoles partenariaux restent à élaborer sur la prévention et sur l'accompagnement à l'autonomie (loi de 2016).

Trois autres initiatives sont à souligner :

- > **Une contractualisation a été signée avec l'État** dans le cadre de la stratégie nationale de prévention et protection de l'enfance. Cela ouvre de véritables opportunités de travail partenarial, de formation et de financement de dispositifs expérimentaux.
- > **Un Comité des Jeunes est en cours de mise en place** afin d'intégrer les usagers à la réflexion sur la qualité de prise en charge et l'évolution de l'offre.
- > **Un Comité Départemental des Services aux Familles a été mis en place avec la CAF** dans le cadre du travail sur le Schéma Départemental des Services aux Familles (SDSF).

Toutefois, des instances stratégiques avec la Justice ont été mises à l'arrêt pendant la crise Covid.

De même, est observé un manque d'instances de travail opérationnelles pour la régulation du dispositif et l'évolution de l'offre notamment :

- Avec la Justice pour travailler sur les situations complexes, le contenu des mesures et l'articulation entre les dispositifs ;
- Avec l'ARS pour travailler des orientations communes d'évolution de l'offre de prise en charge conjointe, notamment en matière de handicap ;
- Avec les acteurs associatifs pour travailler en co-construction sur l'évolution de l'offre de prise en charge.

11 - NOUVEAUX ENJEUX

MESSAGES CLÉS

- > Prostitution des mineurs : Des travaux entamés pour mieux évaluer l'ampleur du phénomène et construire les réponses adaptées avec la Justice et les associations spécialisées

LIEN AVEC LE PLAN D'ACTION DU SCHÉMA 2023-2027

Orientation 10 : Renforcer le travail partenarial autour des nouveaux enjeux de prostitution des mineurs et de trafics de drogue

Fiche-action correspondante :

- > **10.1** - Développer une meilleure connaissance des problématiques et renforcer le travail partenarial autour des situations de prostitution des mineurs et de trafic de drogue

DES TRAVAUX ENTAMÉS POUR MIEUX ÉVALUER L'AMPLEUR DU PHÉNOMÈNE ET CONSTRUIRE LES RÉPONSES ADAPTÉES AVEC LA JUSTICE ET LES ASSOCIATIONS SPÉCIALISÉES

La loi du 7 février 2022 intègre de manière claire l'accompagnement des mineurs victimes de prostitution dans le champ des missions de l'ASE. Il s'agit d'une problématique en augmentation, notamment dans les établissements à Marseille.

Un questionnaire interne diffusé à toutes les MECS a permis d'estimer qu'une soixantaine de jeunes ont une conduite sexuelle à risque et qu'une centaine de jeunes sont (ou ont été) dans un parcours prostitutionnel (MNA durant leur parcours migratoire par exemple).

Une intervention de l'Amicale du Nid est aujourd'hui financée par le Département pour accompagner les adolescents en risque ou en situation de prostitution repérées par l'ASE, et sensibiliser et soutenir les professionnels des établissements (ateliers, échange sur les pratiques, sur des situations...)

En complément, d'autres travaux ont été entamés au niveau départemental pour traiter cette problématique :

- > Un groupe de travail avec le parquet, les Juges des Enfants et la Direction Enfance-Famille (DEF) instauré en 2019 (à relancer)
- > Un travail partenarial dans le cadre d'un projet protocole pour la « mise en place d'un dispositif expérimental visant à protéger les mineurs victimes de traite des êtres humains », réunissant la Justice, la Police nationale/Gendarmerie nationale, le Département et les associations d'aide aux victimes
- > L'élaboration et la diffusion d'une fiche alerte permettant aux MECS de faire remonter des situations
- > La participation aux travaux nationaux (recherches actions, travaux de l'ONPE, etc.)

Il s'agit à ce jour d'un véritable enjeu de sensibilisation et d'accompagnement des établissements et services au repérage et à la gestion des situations de prostitution.

De même, l'un des enjeux principaux réside dans la coopération et la mobilisation des acteurs locaux :

- > Une coordination essentielle et un appui indispensable sur des structures pouvant faire preuve de souplesse, de réactivité et de moyens (notamment la prévention spécialisée) face à des situations qui évoluent très vite ;
- > Une coordination entre les services départementaux et les services judiciaires qui gagnerait à être formalisée ;
- > De l'intérêt de mettre en place un pilotage territorial à l'échelle départementale mobilisant divers acteurs (ASE, procureur de la République, Juges des enfants, PJJ, prévention spécialisée, ARS, collectivités locales, acteurs de l'insertion, associations expertes, ...) pour définir une stratégie départementale dédiée et pour suivre des situations individuelles.

5 PRÉSENTATION DES AXES STRATÉGIQUES ET OPÉRATIONNELS DU SCHÉMA DÉPARTEMENTAL 2023-2027

À L'ISSUE DE LA PHASE DE DIAGNOSTIC ET DES GROUPES DE TRAVAIL, 11 ORIENTATIONS ONT ÉTÉ FORMULÉES POUR ARTICULER LES ACTIONS PRIORITAIRES :

1. Développer une approche coordonnée de la **prévention** auprès des enfants et des familles
2. Garantir une **évaluation** réactive et harmonisée des situations d'enfants en danger ou risque de danger
3. Renforcer le recours aux **mesures administratives** et diversifier les **interventions à domicile (administratives ou judiciaires)**
4. Développer, diversifier et adapter l'offre de **prise en charge des fratries, des tout-petits et des situations dites « complexes »**
5. Renforcer le **pilotage du dispositif d'accueil** départemental
6. Renforcer la **coordination et le suivi de la santé** des enfants confiés
7. Améliorer la **cohérence et la coordination des parcours** des jeunes
8. Renforcer et outiller l'accompagnement à l'autonomie des jeunes majeurs
9. Structurer la **réflexion stratégique sur l'évolution du dispositif** et améliorer la **participation des usagers**
10. Renforcer le travail partenarial autour des **nouveaux enjeux de prostitution des mineurs et de trafics de drogue**
11. Renforcer l'**attractivité des métiers** de la prévention et protection de l'enfance

CES 11 ORIENTATIONS SE DÉCLINENT EN 32 FICHES-ACTIONS :

1. DÉVELOPPER UNE APPROCHE COORDONNÉE DE LA PRÉVENTION AUPRÈS DES ENFANTS ET DES FAMILLES

- 1.1. Renforcer le travail partenarial pour mieux **coordonner les actions de prévention**
- 1.2. Renforcer l'articulation entre la **prévention sociale** développée par les MDS et **l'accompagnement en protection de l'enfance**
- 1.3. Renforcer la visibilité de **l'offre de soutien à la parentalité** sur le territoire
- 1.4. Renforcer **le rôle de la PMI** et élargir la couverture de ses actions
- 1.5. Renforcer **la place des TISF** dans les accompagnements en prévention
- 1.6. Renforcer le rôle de la **prévention spécialisée** et l'articulation des acteurs sur le terrain

2. GARANTIR UNE ÉVALUATION RÉACTIVE ET HARMONISÉE DES SITUATIONS D'ENFANTS EN DANGER OU RISQUE DE DANGER (IP)

- 2.1. Garantir la formation continue des professionnels et partenaires au **référentiel d'évaluation de l'Information Préoccupante**
- 2.2. Améliorer le **processus d'évaluation de l'IP** pour veiller au respect du délai légal
- 2.3. Mettre en œuvre le **protocole de coordination avec l'Education nationale** autour de l'IP

3. RENFORCER LE RECOURS AUX MESURES ADMINISTRATIVES ET DIVERSIFIER LES INTERVENTIONS À DOMICILE (ADMINISTRATIVES OU JUDICIAIRES)

- 3.1. **Développer l'AED** et renforcer le recours aux mesures administratives sur tout le territoire
- 3.2. **Diversifier les interventions à domicile** et clarifier les modalités d'exécution des mesures

4. DÉVELOPPER, DIVERSIFIER ET ADAPTER L'OFFRE DE PRISE EN CHARGE DES FRATRIES, DES TOUT-PETITS ET DES SITUATIONS DITES « COMPLEXES »

- 4.1. Développer des solutions expérimentales, coordonnées ou séquentielles, pour la **prise en charge des situations dites « complexes »**
- 4.2. Développer l'offre d'accueil dédiée aux **fratries**
- 4.3. Rechercher et expérimenter des solutions innovantes pour l'accueil et la **prise en charge des 0-3 ans**
- 4.4. Poursuivre les efforts de développement de **l'accueil familial**

5. RENFORCER LE PILOTAGE DU DISPOSITIF D'ACCUEIL DÉPARTEMENTAL

- 5.1. Expérimenter et évaluer la mise en place d'un **outil et d'une procédure de recherche de places**

5.2. Améliorer la gestion du dispositif d'accueil d'urgence

5.3. Définir une stratégie départementale de prévention de la maltraitance au sein du dispositif d'accueil départemental et structurer le **dispositif de remontée des évènements indésirables**

5.4. Engager une dynamique de **soutien aux établissements et services habilités**

6. RENFORCER LA COORDINATION ET LE SUIVI DE LA SANTÉ DES ENFANTS CONFIÉS

6.1. Améliorer le suivi de la santé des enfants confiés et mettre en œuvre les **parcours de santé coordonnés**

7. AMÉLIORER LA COHÉRENCE ET LA COORDINATION DES PARCOURS DES JEUNES

7.1. Favoriser le recours aux **tiers dignes de confiance** et garantir un suivi éducatif en cas de placement TDC

7.2. Garantir la mise en œuvre complète du **Projet pour l'Enfant** en accompagnant le changement auprès des professionnels

7.3. Renforcer le travail partenarial autour des **visites en présence d'un tiers**

7.4. Diversifier les mesures permettant de travailler le soutien à la parentalité dans le cadre d'un placement

7.5. Développer le recours à **l'adoption simple**

7.6. Développer le **parrainage et le mentorat** pour les jeunes pris en charge à l'ASE

8. RENFORCER ET OUTILLER L'ACCOMPAGNEMENT À L'AUTONOMIE DES JEUNES MAJEURS

8.1. Mieux outiller les jeunes à **l'apprentissage de l'autonomie**

8.2. Renforcer le travail partenarial autour des situations de jeunes accédant à l'autonomie

9. STRUCTURER LA RÉFLEXION STRATÉGIQUE SUR L'ÉVOLUTION DU DISPOSITIF ET AMÉLIORER LA PARTICIPATION DES USAGERS

9.1. Renforcer le **pilotage partenarial et le travail stratégique sur l'évolution du dispositif**

9.2. Renforcer la **participation des jeunes** à l'élaboration de la politique publique

10. RENFORCER LE TRAVAIL PARTENARIAL AUTOUR DES NOUVEAUX ENJEUX DE PROSTITUTION DES MINEURS ET DE TRAFICS DE DROGUE

10.1. Développer une meilleure connaissance des problématiques et renforcer le travail partenarial autour des situations de **prostitution des mineurs et de trafics de drogue**

11. RENFORCER L'ATTRACTIVITÉ DES MÉTIERS DE LA PRÉVENTION ET PROTECTION DE L'ENFANCE

11.1. Apporter des réponses concrètes pour **renforcer l'attractivité des métiers** de la prévention et protection de l'enfance

FICHE-ACTION 1.1

RENFORCER LE TRAVAIL PARTENARIAL POUR MIEUX COORDONNER LES ACTIONS DE PRÉVENTION

> Rappel du contexte ou de la problématique :

De multiples actions de prévention sont déployées sur le territoire des Bouches-du-Rhône et de nombreuses ressources et compétences peuvent être mobilisées. Toutefois, les acteurs partagent le constat d'un manque de lisibilité de l'offre, de coordination des actions et de partage des bonnes pratiques.

OBJECTIF : RENFORCER LE TRAVAIL PARTENARIAL POUR MIEUX COORDONNER LES ACTIONS DE PRÉVENTION

Action 1 : Renforcer l'interconnaissance des acteurs et la mutualisation des bonnes pratiques

- > Positionner les MDS comme **le chef de file de la coordination territoriale**, en articulation étroite avec les pôles santé
- > **Renforcer les liens entre les MDS, la PMI les IEF et les partenaires privilégiés** (TISF, professionnels de santé, associations, Education nationale, PJJ, CCAS, missions locales, etc.)
 - Par exemple : mettre en place une « commission partenariale » ou un colloque annuel ou biennuel permettant de favoriser les temps de rencontres et les formations croisées : présentation des partenaires, par territoire, missions et rôles de chacun, périmètre d'intervention, public accompagné, etc.
 - Associer les partenaires institutionnels départementaux (PJJ, Education nationale, CAF, etc.) et les partenaires locaux propres à chaque territoire
- > **Généraliser les temps de rencontre existants à tous les territoires :**
 - Au niveau départemental : généraliser les réunions existantes avec les directeurs et adjoints durant lesquelles des partenaires viennent présenter leurs structures
 - Au niveau des territoires : généraliser l'organisation des temps de rencontres avec les CCAS, TISF, équipes de prévention et associations locales
 - Maintenir les réunions de synthèses / études de situations : instances techniques au cours desquelles les partenaires intervenant sur la situation échangent et font état de leurs observations pour mettre en mouvement une situation et projeter un accompagnement
- > **Réaliser un inventaire des ressources locales :**
 - Par exemple : mettre en place un annuaire social / médico-social / associatif pour cartographier les différents acteurs et avoir une meilleure visibilité des ressources locales de prévention ; mis à jour par chacun des partenaires

Action 2 : Élaborer et mettre en œuvre le protocole départemental de prévention prévu par la loi de 2016

- > Impulser une démarche de co-construction du protocole départemental (loi 2016) avec les agents et les partenaires, pilotée par l'ODPE
- > Articuler le protocole d'une instance de coordination stratégique (commission de l'ODPE par exemple) et d'un plan d'action

Action 3 : Favoriser les bonnes pratiques d'articulation entre les équipes de MDS (prévention sociale / PMI / enfance-famille)

- > Généraliser les temps de rencontre et d'immersion au sein d'autres services ou d'autres MDS du territoire (par ex. « vis ma vie », échange de compétence, etc.)
- > Proposer des formations et évènements communs interservices et inter-MDS afin d'homogénéiser les compétences et de partager les bonnes pratiques

Action 4 : Renforcer le travail conjoint des travailleurs sociaux et de la PMI avec les partenaires du soin

- > Développer les échanges partenariaux locaux et la coordination, dans le respect du secret médical (interventions conjointes, croisées, temps de synthèse etc.) entre travailleurs sociaux et agents de la PMI avec les unités mobiles de soins (périnatalité, addictions, unités pour enfants présentant des troubles du neurodéveloppement, etc.), les inters secteurs de psychiatrie infanto-juvénile, les plateformes de coordination et d'orientation de soins coordonnés (PCO), la médecine de ville, les centres mutualistes, les hôpitaux, les professionnels paramédicaux, les lieux de soutien à la parentalité, les collectivités...

Action 5 : Favoriser une meilleure connaissance des actions d'accompagnement à la gestion du budget familial

- > Renforcer l'information et la sensibilisation des professionnels au sujet des actions d'accompagnement à la gestion du budget familial (intervention des CESF de la collectivité ; mesures MAGBF)

FICHE-ACTION 1.1

RENFORCER LE TRAVAIL PARTENARIAL POUR MIEUX COORDONNER LES ACTIONS DE PRÉVENTION

ACTEURS :

Pilotes : DEF (action 2), DITAS (actions 1, 3 et 5), PMI (action 4)

Contributeurs : Ensemble des partenaires intervenant dans le cadre du parcours de la famille (MDS, associations, PMI, TISF, CCAS, etc.), acteurs judiciaires (PJJ), Éducation nationale, acteurs du soin, ...

MOYENS MOBILISÉS :

- > Temps dédié à la coordination partenariale pour les équipes en MDS
- > Temps de travail agent pour la mise en œuvre du protocole
- > Coût d'organisation des colloques/formations croisées

INDICATEURS DE RÉALISATION :

- > Existence d'instances partenariales techniques sur chaque territoire de MDS ou par regroupement de MDS, réunissant les acteurs de la prévention
- > Existence de temps de coordination interservices au sein de chaque MDS
- > Mise en place de l'inventaire des ressources locales et retour positif sur sa valeur ajoutée de la part des acteurs du territoire
- > Nombre de colloques / formations croisées organisées par territoire
- > Existence de temps d'immersion entre services de MDS ou inter-MDS dans le parcours des agents ; nombre d'agents ayant bénéficié d'une immersion dans l'année
- > Existence du protocole départemental (loi 2016) signé par les différentes parties prenantes
- > Existence d'une feuille de route suivie d'actions concrètes de mise en œuvre du protocole

NIVEAU DE PRIORITÉ

Priorité 1 : la mise en place du protocole départemental de prévention est une obligation de la loi de 2016

FICHE-ACTION 1.2

RENFORCER L'ARTICULATION ENTRE LA PRÉVENTION SOCIALE DÉVELOPPÉE PAR LES MDS ET L'ACCOMPAGNEMENT EN PROTECTION DE L'ENFANCE

> Rappel du contexte ou de la problématique :

Le Département dispose d'une organisation territorialisée de l'action en faveur de l'enfance et des familles, qui permet une meilleure transversalité par la présence conjointe des équipes de prévention sociale, de protection de l'enfance et de PMI au sein des Maisons Des Solidarités (MDS) et des pôles santé sur chaque territoire. Or, les pratiques sont encore trop hétérogènes entre territoires, en particulier sur les critères d'orientation vers les actions de prévention ; l'étude de l'opportunité d'une mesure administrative ou le recours systématique à l'IP ; et l'articulation avec la prévention sociale en fin d'accompagnement par exemple.

OBJECTIF : RENFORCER L'ARTICULATION ENTRE LA PRÉVENTION SOCIALE DÉVELOPPÉE PAR LES MDS ET L'ACCOMPAGNEMENT EN PROTECTION DE L'ENFANCE

DÉCLINAISONS OPÉRATIONNELLES

Action 1 : S'assurer de l'existence, dans toutes les MDS d'espaces et de procédures permettant de vérifier la bonne articulation entre les accompagnements de prévention sociale portés en MDS et les mesures de protection de l'enfance (et vice-versa)

- > Mener un état des lieux des pratiques d'articulation au sein de chaque MDS
- > Coconstruire avec un groupe d'agents issu de plusieurs MDS un « guide de bonnes pratiques » à destination des équipes
- > Former les directeurs et adjoints de MDS à partir du guide pour qu'ils puissent former leurs équipes et mettre en place les espaces et procédures d'articulation

Action 2 : Créer des équipes projets transversales dont l'objectif est la conception d'actions de prévention visant les problématiques émergentes au sein du public accompagné

- > Identifier trois priorités de prévention qui ne sont pas suffisamment adressées par les actions existantes
- > Créer de petites équipes projet transversales, dédiées à la conception et l'expérimentation d'une action, et à sa documentation et sa diffusion ensuite
- > Fournir un accompagnement méthodologique à la conception et l'expérimentation d'actions locales

FICHE-ACTION 1.2

RENFORCER L'ARTICULATION ENTRE LA PRÉVENTION SOCIALE DÉVELOPPÉE PAR LES MDS ET L'ACCOMPAGNEMENT EN PROTECTION DE L'ENFANCE

ACTEURS :

Pilotes : DITAS

Contributeurs : DEF, DPMISP, partenaires locaux

MOYENS MOBILISÉS :

- > Temps de coordination entre les services (réunions, partage d'informations dans le logiciel métier)
- > Temps de travail agent pour concevoir les actions collectives, et les déployer

INDICATEURS DE RÉALISATION :

- > Les modalités d'articulation (procédures et instances) ont été formalisées dans un écrit, travaillé par et avec les professionnels de terrain, et sont connues de toutes les MDS
- > 100 % des MDS disposent de procédures et instances d'articulation entre les équipes de prévention sociale et enfance-famille
- > Existence d'équipes projet transversales actives sur chaque MDS
- > Nombre de projets ou d'actions ayant vu le jour à la suite de la mise en œuvre de ces équipes

NIVEAU DE PRIORITÉ

Priorité 1 : prérequis pour la mise en place des fiches-actions concernant la prévention et l'IP, et enjeu majeur d'éviter l'entrée dans un dispositif de protection déjà saturé

FICHE-ACTION 1.3

RENFORCER LA VISIBILITÉ DE L'OFFRE DE SOUTIEN À LA PARENTALITÉ SUR LE TERRITOIRE

> Rappel du contexte ou de la problématique :

De multiples actions de soutien à la parentalité sont déployées par des acteurs sur les territoires (associations, institutions, etc.). En particulier, la CAF contribue au financement de nombreux dispositifs de soutien à la parentalité dans le cadre du Schéma Départemental des Services aux Familles (réseaux d'écoute et d'appui aux parents (REAAP), lieux d'accueil enfants-parents (LAEP), médiations familiales, etc.). Le Département des Bouches-du-Rhône finance également de nombreuses actions dans ce champ. Or, les actions existantes restent peu visibles et leur connaissance par les acteurs locaux est très hétérogène.

OBJECTIF : RENFORCER LA VISIBILITÉ DE L'OFFRE DE SOUTIEN À LA PARENTALITÉ L'ENFANCE

DÉCLINAISONS OPÉRATIONNELLES

Action 1 : Renforcer la visibilité des actions existantes en matière de soutien à la parentalité

- > Poser une définition commune avec l'ensemble des partenaires de la notion de « soutien à la parentalité »
 - Par exemple : organiser un groupe de travail avec les acteurs intervenant sur le soutien à la parentalité, dans le cadre des instances partenariales locales (fiche 1.1)
- > Réaliser un état des lieux des actions existantes sur les territoires en matière de soutien à la parentalité dans les différentes institutions et associations, et prévoir une mise à jour annuelle afin de disposer d'un recueil d'informations à jour pour les professionnels
- > Réaliser une évaluation des actions existantes en faveur du soutien à la parentalité afin de définir les orientations de développement ou renforcement
- > Organiser des temps d'échange avec la CAF et les partenaires associatifs pour faire connaître ses missions et les actions financées en matière de soutien à la parentalité (en interconnexion avec le Schéma des services aux familles piloté par la CAF)
- > Renforcer l'articulation avec les services petite enfance des CCAS

FICHE-ACTION 1.3

RENFORCER LA VISIBILITÉ DE L'OFFRE DE SOUTIEN À LA PARENTALITÉ SUR LE TERRITOIRE

ACTEURS :

Pilotes : DEF, DITAS et DPMISP

Contributeurs : CAF, associations partenaires, usagers (familles)

MOYENS MOBILISÉS :

> Temps de travail agent pour l'organisation de groupes de travail, la réalisation d'un état des lieux et son actualisation régulière

INDICATEURS DE RÉALISATION :

- > Une définition commune a été élaborée et documentée dans un guide / protocole partenarial
- > Un état des lieux des actions existantes a été élaboré, est mis à disposition des acteurs et partenaires et est mis à jour régulièrement (en articulation avec les diagnostics de la CAF dans le cadre du SDSF)
- > Nombre de réunions annuelles avec la CAF pour la coordination en matière de soutien à la parentalité

NIVEAU DE PRIORITÉ

Priorité 2

ORIENTATION 1

DÉVELOPPER UNE APPROCHE COORDONNÉE DE LA PRÉVENTION AUPRÈS DES ENFANTS ET DES FAMILLES

FICHE-ACTION 1.4

RENFORCER LE RÔLE DE LA PMI ET ÉLARGIR LA COUVERTURE DE SES ACTIONS

> Rappel du contexte ou de la problématique :

Depuis le précédent Schéma enfance-famille, la place de la PMI dans les accompagnements a fortement évolué, en accord avec les orientations du rapport des 1 000 jours, et le positionnement de la PMI est nettement plus marqué sur les actions santé, pré et périnatales à destination des femmes et des enfants (suivi de grossesse renforcé). Dans les maternités, une dynamique de coopération et de repérage s'est installée, avec le développement de staffs médico-sociaux. Des solutions novatrices ont également été développées sur les territoires pour prévenir l'enfance en danger. La PMI est également désormais bien plus visible sur le volet santé auprès du grand public. Par ailleurs, les processus de bilans de santé en école maternelle (BSEM) ont fait l'objet d'une refonte totale. Cette dynamique est à poursuivre par un renforcement de la visibilité et de la couverture des actions de PMI.

OBJECTIF : RENFORCER LE RÔLE DE LA PMI ET ÉLARGIR LA COUVERTURE DE SES ACTIONS

DÉCLINAISONS OPÉRATIONNELLES

Action 1 : Favoriser une meilleure couverture géographique des actions de PMI

- > Mettre en place une PMI itinérante, comme cela est le cas dans d'autres départements (Hérault, Calvados) pour permettre aux professionnels de sortir des lieux de consultation, "d'aller vers" les familles
 - Par exemple : "Bus PMI"
- > Travailler à renforcer la présence des services de la PMI dans les quartiers difficiles
 - Par exemple : interventions groupées

Action 2 : Renforcer les entretiens prénataux précoces, les dépistages précoces, les VAD de PMI

- > Augmenter le taux de couverture des EPP (entretiens prénataux précoces) dans le département
- > Augmenter le nombre de visites à domicile pré et post-natales réalisées par les sage-femmes et puéricultrices de PMI
- > Augmenter le nombre de consultations infantiles en PMI

FICHE-ACTION 1.4

RENFORCER LE RÔLE DE LA PMI ET ÉLARGIR LA COUVERTURE DE SES ACTIONS

DÉCLINAISONS OPÉRATIONNELLES

Action 3 : Animer un réseau départemental autour des 1000 premiers jours

> Constituer, animer et fédérer un réseau de lieux d'information et de rencontre « maisons des 1000 premiers jours », en étroite collaboration avec les partenaires de la périnatalité et de la petite enfance, et des familles

Action 4 : Renforcer la visibilité des actions de la PMI

> Mettre en œuvre des actions de communication à destination du grand public :
- Par exemple : documentation diffusée en maternité auprès des futurs et jeunes parents ; campagnes régulières physiques et numériques (réseaux sociaux, forums de parentalité...)

ACTEURS :

Pilote : DPMISP

Contributeurs : Maternités, centres hospitaliers, CAF, acteurs sociaux et médico-sociaux, acteurs de la périnatalité et de la petite enfance

MOYENS MOBILISÉS :

- > Temps de travail agent
- > Financement d'actions de communication
- > Financement contrat Etat-CD13 (actions PMI)

INDICATEURS DE RÉALISATION :

- > Nombre d'EPP réalisés et taux de femmes enceintes rencontrées en EPP
- > Nombre de VAD pré- et post-natales de PMI
- > Taux d'enfants bénéficiant de VAD pré- et post-natales de PMI
- > Nombre de consultations infantiles de PMI
- > Taux d'enfants bénéficiant de consultations infantiles en PMI
- > Mise en œuvre d'un dispositif mobile de consultation
- > Nombre de lieux d'accueil certifiés « 1000 jours »

NIVEAU DE PRIORITÉ

Priorité 1 : engagement 2022-2024 dans la contractualisation de la stratégie nationale de prévention et protection de l'enfance

ORIENTATION 1

DÉVELOPPER UNE APPROCHE COORDONNÉE DE LA PRÉVENTION AUPRÈS DES ENFANTS ET DES FAMILLES

FICHE-ACTION 1.5

RENFORCER LA PLACE DES TISF DANS LES ACCOMPAGNEMENTS EN PRÉVENTION

> Rappel du contexte ou de la problématique :

L'intervention de professionnels TISF au sein des familles permet d'éviter la dégradation de situations familiales et le recours à une mesure de protection. Sur le territoire, un dispositif "d'alternative à domicile" existe également pour permettre de maintenir les enfants dans leur environnement pendant une indisponibilité ponctuelle des parents. Toutefois, ce dispositif se révèle trop peu sollicité en raison du manque de TISF sur les territoires et fait donc l'objet d'une couverture territoriale insuffisante. Par ailleurs, leur capacité d'intervention est parfois réduite : dispositif saturé, faible nombre de TISF hors Marseille et intervention inégale sur les communes.

OBJECTIF : RENFORCER LA PLACE DES TISF DANS LES ACCOMPAGNEMENTS EN MATIÈRE DE PRÉVENTION PRÉCOCE

DÉCLINAISONS OPÉRATIONNELLES

Action 1 : Favoriser une meilleure couverture territoriale pour l'intervention des TISF

> Favoriser l'attractivité du métier de TISF afin d'augmenter le nombre de professionnels présents au sein des territoires :

- Mettre en place des formations complémentaires à la formation initiale pour permettre aux professionnels de réactualiser leurs connaissances et compétences
- Maintenir la valorisation de la rémunération
- Valoriser les temps de coordination réalisés par les TISF dans leur temps de travail et leurs pratiques professionnelles
- Soutenir/faciliter la mobilité des TISF sur le territoire (frein à l'attractivité)
- Permettre des visites conjointes ou accompagnées dans les quartiers difficiles d'accès

> Favoriser l'intervention des TISF dans les territoires hors Marseille :

- Identifier les besoins en TISF sur les différents secteurs au regard des indicateurs démographiques (nombre de naissances, âge des enfants, etc.)
- Étendre la capacité d'intervention des associations autorisées en ciblant les territoires en « zone blanche »

FICHE-ACTION 1.5

RENFORCER LA PLACE DES TISF DANS LES ACCOMPAGNEMENTS EN PRÉVENTION

DÉCLINAISONS OPÉRATIONNELLES

Action 2 : Renforcer la connaissance du métier de TISF auprès des familles et des professionnels des MDS

- > Renforcer la connaissance du métier de TISF auprès des familles
- > Renforcer la connaissance du métier de TISF auprès des travailleurs sociaux
 - Par exemple : organiser des présentations régulières des missions des TISF au niveau des MDS et favoriser les échanges (ex : temps de synthèse et coordination)

Action 3 : Favoriser les échanges entre les TISF et les partenaires pour une meilleure fluidité dans les accompagnements

- > Renforcer les liens des TISF avec la PMI, notamment dans le cadre des prescriptions
- > Inviter les TISF aux temps de synthèse des accompagnements
- > Renforcer le recours aux écrits des TISF pour faciliter le partage d'informations sur les situations
- > Systématiser les temps de bilan des interventions avant renouvellement
- > Organiser des temps de rencontres réguliers (fréquence à déterminer en fonction des accompagnements) entre les TISF et les partenaires (PMI, MDS, etc.)

ACTEURS :

Pilote : DEF

Contributeurs : DITAS (MDS), DPMISP

MOYENS MOBILISÉS :

- > Temps de travail agent
- > Financement de mesures TISF supplémentaires sur les territoires hors Marseille
- > Financement d'actions pour renforcer l'attractivité des métiers

INDICATEURS DE RÉALISATION :

- > Nombre d'heures d'intervention de TISF par territoire
- > Nombre de familles bénéficiant d'une intervention de TISF, par territoire
- > Participation active des TISF aux synthèses (taux de synthèses avec présence TISF)
- > Nombre de rencontres organisées entre les TISF et les partenaires par secteur

NIVEAU DE PRIORITÉ

Priorité 2 : nécessite de mettre en œuvre des solutions pour renforcer l'attractivité des métiers de TISF (fiche action 11.1)

ORIENTATION 1

DÉVELOPPER UNE APPROCHE COORDONNÉE DE LA PRÉVENTION AUPRÈS DES ENFANTS ET DES FAMILLES

FICHE-ACTION 1.6

RENFORCER LE RÔLE DE LA PRÉVENTION SPÉCIALISÉE ET L'ARTICULATION DES ACTEURS SUR LE TERRAIN

> Rappel du contexte ou de la problématique :

Le département des Bouches-du-Rhône bénéficie d'une présence étendue d'équipes de prévention spécialisée, grâce au financement de plusieurs acteurs sur le territoire, en particulier l'ADDAP13 qui intervient sur 19 communes et 130 quartiers du territoire départemental. Le département ne fait toutefois plus partie des mieux dotés, et les professionnels témoignent d'une augmentation des besoins sur le territoire qui se matérialise en particulier par la diversification des formes de précarité (accentuation de la pauvreté extrême, bidonvilles et squats) ; la prégnance du fait religieux et le développement de la radicalisation ; la prostitution des mineures et l'emprise des réseaux de trafic de stupéfiants sur les quartiers ; le cumul des problématiques de santé, familiales et scolaires rencontrées par les jeunes accompagnés.

OBJECTIF : RENFORCER LE RÔLE PILOTE DE LA PRÉVENTION SPÉCIALISÉE ET L'ARTICULATION DES ACTEURS SUR LE TERRAIN

DÉCLINAISONS OPÉRATIONNELLES

Action 1 : Développer ou rééquilibrer la présence de la prévention spécialisée sur les territoires

- > Développer l'intervention en prévention spécialisée dans les quartiers identifiés comme vulnérables (ex : pourtour de l'Étang de Berre, Nord du Département)
- > Expérimenter de nouveaux modes d'intervention (par exemple : équipes mobiles en zones rurales, intervention auprès des enfants en difficulté dans les quartiers "aisés", etc.)

Action 2 : Instaurer des rencontres régulières entre acteurs de la prévention pour partager les diagnostics et améliorer la coordination territoriale

- > Mettre en place des rencontres régulières entre DEF, MDS, PJJ et équipes de prévention spécialisée pour partager les constats communs et se coordonner localement
- > Inscrire les rencontres régulières dans un protocole partenarial signé par les acteurs
- > Mailler les instances de coordination sur le terrain (CLSPD, Comités de pilotage politique de la ville, ...) pour éviter de multiplier les instances

FICHE-ACTION 1.6

RENFORCER LE RÔLE DE LA PRÉVENTION SPÉCIALISÉE ET L'ARTICULATION DES ACTEURS SUR LE TERRAIN

DÉCLINAISONS OPÉRATIONNELLES

Action 3 : S'appuyer sur les équipes de prévention spécialisée pour construire des projets spécifiques d'accompagnement pour les jeunes qui font échec au dispositif d'hébergement

- > Sur le modèle du "dispositif d'accompagnement des jeunes atypiques" développé par l'ADDAP, impliquer les acteurs de la prévention spécialisée dans l'élaboration de solutions expérimentales pour l'accompagnement de jeunes "cas complexes" pour qui les solutions classiques ne fonctionnent pas

Action 4 : Travailler l'articulation avec les équipes de prévention spécialisée en amont et en aval de la mesure ASE

- > Lors d'une IP, systématiser la prise de contact avec la prévention spécialisée par la MDS en charge de l'évaluation
- > Généraliser le lien avec la prévention spécialisée en fin de mesure, sortie de MECS ou sortie de l'ASE, sur les territoires où la prévention spécialisée intervient.

ACTEURS :

Pilote : DEF

Contributeurs : Associations de prévention spécialisée, MDS, IEF, PJJ, partenaires locaux

MOYENS MOBILISÉS :

- > Pérennisation des postes financés auprès des acteurs de la prévention spécialisée
- > Financement de dispositifs de prises en charge « atypiques »

INDICATEURS DE RÉALISATION :

- > Nombre d'éducateurs de prévention par territoire
- > Nombre de jeunes accompagnés par territoire
- > Nombre de rencontres entre acteurs de la prévention par territoire
- > Existence d'instances de coordination avec la prévention spécialisée en amont et en aval de la mesure ASE

NIVEAU DE PRIORITÉ

Priorité 2

ORIENTATION 2

GARANTIR UNE ÉVALUATION RÉACTIVE ET HARMONISÉE DES SITUATIONS D'ENFANTS EN DANGER OU RISQUE DE DANGER (IP)

FICHE-ACTION 2.1

GARANTIR LA FORMATION CONTINUE DES PROFESSIONNELS ET PARTENAIRES AU RÉFÉRENTIEL D'ÉVALUATION DE L'IP

> Rappel du contexte ou de la problématique :

Au niveau départemental, le circuit de l'IP a été clarifié et fluidifié, avec une bonne visibilité de la CRIP et une animation du réseau partenarial autour de l'IP. Toutefois, la formation au référentiel de repérage et d'évaluation de l'IP n'a pas pu être mise en œuvre au cours du précédent Schéma. Le constat de pratiques disparates, d'un manque de cadre commun, et d'une faible part d'orientations vers les mesures administratives, persiste en 2022. Or, le nombre d'informations entrantes a marqué une forte hausse sur 2021.

OBJECTIF : GARANTIR LA FORMATION CONTINUE DES PROFESSIONNELS ET PARTENAIRES AU RÉFÉRENTIEL D'ÉVALUATION DE L'IP

DÉCLINAISONS OPÉRATIONNELLES

Action 1 : Mettre en œuvre la formation au référentiel HAS d'évaluation de l'IP et l'inscrire dans la formation continue des professionnels

- > Former les professionnels du Département au nouveau référentiel HAS d'évaluation de l'IP
 - Formation à destination des professionnels actuellement en poste
 - Sessions de formation régulières à destination des nouveaux arrivants
- > Ouvrir la formation aux partenaires du Département

Action 2 : Poursuivre la formation par des groupes de travail entre professionnels de la DEF, des MDS et de la PMI afin de décliner les apports théoriques, construire des outils communs et d'identifier les besoins d'accompagnement

- > Mettre en place des groupes de travail interservices en MDS pour travailler sur les pratiques d'évaluation de l'IP (sur l'exemple des réunions IEF/DEF/DITAS à la MDS d'Arles)
- > Organiser des rencontres régulières entre MDS pour échanger sur les bonnes pratiques et problématiques rencontrées, et construire des outils communs (avec accompagnement méthodologique)

Action 3 : Mener une évaluation de la mise en œuvre du nouveau référentiel

- > Mener une évaluation à 6 mois, 1 an, 2 ans du taux de professionnels formés au nouveau référentiel et de la mise en œuvre effective de pratiques ou d'outils issus de la formation

FICHE-ACTION 2.1

GARANTIR LA FORMATION CONTINUE DES PROFESSIONNELS ET PARTENAIRES AU RÉFÉRENTIEL D'ÉVALUATION DE L'IP

ACTEURS :

Pilote : DEF

Contributeurs : DITAS, DPMISP, IEF, partenaires associés à la formation sur le référentiel (Education nationale, Justice, soin, sécurité publique, secteur associatif habilité...)

MOYENS MOBILISÉS :

- > Mise en œuvre de la formation au référentiel HAS (marché déjà engagé)
- > Temps de travail agent
- > Évaluation par un acteur externe de la mise en œuvre du référentiel

INDICATEURS DE RÉALISATION :

- > Taux de professionnels des équipes enfance-famille ou IP en MDS, de la PMI et des services centraux ayant reçu la formation
- > Score ICAP de conduite du changement associé à la formation (taux d'information, de compréhension, d'adhésion et de participation)
- > Nombre de partenaires associés à la formation
- > Évaluation qualitative de l'appropriation de la formation (évolution des pratiques, constitution et partage d'outils et méthodes, ...)

NIVEAU DE PRIORITÉ

Priorité 1 : la généralisation du référentiel d'évaluation de l'IP est une obligation de la loi du 7 février 2022

ORIENTATION 2

GARANTIR UNE ÉVALUATION RÉACTIVE ET HARMONISÉE DES SITUATIONS D'ENFANTS EN DANGER OU RISQUE DE DANGER (IP)

FICHE-ACTION 2.2

AMÉLIORER LE PROCESSUS D'ÉVALUATION DE L'IP POUR VEILLER AU RESPECT DU DÉLAI LÉGAL

> Rappel du contexte ou de la problématique :

Une part significative des informations préoccupantes confirmées sont évaluées dans un délai de plus de trois mois entre la réception de l'IP et la transmission du rapport à l'Inspecteur Enfance Famille. De nombreux facteurs sont en cause : hétérogénéité des organisations et pratiques d'évaluation en MDS ; manque de formation des équipes à l'évaluation ; procédures complexes ; disponibilité des acteurs et des effectifs en MDS, disponibilité des familles...

OBJECTIF : AMÉLIORER LE PROCESSUS D'ÉVALUATION DE L'IP POUR VEILLER AU RESPECT DU DÉLAI LÉGAL

DÉCLINAISONS OPÉRATIONNELLES

Action 1 : Mener une analyse des raisons du non-respect des délais lorsque cela est constaté et définir un plan d'action d'amélioration

- > Mener un diagnostic ciblé sur les facteurs expliquant les délais d'évaluation et identifier les bonnes pratiques et écarts entre territoires
- > Mettre en place des outils, un plan d'action d'amélioration des pratiques et un pilotage des délais d'évaluation d'IP
- > Permettre de renseigner dans les outils de pilotage des IP les raisons du non-respect du délai légal (traçabilité et analyse)

Action 2 : Organiser des temps d'échange réunissant CRIP/Parquet/MDS/PMI/IEF/Education nationale/... pour partager sur les attentes & pratiques respectives

- > Organiser une instance régulière (biannuelle par exemple) entre les acteurs clés du circuit de l'IP pour partager les constats et les pistes d'amélioration du processus

ACTEURS :

Pilote : DEF (CRIP)

Contributeurs : MDS, IEF, DPMISP, partenaires (Parquet, Education nationale...)

MOYENS MOBILISÉS :

- > Temps de travail agent

NIVEAU DE PRIORITÉ

Priorité 1 : l'évaluation de l'IP sous 3 mois est une obligation de la loi de 2016.

Prérequis : mise en place de la formation au référentiel d'évaluation d'IP

INDICATEURS DE RÉALISATION :

- > Délai d'évaluation moyen au niveau départemental et par MDS
- > Taux d'IP évaluées hors délai
- > Typologie des situations évaluées hors délais
- > Suivi des causes d'évaluation hors délai
- > Existence d'une instance régulière entre partenaires pour travailler sur le circuit de l'IP

ORIENTATION 2

GARANTIR UNE ÉVALUATION RÉACTIVE ET HARMONISÉE DES SITUATIONS D'ENFANTS EN DANGER OU RISQUE DE DANGER (IP)

FICHE-ACTION 2.3

METTRE EN ŒUVRE LE PROTOCOLE DE COORDINATION AVEC L'ÉDUCATION NATIONALE AUTOUR DE L'IP

> Rappel du contexte ou de la problématique :

Un protocole partenarial a été signé autour de l'IP au cours du précédent Schéma, mais qui peine à se mettre en œuvre en particulier dans la relation avec les acteurs de l'Éducation nationale. Un travail est à mener avec les acteurs du milieu scolaire pour renforcer la coordination : responsables d'établissement, Service Social en Faveur des Elèves (SSFE), conseillers techniques, IEN.

OBJECTIF : METTRE EN ŒUVRE LE PROTOCOLE DE COORDINATION AVEC L'ÉDUCATION NATIONALE AUTOUR DE L'IP

DÉCLINAISONS OPÉRATIONNELLES

Action 1 : Renforcer le travail partenarial avec les acteurs du milieu scolaire autour de l'IP

- > Premier degré : Organiser des temps de travail territorialisés, avec les inspecteurs de l'EN pour partager le circuit de l'IP et les contours du référentiel d'évaluation
- > Second degré : Rétablir le partenariat avec le SSFE pour assurer le respect du circuit de l'IP et renforcer le soutien méthodologique à destination du SSFE

ACTEURS :

Pilote : DEF (CRIP)

Contributeurs : Education nationale, MDS, IEF

MOYENS MOBILISÉS :

- > Temps de coordination et de communication

INDICATEURS DE RÉALISATION :

- > Mise en œuvre des dispositions du protocole
- > Mise en place et pérennisation de temps de réunion partenariaux

NIVEAU DE PRIORITÉ

Priorité 1 : action à lancer en parallèle de la formation au référentiel d'IP

ORIENTATION 3

RENFORCER LE RECOURS AUX MESURES ADMINISTRATIVES ET DIVERSIFIER LES INTERVENTIONS À DOMICILE (ADMINISTRATIVES OU JUDICIAIRES)

FICHE-ACTION 3.1

DÉVELOPPER L'AED ET RENFORCER LE RECOURS AUX MESURES ADMINISTRATIVES SUR TOUT LE TERRITOIRE

> Rappel du contexte ou de la problématique :

Le dispositif de protection de l'enfance est aujourd'hui fortement judiciairisé dans le département des Bouches-du-Rhône : près de 90 % des mesures à domicile et 70 % des mesures de placement sont judiciaires. Le nombre de mesures administratives se révèle particulièrement faible au regard de départements de taille comparable.

OBJECTIF : DÉVELOPPER L'AED ET RENFORCER LE RECOURS AUX MESURES ADMINISTRATIVES SUR TOUT LE TERRITOIRE

DÉCLINAISONS OPÉRATIONNELLES

Action 1 : Renforcer la mise en œuvre de l'AED

- > Développer un outil de pilotage permettant 1/ de disposer d'une meilleure visibilité sur le niveau de recours aux mesures d'AED sur les territoires et 2/ d'identifier un niveau de besoin d'intervention en territoire
- > Mettre en place des équipes pluridisciplinaires et des moyens dédiés à l'AED
- > Créer des partenariats spécifiques pour développer des actions culturelles, sorties éducatives, etc.

Action 2 : Renforcer la légitimité des mesures administratives

- > Engager un dialogue avec les magistrats sur les modalités d'exercice des mesures administratives et l'articulation avec les mesures judiciaires (avant / après)
- > Organiser des formations à destination des travailleurs sociaux pour leur permettre d'actualiser leurs connaissances et leurs pratiques (notamment à partir des critères de recours à l'autorité judiciaire – danger grave et imminent ; non-adhésion ; impossibilité d'évaluer)
- > Inscrire dans les procédures un questionnement systématique sur la possibilité de bascule du judiciaire vers une mesure administrative (par exemple lors des commissions PPE)
- > Réaffirmer la place des parents dans la mesure AED pour faciliter leur adhésion
- > Calibrer le nombre d'interventions cibles par territoire (AED, AEMO, PAD, etc.)
- > Concevoir et diffuser des outils de communication (ex : guide pratique distribuable aux parents et aux partenaires)
- > Développer un référentiel des mesures administratives et judiciaires pour sensibiliser les agents et partenaires
- > Mettre en place un temps de concertation entre les acteurs sur l'évolution des réponses possibles et la mise en place de dispositifs innovants (AEMO modulaire, etc.), en lien avec l'ODPE

FICHE-ACTION 3.1

DÉVELOPPER L'AED ET RENFORCER LE RECOURS AUX MESURES ADMINISTRATIVES SUR TOUT LE TERRITOIRE

DÉCLINAISONS OPÉRATIONNELLES

Action 3 : Mieux évaluer la répartition de l'offre et homogénéiser l'offre

- > Mettre en place une cartographie / un outil permettant d'avoir une visibilité sur le nombre de places disponibles en temps réel
- > Harmoniser le nombre de situations par référent AED

ACTEURS :

Pilotes : DEF / DITAS

Contributeurs : IEF, MDS, DPMISP, magistrats, partenaires associatifs mettant en œuvre des mesures à domicile

MOYENS MOBILISÉS :

- > Ressources en MDS dédiées à l'AED
- > Temps de travail agent ; ressources pour la formation interne
- > Compléments de financements via le contrat Etat-Département

INDICATEURS DE RÉALISATION :

- > Nombre de mesures administratives mises en place
- > Taux de mesures AED pour 1000 mineurs
- > Nombre de formations déployées à destination des agents concernant les mesures administratives et taux de participation à ces formations
- > Mise en place effective d'un référentiel AED, AEMO, PAD, connu des professionnels de terrain

NIVEAU DE PRIORITÉ

Priorité 1 : Volontarisme du Département pour relever ce défi

ORIENTATION 3

RENFORCER LE RECOURS AUX MESURES ADMINISTRATIVES ET DIVERSIFIER LES INTERVENTIONS À DOMICILE (ADMINISTRATIVES OU JUDICIAIRES)

FICHE-ACTION 3.2

DIVERSIFIER LES INTERVENTIONS À DOMICILE ET CLARIFIER LES MODALITÉS D'EXÉCUTION DES MESURES

> Rappel du contexte ou de la problématique :

Le Département dispose aujourd'hui d'une palette trop étroite d'outils pour adapter les interventions à domicile aux profils et aux problématiques spécifiques des jeunes accompagnés. Le Placement à Domicile est en forte augmentation, et est parfois utilisé en palliatif à un défaut de prise en charge en AEMO. L'enjeu est de recentrer le PAD sur son objectif initial, à savoir éviter un placement, et diversifier la palette d'outils d'accompagnement renforcé à domicile.

OBJECTIF : DIVERSIFIER LES INTERVENTIONS À DOMICILE ET CLARIFIER LES MODALITÉS D'EXÉCUTION DES MESURES

DÉCLINAISONS OPÉRATIONNELLES

Action 1 : Développer le PAD comme mesure administrative

- > Former et sensibiliser les professionnels (IEF, MDS) aux objectifs et modalités d'exercice du PAD
- > Travailler avec les MDS un protocole de recours au PAD comme proposition de mesure administrative contractualisée avec la famille, lorsque la situation le permet

Action 2 : Développer l'AEMO renforcée

- > Travailler avec les magistrats et les acteurs associatifs afin de développer une capacité d'intervention en AEMO renforcée, d'abord sous la forme d'une expérimentation puis d'un développement à tout le territoire

Action 3 : Redéfinir le référentiel des mesures à domicile sur le département

- > Actualiser le référentiel du PAD pour le recentrer sur ses objectifs initiaux (éviter le placement en établissement)
- > Élaborer le référentiel de l'AEMO et de l'AEMO renforcée afin de mieux articuler les mesures
- > Diffuser le référentiel auprès des professionnels de terrain et organiser des sessions de formation-action en MDS

Action 4 : Repenser l'organisation des temps de répit et repli

- > Permettre aux services de PAD de se monter en plateforme afin de favoriser les relais de prise en charge et éviter toute rupture de placement

FICHE-ACTION 3.2

DIVERSIFIER LES INTERVENTIONS À DOMICILE ET CLARIFIER LES MODALITÉS D'EXÉCUTION DES MESURES

ACTEURS :

Pilotes : DEF / DITAS

Contributeurs : MDS, IEF, partenaires associatifs en charge de la mise en œuvre des mesures à domicile et du PAD

MOYENS MOBILISÉS :

- > Temps de travail agent
- > Financement de mesures d'AEMO renforcée
- > Moyens matériels pour l'organisation de formations

INDICATEURS DE RÉALISATION :

- > Nombre de mesures de PAD administratif proposées par territoire
- > Référentiel du PAD mis à jour
- > Nombre de mesures d'AEMO renforcé mises en œuvre par territoire
- > Mise en place effective d'un référentiel des mesures d'AEMO renforcé
- > Nombre de sessions de formation-action organisées en MDS pour la diffusion du référentiel

NIVEAU DE PRIORITÉ

Priorité 2

ORIENTATION 4

DÉVELOPPER, DIVERSIFIER ET ADAPTER L'OFFRE DE PRISE EN CHARGE DES FRATRIES, DES TOUT-PETITS ET DES SITUATIONS DITES "COMPLEXES"

FICHE-ACTION 4.1

DÉVELOPPER DES SOLUTIONS EXPÉRIMENTALES, COORDONNÉES OU SÉQUENTIELLES, POUR LA PRISE EN CHARGE DES SITUATIONS DITES « COMPLEXES »

> Rappel du contexte ou de la problématique :

Malgré les solutions existantes et les efforts récents d'ouverture de de places d'accueil spécialisées financées par le Département, les professionnels du territoire partagent le constat d'insuffisance des solutions d'accueil ou de soutien pour la prise en charge d'enfants cumulant difficultés familiales, troubles psychiques ou du comportement, ou en situation de handicap. Le manque de solutions de prise en charge adaptées met en tension tout le dispositif : séjours longs en accueil d'urgence par manque de places de réorientation ; épuisement des professionnels des structures d'hébergement ; ruptures de parcours multiples pour ces jeunes qui font défaut aux solutions classiques. La baisse des capacités de prise en charge en pédopsychiatrie sur le territoire exacerbe ces tensions. Les acteurs du territoire font aujourd'hui preuve d'un grand volontarisme et d'une capacité d'innovation pour accueillir ces jeunes.

OBJECTIF : DÉVELOPPER DES SOLUTIONS EXPÉRIMENTALES, COORDONNÉES OU SÉQUENTIELLES, POUR LA PRISE EN CHARGE DES SITUATIONS DITES "COMPLEXES"

DÉCLINAISONS OPÉRATIONNELLES

Action 1 : Renforcer l'interconnaissance des acteurs et le travail partenarial afin de mieux coordonner les parcours autour des prises en charge complexes

- > Travailler sur une définition commune des "cas complexes" en lien avec les acteurs du social, du médico-social et du soin
- > Conforter et étendre les "RCP" (synthèses pluridisciplinaires) ayant pour objectif d'apporter des solutions concrètes et des outils spécifiques, en croisant les regards entre institutions
- > Développer les temps d'échanges interprofessionnels et inter institutions autour de ces cas complexes (colloques, rencontres, formations croisées)
- > Développer une équipe mobile de formation et information sur les « cas complexes »
- > Mieux faire et connaître / recenser les commissions d'étude de cas : commission parcours PJJ, étude de cas en MDA, cellule de crise MDPH / commission d'affectation spéciale EN / commission ado difficiles menées par les inspecteurs ASE
- > Faciliter l'orientation et la prise en charge prioritaire des jeunes confiés à l'ASE au sein des structures médico-sociales (CMPPD, pédopsychiatrie...)
- > Désigner un coordonnateur de parcours pour toute situation "cas complexe"
- > Mettre en place une coordination à "double référence" : coordonnateur de parcours identifié selon la situation et distinct de la responsabilité ASE

FICHE-ACTION 4.1

DÉVELOPPER DES SOLUTIONS EXPÉRIMENTALES, COORDONNÉES OU SÉQUENTIELLES, POUR LA PRISE EN CHARGE DES SITUATIONS DITES « COMPLEXES »

DÉCLINAISONS OPÉRATIONNELLES

Action 2 : Renforcer la connaissance et la lisibilité de l'offre de prise en charge des situations complexes

- > Partager les ressources existantes (cartographie médicosocial ARS/MDPH)
- > Travailler avec les partenaires sur une base de données et une cartographie commune des dispositifs de prise en charge des jeunes à troubles complexes

Action 3 : Faciliter le repérage précoce et l'orientation des enfants nécessitant une prise en charge complexe

- > Former des référents en MECS sur la prise en charge des enfants à troubles complexes
- > Faire évoluer les pratiques métiers, organisations et processus de travail afin d'intégrer la présence permanente de cas complexes dans les lieux d'accueil
- > Sensibiliser les partenaires sur le repérage des jeunes « cas complexes » (Education nationale, dispositifs d'accompagnement à la parentalité, prévention spécialisée...)

Action 4 : Développer les solutions de prise en charge conjointes, séquentielles et/ou mobiles

- > Lancer une étude sur le panorama des solutions innovantes expérimentées dans d'autres départements/pays
- > Développer une équipe mobile (sur le modèle de RESADOS) ou une plateforme multi professionnelle pouvant venir en appui des MECS et des familles d'accueil sur l'ensemble du territoire
- > Développer et expérimenter des solutions d'aller-vers pour accompagner les jeunes qui refusent d'adhérer à la prise en charge (sur le modèle du dispositif « jeunes atypiques » développé par l'ADDAP ou du dispositif « Mousqueton » créé en Moselle)
- > Travailler avec l'ARS à la mise en place d'équipes mobiles de pédopsychiatrie sur tout le territoire des Bouches-du-Rhône, en particulier hors Marseille
- > Développer l'accompagnement des structures dans la prise en charge de ces situations : formation des professionnels, étayage psychologique/analyse de la pratique, solutions de relais/répit pour les professionnels
- > Travailler sur les solutions spécifiques d'appui à l'accueil familial : formation pratique, plateaux techniques et solutions de répit (déjà mises en place par certains SAF associatifs), mobilisation et facilitation de la participation aux séances d'analyse de la pratique, séquençement, équipes mobiles.

DÉCLINAISONS OPÉRATIONNELLES

Action 5 : Permettre l'expérimentation de solutions innovantes, avec une capacité dérogatoire, de prise en charge des jeunes pour qui les solutions d'hébergement classiques ont fait défaut

- > Définir les « règles » de l'expérimentation (capacité dérogatoire, prise de risque acceptable, limites...)
- > Donner la parole, lorsque cela est possible, aux jeunes dans la construction de leur parcours individuel et la recherche de solutions
- > Faciliter la mutualisation des ressources entre acteurs du domaine

ACTEURS :

Pilote : DEF

Contributeurs : IEF / DPMISP / DITAS en central et en MDS / MDPH / Partenaires associatifs (ESSMS) / ARS / magistrats / PJJ / Education nationale / acteurs du médico-social et du sanitaire

MOYENS MOBILISÉS :

- > Financement contrat État-Département (unité IME, équipe mobile, hébergement renforcé médicosocial, unité d'accueil temporaire et répit)
- > Financement de solutions d'accompagnement expérimentales
- > Financement d'une étude sur les solutions innovantes expérimentées dans d'autres départements/pays

INDICATEURS DE RÉALISATION :

- > Mise en place de nouvelles instances et relations entre partenaires
- > Nombre de places d'accueil ou de prise en charge ouvertes sur le territoire pour les jeunes nécessitant une prise en charge complexe ou coordonnée
- > Existence d'un coordinateur de parcours identifié pour chaque situation
- > Nombre de situations étudiées en RCP

NIVEAU DE PRIORITÉ

Priorité 1 : urgence de prise en charge (dispositif saturé) + engagement contrat stratégie nationale

FICHE-ACTION 4.2

DÉVELOPPER L'OFFRE D'ACCUEIL DÉDIÉE AUX FRATRIES

> Rappel du contexte ou de la problématique :

La difficulté à trouver une place pérenne pour une fratrie est un des premiers facteurs d'embolisation de l'accueil d'urgence (40 % des situations dont la durée d'accueil dépasse 6 mois). La saturation du dispositif d'accueil, la baisse du nombre de places en accueil familial, le manque de visibilité sur l'occupation des places posent de fortes difficultés aux professionnels. L'obligation de non-séparation des fratries est inscrite dans la loi du 7 février 2022.

OBJECTIF : DÉVELOPPER L'OFFRE D'ACCUEIL DÉDIÉE AUX FRATRIES

DÉCLINAISONS OPÉRATIONNELLES

Action 1 : Développer les places d'accueil au sein de structures adaptées à l'accueil des fratries

> Travailler à l'ouverture d'une deuxième structure spécialisée de type SOS Village enfants

Action 2 : Développer une vision prévisionnelle des places susceptibles de se libérer à court terme pour anticiper l'accueil des fratries

> Dans le cadre de la mise en place d'un outil de gestion des places, permettre d'identifier les places disponibles pour les fratries et d'anticiper les places qui vont se libérer à court terme (cf. fiche-action 5.1)

Action 3 : Faire évoluer les pratiques pour réaffirmer le maintien de la fratrie dans l'intérêt supérieur de l'enfant

> Garantir le maintien de la fratrie lors du primo-accueil
> Instaurer une réflexion systématique sur le maintien de la fratrie lors de la première CPPE, afin de s'assurer que le maintien sert l'intérêt supérieur de l'enfant

Action 4 : Travailler le PAD administratif pour le maintien des fratries

> Instaurer une réflexion lors de l'évaluation de l'IP sur la possibilité de proposer aux parents une mesure administrative de Placement à Domicile

ACTEURS :

Pilote : DEF

Contributeurs : IEF/DITAS/DPMISP/Etablissements et services d'hébergement et de PAD/Magistrats

MOYENS MOBILISÉS :

- > Financement de places d'accueil en structure spécialisée (contrat Etat-Département)
- > Coût de mise en œuvre d'un outil de gestion des places (cf. orientation 5)

INDICATEURS DE RÉALISATION :

- > Nombre de places ouvertes en structure spécialisée
- > Adoption d'un outil de pilotage des places

NIVEAU DE PRIORITÉ

Priorité 1 : obligation légale (non-séparation des fratries réaffirmée dans la loi du 7 février 2022)

FICHE-ACTION 4.3

RECHERCHER ET EXPÉRIMENTER DES SOLUTIONS INNOVANTES POUR L'ACCUEIL ET LA PRISE EN CHARGE DES 0-3 ANS

> Rappel du contexte ou de la problématique :

L'accueil des 0-3 ans est un enjeu-clé à venir pour le dispositif d'accueil sur le territoire, en prévision de la diminution des places d'accueil familial du fait des nombreux départs à la retraite d'assistants familiaux dans les années à venir. Le dispositif d'accueil d'urgence des tout-petits (pouponnière de la DIMEF) est également saturé par manque de perspectives de réorientation.

OBJECTIF : RECHERCHER ET EXPÉRIMENTER DES SOLUTIONS INNOVANTES POUR L'ACCUEIL ET LA PRISE EN CHARGE DES 0-3 ANS

DÉCLINAISONS OPÉRATIONNELLES

Action 1 : Développer le Placement à Domicile pour les tout-petits, dans le cadre administratif et assorti d'un référentiel d'intervention spécifique

- > Définir un référentiel spécifique pour le PAD à destination des 0-3 ans, grâce à un travail pluridisciplinaire associant les IEF, les MDS, la PMI, les établissements et services mettant en œuvre le PAD, les magistrats.
- > Former les professionnels (IEF, équipes chargées de l'évaluation d'IP en MDS, équipes éducatives des ESSMS) au référentiel du PAD 0-3 ans

Action 2 : Maintenir l'effort de ciblage de l'accueil familial sur l'accueil des 0-3 ans

- > Poursuivre les efforts de recrutement et d'accompagnement des assistants familiaux pour conserver la capacité d'accueil des tout-petits
- > Poursuivre le travail entamé sur l'accompagnement à l'évolution de carrière et les passerelles entre les métiers d'assistant maternel, d'auxiliaire de puériculture, et d'assistant familial

Action 3 : Développer des structures collectives à petite échelle avec un suivi approprié

- > Mener une étude sur les solutions expérimentées dans d'autres territoires / pays
- > Développer les places d'accueil en structures adaptées à l'accueil des tout-petits

ACTEURS :

Pilotes : DEF et DPMISP

Contributeurs : IEF/DITAS/Etablissements et services d'hébergement et de PAD/Magistrats

MOYENS MOBILISÉS :

- > Financement de places d'accueil en structure spécialisée
- > Temps de travail agent

INDICATEURS DE RÉALISATION :

- > Définition d'un référentiel spécifique pour le PAD à destination des 0-3 ans
- > Nombre de formation des professionnels au référentiel du PAD 0-3 ans
- > Nombre de places d'accueil dédiées aux 0-3 ans (en établissement et en accueil familial)

NIVEAU DE PRIORITÉ

Priorité 2

FICHE-ACTION 4.4

POURSUIVRE LES EFFORTS DE DÉVELOPPEMENT DE L'ACCUEIL FAMILIAL

> Rappel du contexte ou de la problématique :

L'accueil familial connaît une diminution continue des effectifs au niveau national. Sur le territoire des Bouches-du-Rhône, le nombre d'assistants familiaux a très peu diminué, grâce aux efforts menés sur le recrutement ces dernières années. Toutefois, la pyramide des âges défavorable laisse entrevoir des vagues importantes de départ à la retraite dans les années à venir et un fort besoin de renouvellement des effectifs.

OBJECTIF : POURSUIVRE LES EFFORTS DE DÉVELOPPEMENT DE L'ACCUEIL FAMILIAL

DÉCLINAISONS OPÉRATIONNELLES

Action 1 : Continuer à améliorer les conditions d'exercice et l'accompagnement professionnel des assistants familiaux

- > Garantir les solutions de relais ou de répit pour permettre aux assistants familiaux du Département et des services associatifs d'exercer leurs droits aux congés
- > Renforcer l'étayage pluridisciplinaire autour des situations complexes (cf. fiche 4.1)
- > Améliorer le suivi médical et psychologique des enfants confiés en accueil familial

Action 2 : Garantir la participation de l'assistant familial à l'élaboration et au suivi du projet pour l'enfant, au sein d'une équipe pluridisciplinaire

- > Rendre systématique la participation de l'assistant familial aux synthèses pluridisciplinaires
- > Rendre systématique l'écriture d'un PPE pour toute situation d'enfant en accueil familial et y associer l'assistant familial
- > Renforcer les échanges avec les référents PPE et les IEF
- > Mettre en place des formations communes avec les travailleurs sociaux des MDS et les IEF pour une meilleure interconnaissance et un renforcement du lien de confiance

Action 3 : Poursuivre les efforts de communication et de recrutement d'assistants familiaux

- > Poursuivre le travail entamé sur la communication, la valorisation du métier, les passerelles entre métiers d'assistant maternel et d'assistant familial
- > Renforcer des temps de partage et de concertation rassemblant les agents en charge de l'agrément d'une part et ceux en charge de l'accompagnement d'autre part pour partager les exigences et préoccupations de chacun

ACTEURS :

Pilotes : DEF & DPMISP

Contributeurs : Assistants familiaux du SAF et des services associatifs, IEF, MDS

MOYENS MOBILISÉS :

- > Moyens matériels pour l'organisation de formations communes
- > Communication liée aux mesures d'attractivité / de recrutement
- > Temps de travail agent pour l'étayage et l'accompagnement

INDICATEURS DE RÉALISATION :

- > Nombre de PPE formalisés pour toute situation d'enfant en accueil familial
- > Création de temps d'échanges avec les référents ASE et les IEF
- > Nombre de formations communes avec les travailleurs sociaux des MDS et les IEF

NIVEAU DE PRIORITÉ

Priorité 1 : L'examen des conditions d'exercice des assistants familiaux est une obligation de la loi du 7 février 2022

FICHE-ACTION 5.1

EXPÉRIMENTER ET ÉVALUER LA MISE EN PLACE D'UN OUTIL ET D'UNE PROCÉDURE DE RECHERCHE DE PLACES

> Rappel du contexte ou de la problématique :

L'offre d'accueil en protection de l'enfance a connu un fort développement au cours du précédent Schéma. Or malgré la création massive de places, les acteurs partagent le constat d'un effet de saturation qui persiste, et qui s'explique principalement par le manque de fluidité dans la recherche et de l'attribution des places. Il n'existe pas à ce jour de vue d'ensemble des places disponibles et de pilotage des attributions, qui se font directement entre IEF/MDS et lieux d'accueil.

OBJECTIF : EXPÉRIMENTER ET ÉVALUER LA MISE EN PLACE D'UN OUTIL ET D'UNE PROCÉDURE DE RECHERCHE DE PLACES

DÉCLINAISONS OPÉRATIONNELLES

Action 1 : Mettre en place un outil de régulation et de suivi des places d'accueil afin de fluidifier les parcours et de permettre une meilleure adéquation profil-place

- > Élaborer le processus cible en le coconstruisant avec les services internes et les partenaires, afin de préciser les besoins en outillage
- > Faire une étude auprès de départements ayant centralisé et outillé la recherche de places (Seine-Maritime par exemple)
- > Lancer une consultation pour le choix et l'accompagnement à la mise en œuvre d'un outil

Action 2 : Accompagner les professionnels de la collectivité (IEF, MDS) et des établissements dans les changements de pratiques liés à la mise en place de l'outil

- > Mener une analyse d'impacts du changement auprès des agents et des établissements habilités, donnant lieu à un plan d'action d'accompagnement au changement
- > Définir une stratégie de déploiement de l'outil par territoire, permettant une montée en compétence progressive des acteurs
- > Former et accompagner tous les acteurs concernés à la mise en œuvre de l'outil

Action 3 : Avoir un lieu d'analyse et de retour d'expérience sur des situations d'échec de placement

- > Créer une instance de travail autour des pratiques de recherche et attribution de places avec les services internes concernés et les ESSMS, visant à suivre la mise en œuvre du projet et à analyser collectivement les causes d'échecs de placements

DÉCLINAISONS OPÉRATIONNELLES

Action 4 : Développer une vision prévisionnelle des flux afin d'anticiper les sorties et les besoins de réorientation (afin d'éviter les ruptures de placement)

- > Une fois la solution de pilotage des places mise en œuvre, travailler à une analyse projetée des flux d'entrée/sortie afin d'anticiper les besoins en places au niveau territorial

ACTEURS :

Pilote : DEF

Contributeurs : IEF, MDS, Etablissements d'accueil et services d'accueil familiaux associatifs, SAF

MOYENS MOBILISÉS :

- > Temps de travail agent pour la définition des besoins et des processus
- > Coût de développement, de mise en œuvre et de formation à la solution informatique

INDICATEURS DE RÉALISATION :

- > La procédure de recherche et attribution de places est élaborée
- > Un outil de pilotage des places est mis en place
- > Nombre de formations à destination des professionnels sur l'outil de pilotage des places

NIVEAU DE PRIORITÉ

Priorité 1 : urgence de fluidification du dispositif pour réduire les ruptures de parcours

FICHE-ACTION 5.2

AMÉLIORER LA GESTION DU DISPOSITIF D'URGENCE

> Rappel du contexte ou de la problématique :

Les études menées sur le dispositif d'accueil d'urgence ont mis en évidence un certain nombre de situations dont la durée de séjour dépasse trois mois. Le manque de places dans le dispositif pour l'accueil pérenne des fratries ou des « cas complexes » expliquent en partie ces délais, tout comme la complexité du dispositif d'urgence : une multitude d'établissements d'urgence portés par la DIMEF et des partenaires associatifs ; peu de visibilité sur les places disponibles et les durées de séjour ; des assistants familiaux du SAF sollicités pour de l'urgence sans être repérés comme tel...

OBJECTIF : AMÉLIORER LA GESTION DU DISPOSITIF D'URGENCE

DÉCLINAISONS OPÉRATIONNELLES

Action 1 : Développer une visibilité globale et en temps réel des places disponibles au sein du dispositif d'accueil d'urgence

> Dans l'outil de régulation des places (cf. fiche-action 5.1), clarifier la définition de l'accueil d'urgence et la vision consolidée de l'ensemble du dispositif d'urgence (DIMEF + structures associatives)

Action 2 : Améliorer le pilotage des parcours au sein du dispositif d'accueil d'urgence

> Améliorer le pilotage des durées de séjour
> Créer une commission spécifique pour les durées de séjour longues
> Retravailler le processus pour anticiper l'entrée et la sortie d'un jeune nécessitant une prise en charge complexe et pour lesquelles les solutions nécessitent d'être travaillées bien en amont. S'articuler avec les instances de gestion des « cas complexes »

ACTEURS :

Pilotes : DEF & DIMEF

Contributeurs : Partenaires associatifs, IEF, MDS

MOYENS MOBILISÉS :

> Outil : cf. fiche-action 5.1
> Temps de travail agents

INDICATEURS DE RÉALISATION :

> Durée de séjour moyenne dans le dispositif d'accueil d'urgence

NIVEAU DE PRIORITÉ

Priorité 1 : urgence de prise en charge

FICHE-ACTION 5.3

DÉFINIR UNE STRATÉGIE DÉPARTEMENTALE DE PRÉVENTION DE LA MALTRAITANCE AU SEIN DU DISPOSITIF D'ACCUEIL, STRUCTURER LE DISPOSITIF DE REMONTÉE DES ÉVÈNEMENTS INDÉSIRABLES ET LE PLAN DE CONTRÔLE DES ÉTABLISSEMENTS AUTORISÉS PAR LE DÉPARTEMENT

> Rappel du contexte ou de la problématique :

La loi du 7 février 2022 donne une définition juridique de la maltraitance. Le Schéma départemental porte désormais pour mission de définir la stratégie de prévention des risques de maltraitance dans les établissements, services et lieux de vie habilités. Un plan de contrôle des établissements à structurer et à articuler avec un dispositif de gestion des événements indésirables, permettant d'objectiver les problématiques rencontrées au sein des lieux d'accueil et d'y apporter une réponse réactive.

OBJECTIF : DÉFINIR UNE STRATÉGIE DÉPARTEMENTALE DE PRÉVENTION DE LA MALTRAITANCE AU SEIN DU DISPOSITIF D'ACCUEIL, STRUCTURER LE DISPOSITIF DE REMONTÉE DES ÉVÈNEMENTS INDÉSIRABLES ET LE PLAN DE CONTRÔLE DES ÉTABLISSEMENTS AUTORISÉS PAR LE DÉPARTEMENT

DÉCLINAISONS OPÉRATIONNELLES

Action 1 : Formaliser, en lien avec les partenaires institutionnels et associatifs, la stratégie départementale de prévention de la maltraitance au sein du dispositif d'accueil

> Mettre en œuvre une instance de travail transverse adossée à l'ODPE, visant à élaborer la stratégie départementale de prévention de la maltraitance

Action 2 : Structurer le dispositif de gestion des événements indésirables (EI) et étudier l'opportunité de mettre en œuvre un outil de déclaration et d'analyse des EI

> Élaborer une procédure de repérage et traitement des événements indésirables (sur le modèle des dispositifs mis en œuvre dans d'autres départements comme la Seine-Maritime ou la Saône-et-Loire)

> Rechercher et mettre en place un outil permettant d'harmoniser et de simplifier la remontée des EI se produisant au sein des lieux d'accueil

FICHE-ACTION 5.3

DÉFINIR UNE STRATÉGIE DÉPARTEMENTALE DE PRÉVENTION DE LA MALTRAITANCE AU SEIN DU DISPOSITIF D'ACCUEIL, STRUCTURER LE DISPOSITIF DE REMONTÉE DES ÉVÈNEMENTS INDÉSIRABLES ET LE PLAN DE CONTRÔLE DES ÉTABLISSEMENTS AUTORISÉS PAR LE DÉPARTEMENT

DÉCLINAISONS
OPÉRATIONNELLES

Action 3 : Former les professionnels à la détection des situations de maltraitance au sein du dispositif d'accueil et sur le recueil de la parole de l'enfant face à un événement indésirable ou une révélation d'acte à caractère pénal

- > Mettre en œuvre une formation des professionnels de la collectivité et des partenaires associatifs sur la prévention de la maltraitance et la gestion des événements indésirables
- > Former les professionnels des ESSMS au recueil de la parole de l'enfant (éviter la multiplicité des entretiens pour l'enfant)

Action 4 : Etablir un plan de contrôle pluriannuel des établissements autorisés par le Département

- > Élaborer le plan de contrôle et le travailler conjointement avec la DREETS ainsi que la PJJ et l'ARS pour les établissements à double habilitation

ACTEURS :

Pilote : DEF (ODPE et service tarification/contrôle)

Contributeurs : Établissements et services habilités par l'ASE / DREETS / PJJ / ARS

MOYENS MOBILISÉS :

- > Temps de travail agent pour l'élaboration, la mise en œuvre et le suivi de la stratégie et des procédures
- > Coûts matériels lié à l'organisation de la formation
- > Coûts de développement d'un outil de déclaration des EI

INDICATEURS DE RÉALISATION :

- > Formalisation d'une stratégie départementale de prévention de la maltraitance au sein du dispositif d'accueil
- > Nombre de professionnels (interne/externe) formés à la prévention de la maltraitance et à la gestion des événements indésirables
- > Mise en place d'un plan de contrôle des établissements
- > Nombre d'établissements contrôlés par an

NIVEAU DE PRIORITÉ

Priorité 1

ORIENTATION 5

**RENFORCER LE PILOTAGE
DU DISPOSITIF
D'ACCUEIL DÉPARTEMENTAL**

FICHE-ACTION 5.4

ENGAGER UNE DYNAMIQUE DE SOUTIEN AUX ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES HABILITÉS

> Rappel du contexte ou de la problématique :

La contractualisation de CPOM est une tendance de fond du secteur de la protection de l'enfance, qui permet une visibilité pluriannuelle sur les dotations pour les établissements tout en l'assortissant d'objectifs de qualité de service réétudiés annuellement. Ces objectifs permettent au Département et aux partenaires associatifs de travailler autour de priorités communes d'amélioration de la qualité de prise en charge.

OBJECTIF : ENGAGER UNE DYNAMIQUE DE SOUTIEN AUX ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES HABILITÉS

DÉCLINAISONS
OPÉRATIONNELLES

Action 1 : Mettre en place des CPOM avec les principaux partenaires associatifs sur le champ de la prévention et protection de l'enfance

- > Passer d'une logique de dotation annuelle à une logique de contractualisation pluriannuelle avec les partenaires, en amenant des exigences sur plusieurs points (approvisionnement en circuit court, intégration d'exigences en matière de développement durable, ou de recours de ressources de droit commun en matière de pratiques culturelles, sportives et de loisirs)
- > Dans ce cadre, développer une politique incitative à destination des lieux d'accueil pour l'amélioration de l'équipement et la rénovation des lieux d'hébergement
- > Dans ce cadre, développer une politique incitative à destination des lieux d'accueil pour favoriser l'éducation à la santé et à l'alimentation durable et équilibrée des jeunes accueillis

Action 2 : Accompagner les établissements et services dans l'amélioration continue de la qualité de prise en charge

- > Travailler avec les ESSMS sur un référentiel qualité au niveau départemental
- > Créer des espaces de dialogue entre ESSMS pour partager autour des bonnes pratiques et difficultés (sur le modèle des instances inter-MECS pouvant exister sur certains territoires)

Action 3 : Former les professionnels de la collectivité et des associations à la démarche de CPOM (contractualisation, gestion et pilotage)

- > Inscrire la formation sur la démarche de CPOM (enjeux, contractualisation, gestion et pilotage) dans la formation continue des professionnels de la collectivité et des partenaires associatifs

FICHE-ACTION 5.4

ENGAGER UNE DYNAMIQUE DE SOUTIEN AUX ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES HABILITÉS

ACTEURS :

Pilote : DEF

Contributeurs : ESSMS et associations

MOYENS MOBILISÉS :

> Temps de travail agent

INDICATEURS DE RÉALISATION :

> Nombre de CPOM mis en place avec les principaux partenaires associatifs

> Création d'instances partenariales entre ESSMS

NIVEAU DE PRIORITÉ

Priorité 2

ORIENTATION 6

**RENFORCER LA COORDINATION
ET LE SUIVI DE LA SANTÉ
DES ENFANTS PROTÉGÉS**

FICHE-ACTION 6.1

AMÉLIORER LE SUIVI DE LA SANTÉ DES ENFANTS PROTÉGÉS ET METTRE EN ŒUVRE LES PARCOURS DE SANTÉ COORDONNÉS

> Rappel du contexte ou de la problématique :

La loi du 7 février 2022 porte un axe fort sur le renforcement du suivi de santé des enfants protégés.

OBJECTIF : AMÉLIORER LE SUIVI DE LA SANTÉ DES ENFANTS CONFIS ET METTRE EN ŒUVRE LES PARCOURS DE SANTÉ COORDONNÉS

DÉCLINAISONS OPÉRATIONNELLES

Action 1 : Conforter la mise en place de la cellule de coordination des parcours de santé des enfants protégés et travailler l'articulation avec les UAPED

- > Incorporer les démarches de suivi spécifiques (ex : PEGASE, COCON...)
- > Travailler l'articulation avec les UAPED
- > Articuler le suivi de la cellule avec le volet santé du PPE
- > Travailler le maillage territorial par secteur (CAMSP, CMPP, hôpitaux, médecine de ville, etc.)

Action 2 : Généraliser les postes d'infirmiers au sein des établissements d'accueil et animer le réseau

- > Mener un recensement des postes d'infirmiers (occupés et vacants) au sein des lieux d'accueil
- > Intégrer dans les négociations annuelles et le travail des CPOM la généralisation de postes d'IDE au sein des établissements d'accueil habilités
- > Animer un réseau des IDE en établissement d'accueil pour partager les bonnes pratiques

Action 3 : Faciliter l'accès aux droits en santé des enfants confiés

- > Travailler avec la CPAM pour faciliter l'accès aux soins des enfants confiés à l'ASE auprès de professionnels libéraux

Action 4 : Poursuivre la mise en œuvre de RCP (réunions de concertation pluridisciplinaires) pour la prise en charge des situations les plus complexes

- > Conforter et étendre les « RCP » (synthèses pluridisciplinaires) ayant pour objectif d'apporter des solutions concrètes et des outils spécifiques aux situations nécessitant une prise en charge complexe, en croisant les regards entre acteurs des différentes institutions

FICHE-ACTION 6.1

AMÉLIORER LE SUIVI DE LA SANTÉ DES ENFANTS PROTÉGÉS ET METTRE EN ŒUVRE LES PARCOURS DE SANTÉ COORDONNÉS

ACTEURS :

Pilote : DPMISP

Contributeurs : DEF, DITAS, Partenaires associatifs, acteurs de la santé

MOYENS MOBILISÉS :

- > Temps de travail agent
- > Cellule de coordination des parcours inscrite au Contrat Etat-Département

INDICATEURS DE RÉALISATION :

- > Cellule de coordination mise en place
- > Nombre de situations suivies par la cellule
- > Nombre situations étudiées en RCP
- > Une cartographie des ressources de santé est utilisée

NIVEAU DE PRIORITÉ

Priorité 1 : urgence d'amélioration de la prise en charge

ORIENTATION 7

**AMÉLIORER LA COHÉRENCE
ET LA COORDINATION
DES PARCOURS DES JEUNES**

FICHE-ACTION 7.1

FAVORISER LE RECOURS AUX TIERS DIGNES DE CONFIANCE (TDC) ET GARANTIR UN SUIVI ÉDUCATIF EN CAS DE PLACEMENT TDC

> Rappel du contexte ou de la problématique :

En 2020, le Département des Bouches-du-Rhône était le 2^e département français ayant recours aux tiers dignes de confiance (TDC). Fin 2021, 439 enfants étaient placés chez un TDC ; soit près de 10 % des bénéficiaires de mesures de placement. La loi du 7 février 2022 rend obligatoire (sauf cas d'urgence) l'évaluation du recours à un placement auprès d'un membre de la famille ou d'un TDC.

OBJECTIF : OBJECTIF FAVORISER LE RECOURS AUX TIERS DIGNES DE CONFIANCE ET GARANTIR UN SUIVI ÉDUCATIF EN CAS DE PLACEMENT TDC

DÉCLINAISONS OPÉRATIONNELLES

Action 1 : Favoriser le recours aux tiers dignes de confiance en amont d'un placement

- > Former les professionnels à l'identification de solution au sein de la famille ou l'entourage lors de l'évaluation de l'IP
- > Étudier le recours aux associations de parrainage, « accueil durable bénévole » de la loi 2016

Action 2 : Elaborer un référentiel de suivi éducatif en cas de placement chez un TDC

- > Elaborer le cadre du suivi éducatif d'un placement TDC : qui fait quoi, quel niveau d'intervention, au moyen d'un référentiel travaillé en y associant les professionnels de terrain

Action 3 : Garantir le suivi des placements TDC par un référent ASE en application de la loi 2022, et accompagner les TDC dans leurs responsabilités éducatives

- > Mettre en place une cellule dédiée au suivi des TDC
- > Désigner un référent ASE pour toute situation de placement chez un TDC
- > Former les professionnels à l'accompagnement d'un placement TDC
- > Proposer des formations et ressources à destination des TDC

FICHE-ACTION 7.1

VORISER LE RECOURS AUX TIERS DIGNES DE CONFIANCE (TDC) ET GARANTIR UN SUIVI ÉDUCATIF EN CAS DE PLACEMENT TDC

ACTEURS :

Pilotes : DEF, DITAS, DPMISP

Contributeurs : IEF, MDS, Juges des Enfants

MOYENS MOBILISÉS :

- > Coûts matériels liés à la formation interne des professionnels
- > Financement contrat État-Département

INDICATEURS DE RÉALISATION :

- > Nombre de placements TDC suivis par un référent ASE
- > Nombre de placements TDC proposés à l'issue de l'évaluation d'une IP

NIVEAU DE PRIORITÉ

Priorité 1 : obligation de la loi du février 2022

ORIENTATION 7

**AMÉLIORER LA COHÉRENCE
ET LA COORDINATION
DES PARCOURS DES JEUNES**

FICHE-ACTION 7.2

GARANTIR LA MISE EN ŒUVRE COMPLÈTE DU PROJET POUR L'ENFANT EN ACCOMPAGNANT LE CHANGEMENT AUPRÈS DES PROFESSIONNELS

> Rappel du contexte ou de la problématique :

15 ans après la loi de 2007, le Projet pour l'Enfant est toujours faiblement approprié et utilisé par les professionnels dans le suivi éducatif des enfants protégés. Les professionnels de terrain font part de difficultés liées au manque de flexibilité de l'outil, de formation et d'accompagnement à sa mise en œuvre.

OBJECTIF : GARANTIR LA MISE EN ŒUVRE COMPLÈTE DU PROJET POUR L'ENFANT EN ACCOMPAGNANT LE CHANGEMENT AUPRÈS DES PROFESSIONNELS

DÉCLINAISONS OPÉRATIONNELLES

Action n°1 : Relancer une dynamique de simplification et d'adaptation de l'outil PPE en le coconstruisant avec les IEF et les équipes en MDS

- > Mener une série de groupes de travail brassant des IEF et des professionnels de MDS afin de travailler sur une nouvelle version de l'outil PPE ainsi que sur un « guide d'utilisation » à destination de tous les référents PPE

Action n°2 : Accompagner le changement auprès de tous les professionnels intervenant sur le PPE au moyen d'une formation-action dédiée

- > S'appuyer sur les professionnels utilisant le PPE aujourd'hui pour diffuser les bonnes pratiques auprès de l'ensemble des MDS
- > Mettre en place une formation-action pour diffuser les pratiques auprès de tous les référents ASE et IEF (sens de l'outil, usages, temporalité de mise à jour, utilisation dans le travail avec les familles, etc.)

Action n°3 : Renforcer la coordination avec le suivi de la santé des enfants protégés ainsi que les prises en charge conjointe dans le PPE

- > S'assurer de la présence du volet santé dans tous les PPE et de sa mise à jour dans le cadre du suivi de la santé des enfants
- > Travailler avec l'ARS et la PJJ sur les projets conjoints de prise en charge : définir un mode d'articulation et une procédure associée de mise à jour des PPE

Action n°4 : S'assurer que chaque PPE intègre des objectifs dans les domaines de la culture et/ou du sport et/ou de loisirs

FICHE-ACTION 7.2

GARANTIR LA MISE EN ŒUVRE COMPLÈTE DU PROJET POUR L'ENFANT EN ACCOMPAGNANT LE CHANGEMENT AUPRÈS DES PROFESSIONNELS

ACTEURS :

Pilotes : DEF & DITAS

Contributeurs : IEF, MDS, DPMISP, ARS, PJJ

MOYENS MOBILISÉS :

- > Temps agent de formation et animation de groupes de travail
- > Coûts de mise en œuvre d'une formation-action

INDICATEURS DE RÉALISATION :

- > Nombre et pourcentage de PPE rédigés et à jour
- > Nombre de formations dispensées et taux de participation

NIVEAU DE PRIORITÉ

Priorité 1 : la mise en œuvre du PPE est une obligation de la loi du 5 mars 2007

ORIENTATION 7

**AMÉLIORER LA COHÉRENCE
ET LA COORDINATION
DES PARCOURS DES JEUNES**

FICHE-ACTION 7.3

RENFORCER LE TRAVAIL PARTENARIAL AUTOUR DES VISITES EN PRÉSENCE D'UN TIERS

> Rappel du contexte ou de la problématique :

Au cours de la période du précédent Schéma, une part significative des visites en présence d'un tiers menées par les MDS ont été externalisées auprès d'acteurs associatifs du territoire. La diversité des acteurs mettant en œuvre des visites en présence d'un tiers pose la question du cadre commun (langage, référentiel, pratiques, etc.) et du maillage territorial des actions.

OBJECTIF : RENFORCER LE TRAVAIL PARTENARIAL AUTOUR DES VISITES EN PRÉSENCE D'UN TIERS

DÉCLINAISONS OPÉRATIONNELLES

Action 1 : Retravailler le référentiel des visites en présences d'un tiers et le diffuser auprès de tous les professionnels

- > Diffuser la charte existante auprès des IEF et des MDS
- > Organiser des groupes de travail associant les inspecteurs, les MDS et les partenaires pour retravailler la charte : définition et langage commun ; modalités de mise en œuvre en interne ou externalisée ; instances partenariales, loi 2022.
- > Clarifier les critères d'orientation/d'externalisation des visites en présence d'un tiers entre interne et externe
- > Mettre au travail la charte au sein de chaque MDS avec les partenaires locaux pour harmoniser les pratiques
- > Travailler une position commune sur les visites en présence d'un tiers dans le cas d'un placement TDC ou d'un PAD

Action 2 : Renforcer les échanges avec les magistrats sur les objectifs et les modalités de mise en œuvre des visites en présence d'un tiers (ex : instances annuelles Justice-IEF-MDS-associations)

- > Généraliser les rencontres semestrielles ou annuelles entre les MDS, les associations chargées des visites en présence d'un tiers, et les magistrats afin de partager autour des attentes et modalités de mise en œuvre
- > Inciter les acteurs à développer davantage les écrits sur les visites en présence d'un tiers afin que le magistrat puisse s'en servir comme appui à la décision.
- > Travailler le recueil de la parole de l'enfant et du parent pour mieux questionner le sens des visites en présence d'un tiers

FICHE-ACTION 7.3

RENFORCER LE TRAVAIL PARTENARIAL AUTOUR DES VISITES EN PRÉSENCE D'UN TIERS

DÉCLINAISONS OPÉRATIONNELLES

Action 3 : Renforcer l'interconnaissance entre partenaires (MDS et associations) pour améliorer l'efficacité des visites, et diffuser les bonnes pratiques

- > Inviter les partenaires aux temps de synthèse de manière systématique
- > Élaborer un annuaire numérique des associations et acteurs intervenant sur les visites en présence d'un tiers
- > Organiser des réunions régulières de partage de bonnes pratiques entre pairs

ACTEURS :

Pilotes : DEF/DITAS

Contributeurs : MDS, IEF, Associations chargées des visites en présence d'un tiers, Juges des Enfants,

MOYENS MOBILISÉS :

- > Temps de travail et de coordination partenariale

INDICATEURS DE RÉALISATION :

- > Référentiel retravaillé et connu des professionnels des MDS et des associations partenaires
- > Nombre de rencontres annuelles IEF-MDS-Justice-associations par territoire
- > Nombre de rencontre annuelles entre acteurs pour partage des bonnes pratiques

NIVEAU DE PRIORITÉ

Priorité 2

ORIENTATION 7

AMÉLIORER LA COHÉRENCE
ET LA COORDINATION
DES PARCOURS DES JEUNES

FICHE-ACTION 7.4

DIVERSIFIER LES MESURES PERMETTANT DE TRAVAILLER LE SOUTIEN À LA PARENTALITÉ DANS LE CADRE D'UN PLACEMENT

> Rappel du contexte ou de la problématique :

Le travail coordonné autour des visites en présence d'un tiers a permis de mettre en évidence l'opportunité de diversifier les outils de travail du lien parent-enfant et du soutien à la parentalité lors d'un placement. Les acteurs associatifs du territoire disposent de compétences qui rendent possible des parcours plus adaptés aux besoins du jeune et de sa famille.

OBJECTIF : DIVERSIFIER LES MESURES PERMETTANT DE TRAVAILLER LE SOUTIEN À LA PARENTALITÉ DANS LE CADRE D'UN PLACEMENT

DÉCLINAISONS OPÉRATIONNELLES

Action 1 : Favoriser une meilleure couverture géographique des visites en présence d'un tiers, notamment hors Marseille

- > Mener un diagnostic territorial permettant d'identifier des zones où développer la capacité de mise en œuvre de visites en présence d'un tiers, pour éviter des déplacements trop lourds pour l'enfant ou sa famille

Action 2 : Diffuser la connaissance des acteurs et dispositifs du territoire

- > Élaborer un annuaire des outils d'accompagnement à la parentalité dans le cadre d'un placement (espace rencontre, médiation familiale, maisons des familles, « consultations ASE », actions collectives, séjours etc.)

Action 3 : Développer les parcours d'accompagnement au sein d'une même association ou maillés entre plusieurs partenaires

- > Travailler avec les acteurs associatifs pour proposer des parcours maillant plusieurs dispositifs

Action 4 : Accompagner les nouveaux professionnels à partager les pratiques en matière de soutien à la parentalité

- > Renforcer la formation continue et les échanges inter-territoires autour des mesures de soutien à la parentalité

FICHE-ACTION 7.4

DIVERSIFIER LES MESURES PERMETTANT DE TRAVAILLER LE SOUTIEN À LA PARENTALITÉ DANS LE CADRE D'UN PLACEMENT

ACTEURS :

Pilotes : DEF / DITAS

Contributeurs : MDS, IEF, partenaires associatifs

MOYENS MOBILISÉS :

- > Marché public pour la réalisation des visites en présence d'un tiers
- > Financement de mesures de soutien à la parentalité

INDICATEURS DE RÉALISATION :

- > Mise en œuvre de nouveaux dispositifs d'aide à la parentalité
- > Formalisation et diffusion d'un annuaire des dispositifs d'accompagnement à la parentalité

NIVEAU DE PRIORITÉ

Priorité 2

ORIENTATION 7

**AMÉLIORER LA COHÉRENCE
ET LA COORDINATION
DES PARCOURS DES JEUNES**

FICHE-ACTION 7.5

DÉVELOPPER LE RECOURS À L'ADOPTION SIMPLE

> Rappel du contexte ou de la problématique :

Le travail réalisé autour des statuts de l'enfant confié s'articule principalement autour d'une commission de veille sur les statuts impliquant MDS, MECS, Juges des Enfants, ADEPAPE ; qui revoit toutes les situations d'enfants confiés 0-6 ans (sauf PAD) une fois par an. Le processus de remontée d'information sur les situations à étudier en commission est toutefois jugé insuffisant, avec un besoin identifié de mieux former les travailleurs sociaux notamment à l'évaluation de l'exercice de l'autorité parentale.

La loi du 21 février 2022 visant à réformer l'adoption comporte un certain nombre de dispositions qui sont susceptibles de faciliter les procédures d'adoption notamment pour les enfants pris en charge par les services départementaux de l'ASE. L'adoption simple peut s'inscrire dans un parcours progressif visant à trouver la meilleure solution de prise en charge dans l'intérêt de l'enfant.

OBJECTIF : DÉVELOPPER LE RECOURS À L'ADOPTION SIMPLE

DÉCLINAISONS OPÉRATIONNELLES

Action 1 : Déployer une action de sensibilisation des agents du Département sur l'adoption simple

- > Mettre en œuvre une action d'information à destination des agents (IEF, MDS, services centraux) portant sur : 1/ le contenu de l'adoption simple 2/ les conditions de recours à celle-ci

Action 2 : Promouvoir les saisines de la commission statuts de la part des agents et suivre leur évolution

- > Rendre systématique la question de la saisine de la commission statuts à chaque temps fort du suivi du parcours de l'enfant (temps de synthèse, CPPE, ...)
- > Faire un retour systématique à l'agent ayant saisi la commission sur les suites de la saisine

ACTEURS :

Pilote : DEF

Contributeurs : DITAS, IEF, MDS, membres de la commission de révision des statuts

MOYENS MOBILISÉS :

- > Temps / agent pour concevoir un support d'information, et le porter dans les territoires

INDICATEURS DE RÉALISATION :

- > Nombre d'agents sensibilisés à l'adoption simple
- > Nombre de saisines de la commission statuts par les agents

NIVEAU DE PRIORITÉ

Priorité 2

FICHE-ACTION 7.6

DÉVELOPPER LE PARRAINAGE ET LE MENTORAT POUR LES JEUNES PRIS EN CHARGE À L'ASE

> Rappel du contexte ou de la problématique :

La loi du 7 février 2022 pose le principe d'une proposition systématique de parrainage, « dans le cadre d'une relation durable coordonnée par une association et construite sous la forme de temps partagés réguliers entre l'enfant et le parrain ou la marraine », pour les enfants pris en charge par les services de l'ASE. A l'entrée au collège, il doit également être systématiquement proposé à l'enfant de bénéficier d'un mentorat, visant à favoriser son autonomie et son développement.

OBJECTIF : DÉVELOPPER LE PARRAINAGE ET LE MENTORAT POUR LES JEUNES PRIS EN CHARGE À L'ASE

DÉCLINAISONS OPÉRATIONNELLES

Action 1 : Développer la communication auprès du grand public pour attirer des parrains ou marraines bénévoles

- > Mettre en œuvre des actions de communication avec les associations de parrainage afin d'attirer des parrains ou marraines bénévoles

Action 2 : Communiquer auprès des enfants, familles et des professionnels sur les opportunités de parrainage et de mentorat

- > Élaborer et diffuser un support d'information sur le parrainage le mentorat à destination des enfants, familles et professionnels

Action 3 : Développer les actions d'accompagnement des parrains et marraines

- > Développer une politique de conseil et accompagnement des parrains/marraines en lien avec les associations et les référents ASE
- > Développer les temps de partage entre pairs

ACTEURS :

Pilote : DEF

Contributeurs : IEF, Partenaires associatifs

MOYENS MOBILISÉS :

- > Temps / agent
- > Action engagée dans le cadre de la contractualisation État-Département

INDICATEURS DE RÉALISATION :

- > Nombre de jeunes inscrits dans le dispositif de parrainage/mentorat
- > Nombre d'actions de communication à destination des enfants, familles et professionnels

NIVEAU DE PRIORITÉ

Priorité 2

FICHE-ACTION 8.1

MIEUX OUTILLER LES JEUNES À L'APPRENTISSAGE DE L'AUTONOMIE

> Rappel du contexte ou de la problématique :

La politique volontariste d'accompagnement des jeunes majeurs menée par le Département permet d'éviter les sorties sèches à 18 ans, et le dispositif d'accueil dédié aux jeunes majeurs est en cours de développement. Le nombre de CJM est en forte augmentation sur 5 ans. Au niveau du territoire, de multiples acteurs et solutions existent, mais ne sont pas toujours connus des professionnels de terrain. L'accès au logement reste un frein majeur à la sortie autonome de l'ASE. progressif visant à trouver la meilleure solution de prise en charge dans l'intérêt de l'enfant.

OBJECTIF : MIEUX OUTILLER LES JEUNES À L'APPRENTISSAGE DE L'AUTONOMIE

DÉCLINAISONS OPÉRATIONNELLES

Action 1 : Faciliter l'accès et le maintien dans le logement autonome des jeunes sortants de l'ASE

- > Développer l'intermédiation locative pour les 18-25 ans jeunes sortants de l'ASE
- > Renforcer le travail sur l'acquisition de compétences pratiques liées à l'accession et au maintien dans le logement
- > Poursuivre le travail avec les bailleurs sociaux
 - Poursuivre le développement de conventions et l'accès prioritaire des jeunes majeurs ASE (loi 2022)
- > Développer la recherche de dispositifs de logement autonome
 - Poursuivre le développement de structures intermédiaires entre hébergement et autonomie (type : Maison relais)
 - Démultiplier les options (logement privé, logement partagé/intergénérationnel, ...) à activer systématiquement

Action 2 : Harmoniser les pratiques de mise en œuvre des CJM pour des parcours plus sécurisants

- > Harmoniser les pratiques d'accompagnement au sein des établissements
 - Pratiques et attentes vis-à-vis de la gestion budgétaire (participation financière des jeunes en fonction de leur situation ou revenus)
- > Travailler sur le cadre du CJM
 - Redéfinir les critères permettant de fixer la durée d'un CJM en lien avec le projet du jeune (et non pour sécuriser les points d'étape)
 - Travailler sur le pilotage et l'animation du CJM pour favoriser des contrats plus longs sans diminuer la qualité de l'accompagnement et définir des jalons intermédiaires associés à des objectifs, afin de donner de la visibilité tout en garantissant des points de suivi des objectifs tout au long du CJM

FICHE-ACTION 8.1

MIEUX OUTILLER LES JEUNES À L'APPRENTISSAGE DE L'AUTONOMIE

DÉCLINAISONS OPÉRATIONNELLES

Action 3 : Permettre un meilleur accès à l'information par les jeunes et les professionnels

- > Mieux informer les jeunes majeurs des dispositifs de droit commun auxquels ils ont accès et développer des outils d'accès à l'information et d'orientation à destination des jeunes et des professionnels ; par exemple :
 - Mettre en place la Boussole des Jeunes sur le Département 13
 - Communiquer sur l'accompagnement de la Touline
 - Diffuser le guide de l'ADEPAPE (« le 13 autonome ») à tout jeune confié lors de l'entretien de préparation à la majorité
 - Diffuser le référentiel de l'URJAJ sur l'accès au logement des jeunes (créé dans le cadre du plan pauvreté)

Action 4 : Soutenir la poursuite de la scolarité et l'accès à la formation et l'emploi des jeunes majeurs, en conformité avec leurs choix et leurs ambitions

- > Systématiser le travail avec les jeunes accompagnés sur leur projet de scolarité/formation, et l'inscrire dans leur projet d'autonomie
- > Renforcer le lien avec les acteurs de la formation et de l'insertion professionnelle
- > Mieux diffuser l'information auprès des professionnels et des jeunes majeurs sur les dispositifs d'aide à la scolarité / à la formation (bourses d'étude, etc.)

Action 5 : Développer les « services de suite » sur le territoire pour prévenir les risques de rupture et de marginalisation des jeunes

- > Développer les services d'accompagnement à la sortie de l'ASE
 - CJM en logement autonome, bilan de parcours, maillage avec les autres acteurs prévention sociale, prévention spécialisée, etc.

Action 6 : Renforcer l'acquisition et l'évaluation de l'autonomie fonctionnelle et affective des jeunes sortants de l'ASE

- > Mettre en place un suivi et une évaluation continue (à 6 mois, 1 an, 2 ans, etc.)
- > Rendre systématique l'évaluation de l'autonomie fonctionnelle
 - Travailler l'acquisition des compétences fonctionnelles en mettant les jeunes en situation en amont de leur sortie
 - Adopter et mettre en place un outil commun d'évaluation de l'autonomie (ex : EVA GOA)
- > Rendre les jeunes acteurs de leur parcours en les aidant à se confronter à leur histoire familiale et à travailler le lien avec leurs parents en amont de la sortie du dispositif

ACTEURS :

Pilote : DEF

Contributeurs : IEF, DITAS (MDS), ESSMS, Bailleurs sociaux, SIAO, CAF,

MOYENS MOBILISÉS :

- > Coûts de développement et de mise en œuvre d'outils d'information (plateformes, boussole des jeunes, etc.) et d'évaluation (Ex : Eva Goa)
- > Financement de dispositifs « de suite » type La Touline (Financement contrat Etat-Département)

INDICATEURS DE RÉALISATION :

- > Nouvelles instances et relations partenariales
- > Nombre de jeunes en logement autonome à la sortie de l'ASE
- > Cadre du CJM repensé
- > Adoption et mise en place d'un outil commun d'évaluation de l'autonomie

NIVEAU DE PRIORITÉ

Priorité 1

FICHE-ACTION 8.2

RENFORCER LE TRAVAIL PARTENARIAL AUTOUR DES SITUATIONS DE JEUNES ACCÉDANT À L'AUTONOMIE

> Rappel du contexte ou de la problématique :

Le travail sur l'accompagnement vers l'autonomie des jeunes sortant de l'ASE se fait de manière trop cloisonnée et hétérogène sur le territoire. Pourtant de nombreux acteurs et dispositifs de droit commun existent et gagneraient à être mieux diffusés et partagés avec les professionnels des établissements d'accueil ASE. Le parcours d'accès à l'autonomie des jeunes ASE doit, pour exister, s'appuyer sur un maillage partenarial fort et une coordination renforcée, au niveau départemental et de chaque territoire.

OBJECTIF : RENFORCER LE TRAVAIL PARTENARIAL AUTOUR DES SITUATIONS DE JEUNES ACCÉDANT À L'AUTONOMIE

DÉCLINAISONS OPÉRATIONNELLES

Action 1 : Renforcer la coordination et le partage d'expérience entre les acteurs intervenant sur l'accès à l'autonomie des jeunes

- > Finaliser l'adoption du protocole de prévention en le soumettant à l'ODPE
- > Renforcer l'interconnaissance entre acteurs
 - Formaliser et diffuser un annuaire évolutif avec l'ensemble du réseau
 - Mettre en place une instance de réflexion inter-MECS sur le thème de l'accès à l'autonomie (partage d'expériences ciblées : gestion budgétaire, accès santé mentale...)
- > Mieux connaître et faire appel à l'offre de prise en charge en santé mentale

Action 2 : Créer un « parcours autonomie jusqu'à 25 ans » avec les partenaires de droit commun

- > Développer les partenariats avec les acteurs de droit commun afin de faciliter l'inscription des jeunes dans l'offre locale (culture, sport, loisirs)
- > Structurer les partenariats autour d'un « parcours autonomie » se prolongeant après la fin de la prise en charge par l'ASE à 21 ans
 - En interne (ex : direction de l'insertion, habitat-logement, mobilités...) et avec les partenaires de droit commun au niveau départemental et local
 - Nommer des référents autonomie au sein des grandes institutions

DÉCLINAISONS OPÉRATIONNELLES

Action 3 : Renforcer la formation des accompagnants (y compris les familles d'accueil)

- > Renforcer et harmoniser la connaissance des dispositifs de droit commun par les équipes enfance-famille et les ESSMS
- > Mener un travail avec les jeunes majeurs en accueil familial et épauler les assistants familiaux sur la préparation à l'autonomie

Action 4 : Se doter d'une capacité d'expérimentation sur les sorties du dispositif et les droits au retour

- > Dans le cadre des échanges partenariaux stratégiques, définir un cadre permettant de tester des solutions spécifiques, répondant aux besoins particuliers d'un jeune, et permettre le droit au retour en cas d'échec de parcours

ACTEURS :

Pilote : DEF

Contributeurs : IEF, MDS, Etablissements et services habilités, partenaires de droit commun, DREETS, DREAL (commission habitat des jeunes), ...

MOYENS MOBILISÉS :

- > Temps de travail agent pour animer le partenariat

INDICATEURS DE RÉALISATION :

- > Protocole de prévention voté à l'ODPE
- > Mise en place d'un annuaire des acteurs et d'instances partenariales
- > Identification des référents autonomie au sein des grandes institutions
- > Formalisation et diffusion un annuaire évolutif avec l'ensemble du réseau

NIVEAU DE PRIORITÉ

Priorité 1

FICHE-ACTION 9.1

RENFORCER LE PILOTAGE PARTENARIAL ET LE TRAVAIL STRATÉGIQUE SUR L'ÉVOLUTION DU DISPOSITIF

> Rappel du contexte ou de la problématique :

Un pilotage partenarial bien incarné au niveau de l'ODPE, qui gagnerait à être décliné en instances opérationnelles permettant de travailler sur la cohérence, l'articulation et l'évolution de l'offre en faveur des enfants et des familles.

OBJECTIF : RENFORCER LE PILOTAGE PARTENARIAL ET LE TRAVAIL STRATÉGIQUE SUR L'ÉVOLUTION DU DISPOSITIF

DÉCLINAISONS OPÉRATIONNELLES

Action 1 : Renforcer le travail partenarial avec la pédopsychiatrie, l'Éducation nationale, l'ARS, la CAF, les instituts de formation, la Justice, la Police, etc., pour travailler sur l'évolution du dispositif et sur les réponses aux problématiques d'un territoire « hors norme »

- > Cartographier les instances existantes (niveau stratégique/interconnaissance ex : ODPE ; niveau projet ; niveau parcours : instances opérationnelles thématiques et territoriales
- > Mettre en œuvre une instance de travail annuelle ou biannuelle au niveau départemental, adossée à l'ODPE, permettant de partager la vision de chaque acteur sur les besoins prioritaires, et de travailler ensemble sur l'évolution du dispositif
- > Décliner cette instance en groupes de travail thématiques visant à adresser un besoin spécifique

Action 2 : Travailler sur le rôle des cadres intermédiaires pour faire le lien entre les instances stratégiques et la coordination partenariale sur le terrain

- > Décliner la coordination partenariale stratégique en instances sur chaque territoire, réunissant les cadres intermédiaires des services de la collectivité et des partenaires
 - Définir la maille territoriale pertinente : regroupement de MDS

DÉCLINAISONS OPÉRATIONNELLES

Action 3 : Renforcer la capacité de l'ODPE à produire des données sur les profils et l'offre

- > Renforcer les compétences de l'ODPE pour analyser et synthétiser les données relatives aux besoins et à l'offre, et alimenter les travaux sur l'évolution de l'offre et des parcours
- > Structurer et fiabiliser la production de données sur l'offre et les profils par les directions départementales

ACTEURS :

Pilotes : DEF - ODPE

Contributeurs : DITAS, DPMISP, Justice, Éducation nationale, ARS, CAF, instituts de formation, partenaires associatifs

MOYENS MOBILISÉS :

- > Financement contrat État-Département (renfort statisticien ODPE)
- > Mise en œuvre d'outils de collecte et analyse de données

INDICATEURS DE RÉALISATION :

- > Création d'instances de travail communes interacteurs
- > Élaboration d'une cartographie des instances existantes

NIVEAU DE PRIORITÉ

Priorité 1 : prérequis pour le travail sur les fiches-actions nécessitant une coordination partenariale

FICHE-ACTION 9.2

RENFORCER LA PARTICIPATION DES JEUNES À L'ÉLABORATION DE LA POLITIQUE PUBLIQUE

> Rappel du contexte ou de la problématique :

La Convention Internationale des Droits de l'Enfant rappelle le droit de l'enfant de s'exprimer librement (art. 12) sur son parcours à toutes les étapes de son accompagnement. La loi 2022-2 a réaffirmé les enjeux de participation des usagers à l'évaluation de leur situation et la co-construction des réponses. Le Département des Bouches-du-Rhône souhaite donc aller plus loin en associant les jeunes à la réflexion sur l'évolution de la politique publique, et du dispositif départemental.

OBJECTIF : RENFORCER LA PARTICIPATION DES JEUNES À L'ÉLABORATION DE LA POLITIQUE PUBLIQUE

DÉCLINAISONS OPÉRATIONNELLES

Action 1 : Mettre en place une instance de participation des jeunes de l'ASE et anciens de l'ASE à l'élaboration de la politique publique sur le territoire des Bouches-du-Rhône

- > Installer un Comité des Jeunes de l'ASE dont le rôle est de participer aux diagnostics partagés sur les besoins et d'émettre des recommandations sur l'évolution de l'offre

Action 2 : Associer les bénéficiaires à l'élaboration et l'évolution des dispositifs

- > Associer systématiquement des jeunes protégés ou anciens jeunes protégés (membres de l'ADEPAPE par exemple) aux groupes de travail de mise en œuvre du Schéma (afin de poursuivre la dynamique enclenchée avec l'ADEPAPE sur les groupes d'élaboration du Schéma en 2022)
- > Systématiser la participation de jeunes de l'ASE aux retours d'expérience menés suite à la mise en œuvre de projets ou de nouveaux dispositifs

ACTEURS :

Pilote : DEF

Contributeurs : Jeunes protégés, anciens jeunes ASE, ADEPAPE

MOYENS MOBILISÉS :

- > Financement contrat Etat-Département (conseil des jeunes)

INDICATEURS DE RÉALISATION :

- > Mise en place d'une instance de participation des jeunes de l'ASE à l'élaboration des politiques publiques
- > Association systématique de bénéficiaires à la construction des dispositifs et la mise en œuvre des actions du Schéma

NIVEAU DE PRIORITÉ

Priorité 2

FICHE-ACTION 10.1

DÉVELOPPER UNE MEILLEURE CONNAISSANCE DES PROBLÉMATIQUES ET RENFORCER LE TRAVAIL PARTENARIAL AUTOUR DES SITUATIONS DE PROSTITUTION DES MINEURS ET DE TRAFICS DE DROGUE

> Rappel du contexte ou de la problématique :

La loi du 7 février 2022 intègre de manière claire l'accompagnement des mineurs victimes de prostitution dans le champ des missions de l'ASE. Le territoire des Bouches-du-Rhône se caractérise par une exposition forte des jeunes au trafic et à la consommation de drogues, en particulier à Marseille, qui tend à se déplacer vers d'autres zones urbaines du territoire, et qui impacte l'action départementale tant sur les besoins de prise en charge (enfants de parents toxicomanes, jeunes en conduite à risque) que sur les conditions d'exercice des travailleurs sociaux (repérage et prévention des addictions chez les jeunes accompagnés, sécurité dans les quartiers...). Concernant la prostitution des mineurs qui fait l'objet d'un plan national, le placement à l'ASE ou l'accompagnement PJJ sont des facteurs de vulnérabilité qui nécessitent de renforcer la capacité de repérage précoce au sein des établissements concernés. Les acteurs départementaux et partenaires se disent insuffisamment formés pour faire face aux problématiques souvent multiples et croisées.

OBJECTIF : DÉVELOPPER UNE MEILLEURE CONNAISSANCE DES PROBLÉMATIQUES ET RENFORCER LE TRAVAIL PARTENARIAL AUTOUR DES SITUATIONS DE PROSTITUTION DES MINEURS ET DE TRAFICS DE DROGUE

DÉCLINAISONS OPÉRATIONNELLES

Action 1 : Poursuivre et renforcer le travail entrepris sur ces enjeux au niveau départemental et développer les relations partenariales

- > Poursuivre le travail entamé sur le protocole de protection des mineurs victime de traite humaine, et mettre en œuvre les engagements pris ; par exemple :
 - Places d'accueil spécifiques
 - Formation de référents dédiés spécifiquement formé à l'accompagnement des mineurs victimes de traite des êtres humains
 - Formation des travailleurs sociaux des lieux d'accueil sur la thématique de la traite des êtres humains ; meilleure sensibilisation de tous les acteurs au repérage et à l'accompagnement des mineurs victimes
- > Mener à bien un diagnostic territorial approfondi sur l'impact de ces deux enjeux majeurs que sont la prostitution et l'exposition au trafic de drogue sur la politique menée par le Département
- > Renforcer l'intervention de partenaires spécialisés auprès des professionnels des établissements et des assistants familiaux
- > Réinstaurer un groupe de travail Justice/ASE/Education nationale/partenaires associatifs autour des situations de prostitution soupçonnées ou avérées

FICHE-ACTION 10.1

DÉVELOPPER UNE MEILLEURE CONNAISSANCE DES PROBLÉMATIQUES ET RENFORCER LE TRAVAIL PARTENARIAL AUTOUR DES SITUATIONS DE PROSTITUTION DES MINEURS ET DE TRAFICS DE DROGUE

- > Connaître et faire connaître les professionnels et les dispositifs existants
 - Formaliser un processus permettant aux professionnels de l'ASE d'identifier les personnes ressources vers qui orienter les mineurs concernés
 - Diffuser un annuaire des professionnels et associations intervenant dans ce domaine
- > Travailler davantage avec les acteurs de la santé et disposer d'une offre de soin adaptée pour faire face à ces phénomènes nécessitant une prise en charge particulière

Action 2 : Former et outiller les professionnels de la collectivité et les partenaires, pour mieux comprendre et appréhender ces nouveaux enjeux, et ajuster l'accompagnement social proposé

- > Former les travailleurs de l'ASE et partenaires sur :
 - Le repérage des situations (notamment sur les réseaux sociaux)
 - La gestion des cas de prostitution de mineurs
 - L'exposition de mineurs aux trafics de drogue
 - Le suivi des jeunes confrontés à la prostitution ou au trafic
- > Outiller les professionnels en matière de communication orale et digitale
 - Langage adapté aux réalités des mineurs accompagnés
 - Supports de communication adaptés aux problématiques rencontrées (réseaux sociaux)

Action 3 : Informer et sensibiliser les jeunes sur les enjeux et les solutions d'accompagnement

- > Notamment : développer les contacts entre pairs notamment grâce au service sanitaire des étudiants en santé

ACTEURS :

Pilote : DEF

Contributeurs : DITAS, DPMISP, Parquets, PJJ, Education nationale, Partenaires spécialisés (ex : Amicale du Nid), MECS, prévention spécialisée, AEMO, ...

MOYENS MOBILISÉS :

- > Réalisation d'études, diagnostics
- > Financement d'actions de prévention / de sensibilisation / de formation (Financement contrat État-Département / Financement d'actions dans le cadre du plan national prostitution)

INDICATEURS DE RÉALISATION :

- > Nombre de participants formés aux enjeux / taux de participation
- > Nombre de groupes de travail partenariaux, de campagnes de communications ciblées à destination des professionnels et des jeunes

NIVEAU DE PRIORITÉ

Priorité 1 : la loi du 7 février 2022 intègre dans les missions de l'ASE le « soutien matériel, éducatif et psychologique au mineur qui se livre à la prostitution, même occasionnellement, réputé en danger » (art L221-1 CASF)

FICHE-ACTION 11.1

APPORTER DES RÉPONSES CONCRÈTES POUR RENFORCER L'ATTRACTIVITÉ DES MÉTIERS DE LA PRÉVENTION ET PROTECTION DE L'ENFANCE

> Rappel du contexte ou de la problématique :

Les métiers du « prendre soin » sont en forte tension en 2022 : turnover important dans les organisations, baisse des effectifs de candidats à l'entrée des formations initiales, difficultés de recrutement pour les acteurs du secteur et un nombre de postes vacants qui ne cesse d'augmenter. La mise en œuvre de la politique de prévention et protection de l'enfance, ainsi que le déploiement des actions du Schéma 2023-2027, reposent fortement sur la capacité à attirer et fidéliser des professionnels compétents et motivés.

OBJECTIF : APPORTER DES RÉPONSES CONCRÈTES POUR RENFORCER L'ATTRACTIVITÉ DES MÉTIERS DE LA PRÉVENTION ET PROTECTION DE L'ENFANCE

DÉCLINAISONS OPÉRATIONNELLES

Action 1 : Améliorer l'accès à la formation initiale et continue

> Travailler avec les services RH, la direction de l'insertion, les partenaires et les instituts de formation pour améliorer l'accès à la formation initiale et continue (valorisation des acquis par l'expérience, alternance, contrats d'engagement, transitions collectives)

Action 2 : Proposer la mise en œuvre d'une plateforme des métiers de l'enfance, permettant de mutualiser les efforts de recrutement

> S'inspirer de la plateforme mise en œuvre par la Maison Métropolitaine d'Insertion pour l'emploi de la Métropole de Lyon <https://metiers-du-prendre-soin.fr/>

Action 3 : Accompagner les cadres au sein de la collectivité et au sein des ESSMS à la montée en compétence managériale

> Accompagner la montée en compétence managériale des cadres de la collectivité et des ESSMS, en lançant un programme d'accompagnement de leurs démarches d'organisation, d'amélioration des conditions de travail, d'accompagnement des collaborateurs, etc...

DÉCLINAISONS OPÉRATIONNELLES

Action 4 : Apporter un soutien technique ou logistique aux professionnels afin d'améliorer leurs conditions d'exercice

> Mettre en œuvre une politique incitative à destination des ESSMS habilités visant à améliorer les conditions d'exercice des professionnels : équipement, aide à la mobilité, lieux ressources ou de relais...

Action 5 : Poursuivre et renforcer la communication ciblée autour des métiers de l'enfance

> Poursuivre les actions de communication engagées ciblant les professionnels et futurs candidats aux métiers du social et de l'enfance en particulier

ACTEURS :

Pilote : DGAS

Contributeurs : Toutes les directions de la DGAS et l'ensemble des acteurs du métiers du social et médico-social

MOYENS MOBILISÉS :

> Financement à préciser selon les initiatives retenues (formation, coaching, équipement, communication...)

INDICATEURS DE RÉALISATION :

- > Création et mise en service d'une plateforme des métiers de l'enfance
- > Nombre d'actions de communication
- > Nombre de formation des professionnels

NIVEAU DE PRIORITÉ

Priorité 1 : urgence de prise en charge & prérequis pour la mise en œuvre de toutes les autres fiches-actions

LISTE DES ACTIONS OBLIGATOIRES (MISE EN ŒUVRE DES ÉVOLUTIONS RÉGLEMENTAIRES)

Fiche-action 1.1, action 2 : Mise en place du protocole départemental de prévention (loi 2016)

Fiche-action 2.1 : Généralisation du référentiel HAS d'évaluation de l'IP (loi 2022)

Fiche-action 2.2 : Respect des délais d'évaluation de l'IP (loi 2016)

Fiche-action 4.2 : Accueil des fratries (obligation de non-séparation réaffirmée dans la loi 2022)

Fiche-action 4.4, action 1 : Amélioration des conditions d'exercice des assistants familiaux

Fiche-action 5.3 : Structurer la stratégie de prévention de la maltraitance au sein des lieux d'accueil et le dispositif de gestion des événements indésirables (lois 2016 et 2022)

Fiche-action 7.1 : Favoriser le recours aux tiers dignes de confiance (vérifier la possibilité de recours au TDC avant d'envisager d'autres solutions de placement) et recherche systématique de solution au sein de la famille puis de l'entourage du jeune (loi 2022)

Fiche-action 7.2 : Généralisation du PPE (loi 2007)

Fiche-action 7.6 : Parrainage et mentorat (loi 2022)

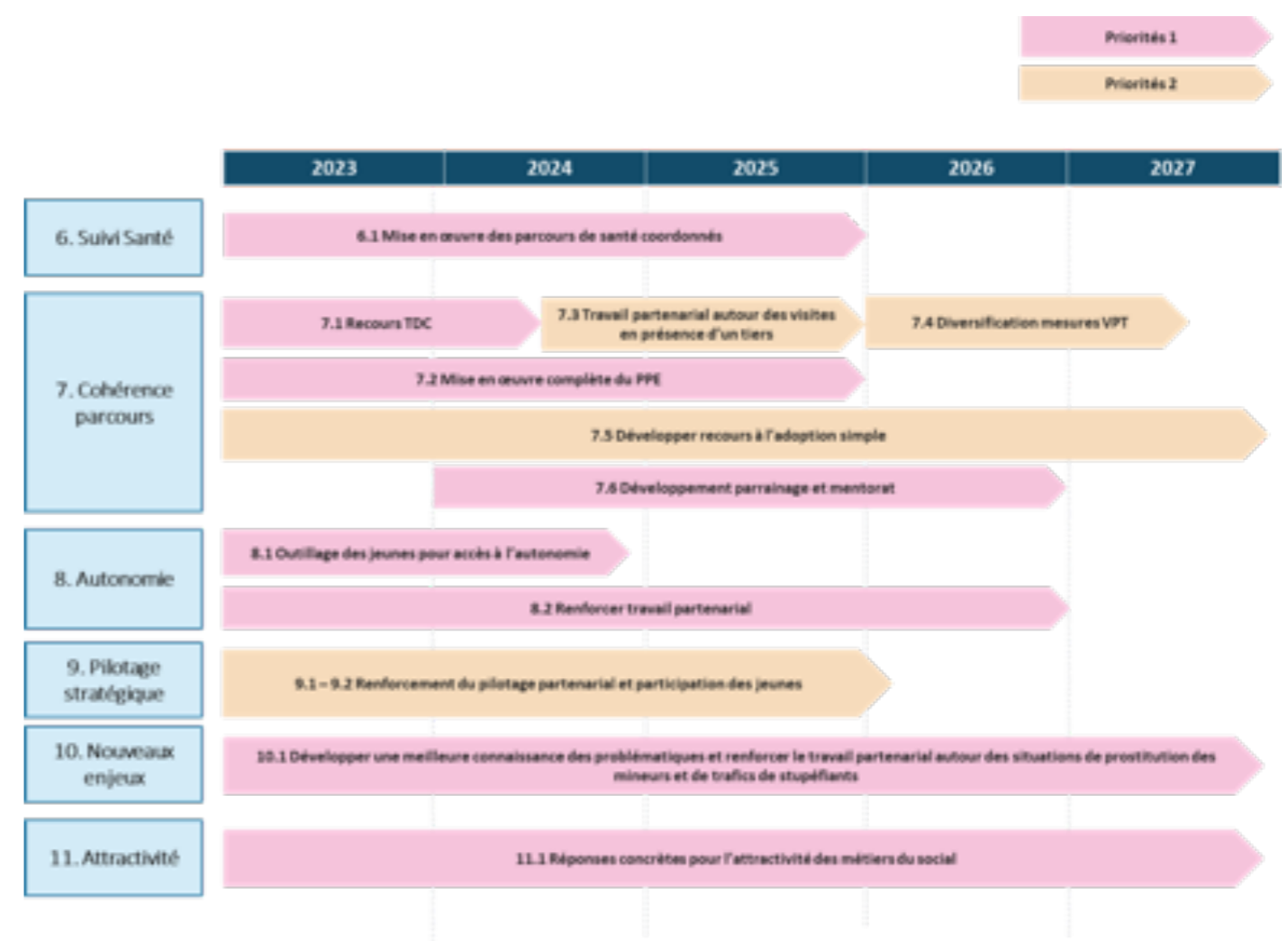
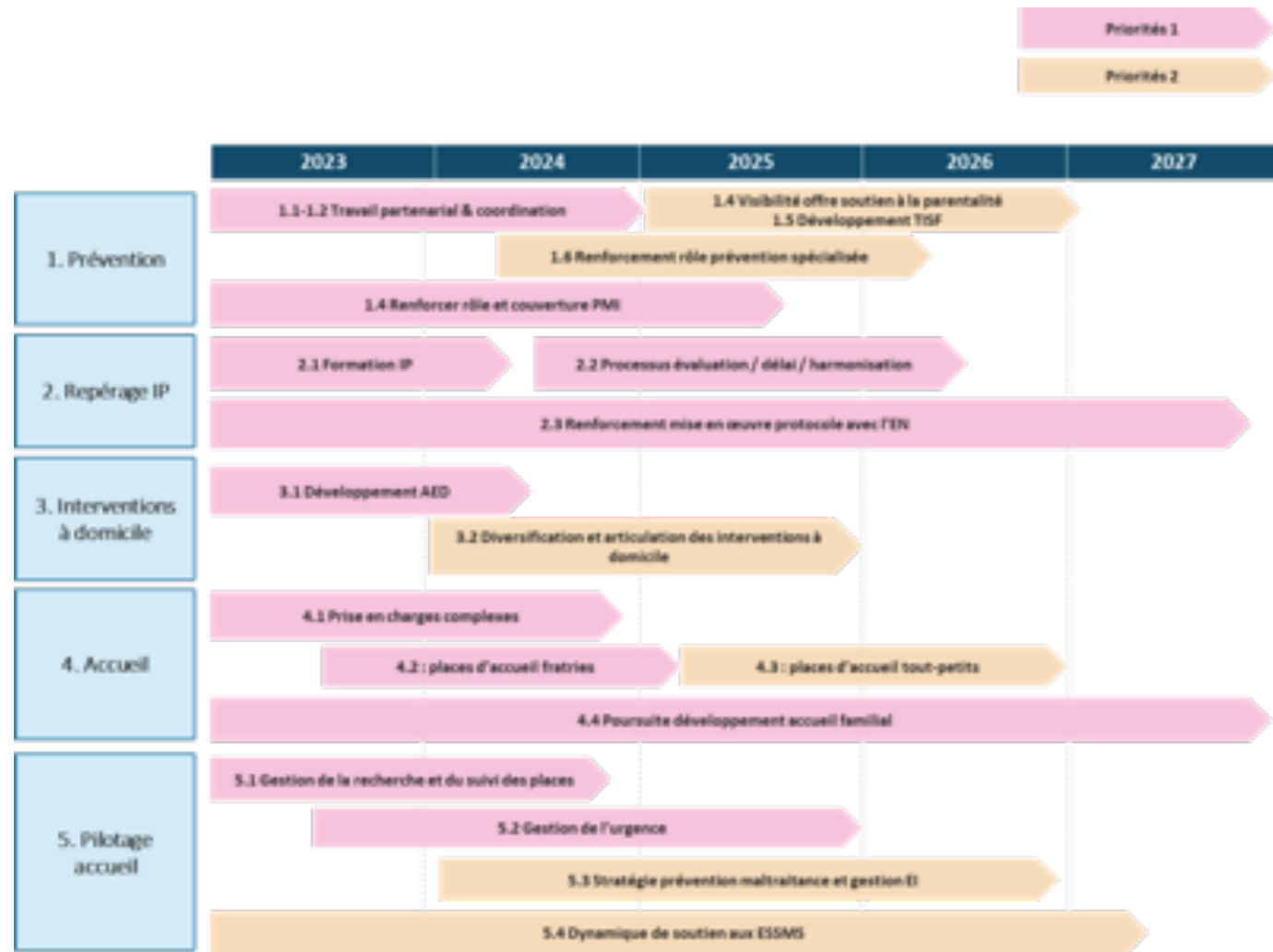
Fiche-action 10.1 : Améliorer la connaissance des phénomènes prostitutionnels, et ajuster / améliorer l'accompagnement social proposé (loi 2022)

ANALYSE BÉNÉFICES/EFFORT EN VUE DE LA PRIORISATION DES CHANTIERS

Bénéfices (conformité réglementaire, amélioration de la qualité de prise en charge)



PROPOSITION DE PRIORISATION CALENDRAIRE



GLOSSAIRE

AED : Action Éducative à Domicile
AEMO : Action Éducative en Milieu Ouvert
AESF : Accompagnement en Economie Sociale et Familiale
AGBF : Aide à la Gestion du Budget Familial
AS : Assistant.e Social.e
ASE : Aide Sociale à l'Enfance
AMT : Allocation Mensuelle Temporaire
ARS : Agence Régionale de Santé
ASMAT : Assistant maternel
CAF : Caisse d'Allocations Familiales
CAMPS : Centre d'Action Médico-Sociale Précoce
CASF : Code de l'action sociale et des familles
CCAS : Centre Communal d'Action Sociale
CD : Conseil Départemental
CHRS : Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale
CJM : Contrat Jeune Majeur
CLAS : Contrat Local d'Accompagnement à la Scolarité
CLSPD : Conseil Local de Sécurité et de Prévention de la Délinquance
CMPP : Centre Médico-Psycho-Pédagogique
CPOM : Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens
CPPE : Commission Projet Pour l'Enfant
CRIP : Cellule de Recueil de l'Information Préoccupante
CVF : Chèque à Valeur Faciale
DEF : Direction Enfance Famille
DPMISP : Direction de la Protection Maternelle et Infantile et de la Santé Publique
DIMEF : Direction des Maisons de l'Enfance et de la Famille
DITAS : Direction des Territoires et de l'Action Sociale
DPMISP : Direction de la Protection Maternelle et Infantile et de la Santé Publique
DREAL : Direction Régionale de l'Environnement, de l'Aménagement et du Logement
DREETS : Directions Régionales de l'Economie, de l'Emploi, du Travail et des Solidarités
DRH : Direction Ressources Humaines
EAJE : Etablissement d'Accueil du Jeune Enfant
EI : Evènements Indésirables
EJE : Educateur de Jeunes Enfants
EN : Éducation nationale
EPP : Entretiens Périnataux Précoces

ESSMS : Établissements et Services Sociaux et Médico-Sociaux
ETP : Équivalent Temps Plein
FJT : Foyer Jeune Travailleur
HAS : Haute Autorité de Santé
ICAP : Information, Compréhension, Adhésion, Participation
IEF : Inspecteur Enfance Famille
IEN : Inspection Education nationale
IME : Institut Médico-Educatif
IP : Information Préoccupante
ITEP : Institut Thérapeutique, Éducatif et Pédagogique
LAEP : Lieu d'Accueil Enfant Parent
LVA : Lieu de Vie et d'Accueil
MAGBF : Mesure d'Aide à la Gestion du Budget Familial
MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées
MDS : Maisons Départementales de la Solidarité
MECS : Maison d'Enfant à Caractère Social
MNA : Mineurs Non-Accompagnés
ODPE : Observatoire Départemental de la Protection de l'Enfance
PJJ : Protection Judiciaire de la Jeunesse
PMI : Protection Maternelle et Infantile
PPE : Projet Pour l'Enfant
RCP : Réunions de Concertation Pluridisciplinaires
REAAP : Réseau d'Ecoute d'Appui et d'Accompagnement à la Parentalité
RSA : Revenu de Solidarité Active
SAF : Service de l'Accueil Familial
SDSF : Schéma Des Services aux Familles
SIAO : Service Intégré d'Accueil et d'Orientation
SNATED : Service National d'Accueil Téléphonique pour l'Enfance en Danger
SSFE : Service Social en Faveur des Elèves
TDC : tiers digne de confiance
TISF : Technicien.ne d'Intervention Sociale et Familiale
UAPED : Unité d'Accueil Pédiatrique Enfants en Danger
VAD : Visites à domicile
VPT : Visites en Présence d'un Tiers

