



**Schéma  
départemental  
d'organisation  
sociale et médico-  
sociale de  
l'enfance et de la  
famille  
2016-2020**

---



## Editorial

Le nouveau schéma départemental en faveur de l'Enfance et de la Famille intervient à la croisée de deux moments fondamentaux : celui où le Département doit intégrer des contraintes budgétaires de plus en plus fortes et celui où la loi du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant entraîne de nouvelles obligations et évolutions autour de la prise en charge et de l'accompagnement des enfants et des jeunes.

Les contraintes sont connues et partagées par l'ensemble des acteurs et des institutions de nos dispositifs : les dépenses doivent être régulées alors que les publics qui sont accompagnés cumulent parfois les difficultés. C'est dans ce contexte que de nombreuses initiatives et solutions innovantes ont émergé sur le territoire. Elles ont permis au Département des Bouches-du-Rhône d'anticiper certaines mesures inscrites dans la nouvelle loi et de proposer aux enfants et à leur famille des actions toujours plus adaptées à leurs besoins.

Le travail d'élaboration de notre nouveau document directeur a été l'occasion d'organiser une phase très importante de concertation. Plus de 200 personnes auront pu participer à la définition des orientations qui structurent ce schéma et des actions qui le déclinent.

Quatre orientations sont à retenir. Elles constitueront notre feuille de route sur les prochaines années. La première d'entre elles visent à consolider et mettre en cohérence la politique de prévention en faveur des familles. Il s'agit ici d'assurer une plus grande complémentarité des actions menées et une meilleure interconnaissance des acteurs. La deuxième orientation a pour ambition de mieux repérer les enfants confrontés au danger ou en risque de danger. Un dispositif mieux identifié associé à un circuit sécurisé permettra un traitement plus efficient des informations préoccupantes. La troisième orientation doit permettre de toujours mieux adapter les pratiques mais aussi les offres aux évolutions de nos publics en faisant preuve de souplesse et d'innovation. La quatrième et dernière, consistera à améliorer l'accompagnement des enfants tout au long de leur parcours en mettant l'accent sur la scolarité, la santé mais également l'insertion professionnelle, l'accès au logement, la culture. Ainsi, la sortie du dispositif d'aide sociale à l'enfance sera anticipée et préparée, favorisant l'autonomie des jeunes.

Le travail accompli dans les Bouches-du-Rhône par les services du Département et par les partenaires est une base solide sur laquelle nous devons pouvoir greffer de nouvelles actions. C'est tout l'enjeu de ce nouveau schéma, qui ne se réalisera que dans un cadre toujours plus intégré de coordination des acteurs concourant à la protection de l'enfance.

La Présidente du Conseil Départemental

Martine VASSAL

## Sommaire

<b>Introduction .....</b>	<b>6</b>
Le contexte législatif et réglementaire des politiques en faveur de l'enfance et de la famille .....	6
La méthode d'élaboration du schéma départemental Enfance-Famille 2016-2020 .....	10
<b>Partie 1. Etat des lieux de la politique départementale en faveur de l'enfance et de la famille .....</b>	<b>13</b>
1. Le contexte de la politique départementale en faveur de l'enfance et de la famille .....	14
2. La prévention généraliste .....	19
3. Les outils de prévention d'aide sociale à l'enfance.....	27
4. L'adoption et la recherche des origines .....	32
5. Le dispositif de recueil, de traitement et d'évaluation des informations préoccupantes .....	32
6. Le dispositif d'accueil de la protection de l'enfance .....	35
7. Le pilotage de la politique en faveur de l'enfance et de la famille .....	45
<b>Partie 2. Le plan d'action 2016-2020 .....</b>	<b>49</b>
Orientation n°1 : Consolider et mettre en cohérence la politique de prévention menée en faveur des familles .....	50
<b>Fiche-action n°1 : Prendre en compte les inégalités de santé dans le déploiement des missions de PMI .....</b>	<b>51</b>
<b>Fiche-action n°2 : Développer les outils de repérage précoce et d'orientation .....</b>	<b>53</b>
<b>Fiche-action n°3 : Consolider le travail en réseau en matière de prévention des difficultés éducatives.....</b>	<b>55</b>
<b>Fiche-action n°4 : Valoriser les modes d'intervention collectifs en complément des accompagnements individuels.....</b>	<b>57</b>
<b>Fiche-action n°5 : Finaliser un cadre départemental sur la mise en œuvre des Actions Educatives Formalisées (AEF) .....</b>	<b>58</b>
Orientation n° 2 : Clarifier l'organisation départementale et adapter les pratiques en matière de repérage des situations de danger .....	59
<b>Fiche-action n°6 : Clarifier le circuit des informations préoccupantes dans le département.....</b>	<b>60</b>
<b>Fiche-action n°7 : Accompagner l'évolution des pratiques d'évaluation des situations .....</b>	<b>61</b>
<b>Fiche-action n°8 : Renforcer le travail partenarial sur le dispositif de repérage des enfants en situation de risque de danger ou de danger .....</b>	<b>62</b>
Orientation n°3 : Adapter les modes d'accompagnement en protection de l'enfance aux besoins des enfants et des familles.....	63
<b>Fiche-action n°9 : Poursuivre la diversification des modes d'intervention des Techniciens de l'intervention sociale et familiale (TISF).....</b>	<b>64</b>
<b>Fiche-action n°10 : Développer et rénover les modes d'exercice des mesures éducatives à partir du domicile familial .....</b>	<b>66</b>
<b>Fiche-action n°11 : Renouveler et adapter l'offre départementale d'accueil familial.....</b>	<b>68</b>

<b>Fiche-action n°12 : Adapter l'offre en établissements aux profils des publics et renforcer la régulation du dispositif.....</b>	<b>70</b>
<b>Fiche-action n°13 : Moderniser le dialogue de gestion entre le Département et les établissements et services habilités à mettre en œuvre des missions d'aide sociale de l'enfance .....</b>	<b>72</b>
<b>Fiche-action n°14 : Généraliser l'utilisation du Projet pour l'enfant (PPE) .....</b>	<b>73</b>
<b>Fiche-action n°15 : Rénover la référence des mesures d'aide sociale à l'enfance .....</b>	<b>75</b>
<b>Fiche-action n°16 : Revisiter les modalités de mise en œuvre des droits de visite médiatisées et en présence un tiers .....</b>	<b>76</b>
Orientation n°4 : Renforcer la continuité et la cohérence des parcours en protection de l'enfance, ainsi que le pilotage du dispositif départemental .....	78
<b>Fiche-action n°17 : Mieux accompagner les jeunes présentant des profils complexes, au croisement des champs d'intervention de plusieurs partenaires .....</b>	<b>79</b>
<b>Fiche-action n°18 : Poursuivre la formalisation du suivi médical des enfants confiés à l'ASE .....</b>	<b>81</b>
<b>Fiche-action n°19 : Accompagner et développer la réussite scolaire pour les enfants et les jeunes confiés à l'ASE .....</b>	<b>83</b>
<b>Fiche-action n°20 : Mieux anticiper et préparer la sortie du dispositif d'aide sociale à l'enfance .....</b>	<b>84</b>
<b>Fiche-action n°21 : Poursuivre le déploiement des projets transversaux en interne au Département et avec les partenaires .....</b>	<b>86</b>
<b><i>Glossaire</i> .....</b>	<b>87</b>

## Introduction

### Le contexte législatif et réglementaire des politiques en faveur de l'enfance et de la famille

Le présent schéma constitue la feuille de route de la politique départementale en faveur de la famille et de l'enfance pour les cinq années à venir. Celle-ci est encadrée par plusieurs textes réglementaires et législatifs, dont deux grandes lois déjà en vigueur lors du précédent schéma :

- **La loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale**, qui instaure les schémas départementaux d'organisation sociale et médico-sociale et replace l'utilisateur au cœur des interventions des établissements et services intervenant en protection de l'enfance ;
- **La loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance**, qui introduit des changements considérables dans l'action sociale en direction des enfants et des jeunes.

D'autres textes sont venus modifier le cadre d'intervention des professionnels des secteurs de la prévention et de la protection de l'enfance :

- **La loi du 27 juin 2005 relative aux assistants maternels et aux assistants familiaux** a permis de clarifier leur statut et d'améliorer la qualité de l'accueil, à travers le renforcement de la formation des accueillants.
- **La loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST)** instaure une procédure d'appel à projets, dans laquelle doivent s'inscrire les projets de création, de transformation ou d'extension d'établissements ou de services sociaux et médico-sociaux.
- **La circulaire interministérielle du 7 janvier 2012 relative à la coordination des dispositifs de soutien à la parentalité au plan départemental** confie à la CAF le pilotage et l'animation du réseau dans le champ du soutien à la parentalité afin de renforcer l'efficacité de la politique et d'assurer une meilleure lisibilité des actions menées envers les parents.
- **La circulaire du 31 mai 2013 relative aux modalités de prise en charge des mineurs isolés étrangers**, instaure un dispositif national de mise à l'abri, d'évaluation et d'orientation pour ce public.
- **La loi du 7 août 2015 portant nouvelle organisation territoriale de la République, dite « loi NOTRe »** vient redéfinir les compétences départementales, après l'adoption de la loi de modernisation de l'action publique territoriale et d'affirmation des métropoles, dite « loi MAPTAM ».
- **La loi du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant**, replace l'enfant au centre du dispositif de l'Aide Sociale à l'Enfance

*L'instauration des schémas départementaux d'organisation sociale et médico-sociale par la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale*

---

Depuis la loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, les Départements ont l'obligation d'établir, pour une période maximum de cinq ans, des **schémas d'organisation sociale et médico-sociale, dont un volet est consacré à la politique de protection de l'enfance**. Elaboré par le Président du Conseil départemental, le schéma est voté par l'assemblée départementale.

Ces dispositions sont reprises à l'article L.312-4 du Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF), qui précise que :

« Les schémas d'organisation sociale et médico-sociale [...] :

- Apprécient la nature, le niveau et l'évolution des besoins sociaux et médico-sociaux de la population ;
- Dressent le bilan quantitatif et qualitatif de l'offre sociale et médico-sociale existante ;
- Déterminent les perspectives et les objectifs de développement de l'offre sociale et médico-sociale et, notamment, ceux nécessitant des interventions sous forme de création, transformation ou suppression d'établissements et services [...] ;
- Précisent le cadre de la coopération et de la coordination entre les établissements et services [...] ;
- Définissent les critères d'évaluation des actions mises en œuvre dans le cadre des schémas. »

La loi du 2 janvier 2002 comporte également des dispositions relatives au **pilotage des établissements et services** (autorisations, évaluations, contrôles,...) : l'évaluation de la qualité est particulièrement mise en exergue, à travers des obligations d'évaluation interne (tous les cinq ans) et externe (tous les sept ans).

Elle affirme enfin **la place des usagers et de leurs familles**, en mettant l'accent sur des outils visant à concrétiser leurs droits (livret d'accueil, règlement de fonctionnement, contrat de séjour, conseil de la vie sociale,...).

*La loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance : un renouvellement profond des modes d'intervention en direction des enfants et des familles*

---

La loi n°2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance consacre le Département comme chef de file de la politique de protection de l'enfance et met en avant trois objectifs principaux :

- **Le renforcement de la prévention**, en mettant l'accent sur la prévention périnatale (entretiens systématisés au cours du quatrième mois de grossesse, visite à domicile dans les premiers jours suivants la sortie de la maternité, bilans systématiques à l'école maternelle...) et en créant de nouvelles prestations à l'attention des parents et des jeunes rencontrant des difficultés éducatives (la mesure judiciaire d'aide à la gestion du budget, la mesure d'accompagnement en économie sociale et familiale, l'accueil de jour...);

- **L'amélioration du repérage et du traitement des informations relatives aux situations de danger et de risque de danger**, grâce à la création, dans chaque département, d'une cellule chargée de centraliser le recueil et le traitement des informations préoccupantes. Pour traiter ces informations et permettre une évaluation pluridisciplinaire, la loi introduit également la notion de partage d'informations à caractère secret entre les personnes soumises au secret professionnel. Enfin, l'observatoire départemental de la protection de l'enfance est chargé de recueillir et d'analyser les données départementales relatives à l'enfance en danger, au regard notamment des informations anonymes transmises par la cellule départementale ;
- **La diversification et l'individualisation des modes de prise en charge des enfants**, grâce à la possibilité de mesures d'accueil ponctuel (accueil de 72 heures notamment), exceptionnel, périodique ou modulable et l'institution d'un « Projet pour l'enfant », élaboré avec les parents et l'ensemble des professionnels intervenant dans la prise en charge de l'enfant.

### *Un cadre législatif de la politique en faveur de l'enfance et de la famille en évolution*

---

Les réflexions qui ont abouti à l'adoption de la loi du 14 mars 2016 sur la protection de l'enfance procédaient d'un double constat :

- D'une part, les collectivités territoriales ont avancé de manière variable dans la mise en œuvre des orientations structurantes de la loi du 5 mars 2007. En conséquence, les effets de cette loi se font attendre, notamment sur le plan de l'amélioration de l'efficacité des réponses via la formalisation d'un Projet pour l'enfant, fondée sur une évaluation régulière des situations individuelles, sur une association renforcée des représentants légaux à l'accompagnement et sur une diversification des panels de réponses devant garantir une meilleure adéquation aux besoins des publics ;
- D'autre part, sur certains points précis, cette loi fondatrice appelle des ajustements. Depuis la loi du 5 mars 2007, le recueil de l'adhésion des parents et des jeunes aux mesures éducatives, l'association étroite des détenteurs de l'autorité parentale aux décisions concernant leurs enfants mineurs, sont la règle. Les dispositions relatives à la réforme de la procédure judiciaire d'abandon qui figurent dans le projet de loi devront permettre de proposer une autre réponse aux enfants dont le retour en famille est inenvisageable.

Ainsi, **la loi n° 2016-297 du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant prévoit :**

- une amélioration de la gouvernance nationale et locale de la protection de l'enfance. ;
- une nouvelle définition du projet pour l'enfant (PPE) afin d'en faire un véritable outil dont l'objectif est d'accompagner le mineur tout au long de son parcours de protection ;
- la désignation, dans chaque département, d'un médecin référent pour la protection de l'enfance ;
- la sécurisation du parcours de l'enfant en protection de l'enfance avec l'ajout dans les missions de l'Aide sociale à l'enfance (ASE) de veiller à la stabilité du parcours de l'enfant ;
- l'adaptation du statut de l'enfant placé sur le long terme avec la procédure de la déclaration judiciaire de délaissement parental qui remplace l'ancienne procédure de déclaration d'abandon.



Par ailleurs, le **projet de loi de modernisation de notre système de santé**, adopté par le Parlement le 17 décembre 2015, vient impacter la mise en œuvre de la politique départementale en matière de santé de la famille et de l'enfant.

Dans le domaine de la prévention et du dépistage, la loi prévoit ainsi:

- **Le déploiement d'un parcours éducatif en santé de la maternelle au lycée.** La loi a pour objectif prioritaire de réduire les inégalités de santé, en s'appuyant sur l'école, lieu idéal pour sensibiliser les enfants aux grands enjeux de la santé. La loi précise le cadre et les champs d'application de ces mesures de promotion de la santé qui concernent tous les enfants et les adolescents, dès leur plus jeune âge, quel que soit leur lieu de scolarisation ou leur état de santé.
- **La désignation par les parents d'un médecin traitant pour les enfants jusqu'à 16 ans.** Cette mesure repose sur le constat que de trop nombreux enfants, souvent dans les milieux les plus modestes, ne bénéficient d'aucune coordination de leurs soins. Elle vise à affirmer le rôle pivot du médecin traitant dans le suivi du parcours de soins des enfants de 0 à 16 ans ce qui permettra par exemple de renforcer le dépistage précoce de l'obésité, des troubles de l'apprentissage ou plus tard des conduites addictives.
- **L'amélioration du dépistage des infections sexuellement transmissibles.** La loi a pour objectif de favoriser les stratégies et les outils innovants, afin d'atteindre des publics souvent éloignés du système de santé.

D'autres dispositions de la loi viennent impacter la politique départementale en faveur de la santé de la famille et de l'enfant :

- **Le développement d'une médecine de proximité autour du médecin traitant.** La loi prévoit la constitution de communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) pouvant regrouper les médecins généralistes et spécialistes, des auxiliaires médicaux et des acteurs médico-sociaux et sociaux. Ces coordinations renforcées entre professionnels ont pour objectif d'améliorer le parcours de santé des patients chroniques, des personnes en situation de précarité sociale, de handicap ou de perte d'autonomie.
- **La correction des inégalités sociales et territoriales dans le champ de la santé mentale** en garantissant l'accès à un diagnostic précoce, en développant la prévention et en la rendant accessible de façon coordonnée.
- **L'amélioration de l'accès à l'interruption volontaire de grossesse (IVG).** La loi vise à faciliter le parcours des femmes qui souhaitent avorter et à renforcer l'accessibilité de l'IVG en améliorant l'offre de proximité. Plusieurs mesures sont ainsi prévues par la loi : élaboration d'un plan d'action pour l'accès à l'IVG dans chaque région, suppression du délai minimal de réflexion, possibilité pour les centres de santé de réaliser des IVG instrumentales, possibilité pour les sages-femmes de réaliser des IVG médicamenteuses.

Enfin, la **loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement** a été adoptée le 28 décembre 2015 par le Parlement. Elle apporte des modifications au Code de l'action sociale et des familles (CASF) sur

les procédures de création et d'extension des établissements sociaux et médico-sociaux, en particulier les lieux de vie et d'accueil. Ces derniers sont en effet désormais **exonérés de la procédure d'appel à projet prévue par l'article L 323-1-1 du CASF.**

## La méthode d'élaboration du schéma départemental Enfance-Famille 2016-2020

Le schéma départemental Enfance-Famille 2016-2020 est le fruit d'une démarche participative, conduite en trois étapes.

### *Une démarche conduite en trois étapes...*

---

Une première étape a été consacrée à **la réalisation d'un bilan du précédent schéma et à un état des lieux du dispositif départemental.** Les travaux menés ont permis d'aboutir à un diagnostic détaillé de la politique départementale en faveur de l'enfance et de la famille et d'identifier ainsi les évolutions souhaitables pour les années à venir.

Une deuxième phase a permis d'élaborer les axes stratégiques et opérationnels du futur schéma de la famille et de l'enfance, grâce à **l'organisation d'une large concertation avec les professionnels du secteur,** à la fois agents du Département et partenaires.

La dernière phase des travaux a été consacrée à **la rédaction du projet de schéma, ainsi qu'à l'élaboration de ses outils de pilotage,** étape essentielle afin de garantir un suivi optimal du plan d'actions.

### *... à l'appui d'une méthodologie participative*

---

Les travaux d'élaboration du nouveau schéma départemental de la famille et de l'enfance se sont appuyés sur **plusieurs outils méthodologiques, à la fois quantitatifs et qualitatifs,** permettant d'obtenir une vision fine et objectivée de l'évolution de l'offre et des besoins des enfants et de leur famille.

La phase d'état des lieux de l'existant a ainsi donné lieu à la réalisation de plusieurs études quantitatives :

- **Une étude comparative interdépartementale** a été élaborée à partir de bases de données nationales<sup>1</sup>, permettant de mettre en perspective le dispositif de prévention et de protection de l'enfance des Bouches-du-Rhône, par rapport à la situation d'autres départements comparables. Outre les départements de la région Provence Alpes Côte d'Azur, quatre départements de comparaison présentant un nombre d'habitants proche de celui des Bouches-du-Rhône ont ainsi été retenus : Paris, les Hauts-de-Seine, le Nord et le Rhône.
- **Une étude infra-départementale** a permis de situer les 21 Maisons départementales de la solidarité (MDS) les unes par rapport aux autres et d'identifier les spécificités territoriales. Une matrice des risques éducatifs territorialisés a en outre été construite afin d'offrir une vision synthétique de la prégnance des facteurs de risque en protection de l'enfance sur les différents territoires du département.

---

<sup>1</sup> INSEE, DREES, ANDASS, STATISS

Afin d'approfondir la connaissance du profil et du parcours des mineurs et jeunes majeurs suivis au titre de la protection de l'enfance, une étude s'appuyant sur deux outils méthodologiques distincts a parallèlement été menée :

- **Une analyse statistique des profils et parcours des publics suivis au titre de l'Aide sociale à l'enfance**, à partir d'une extraction du logiciel GENESIS, afin de porter un regard exhaustif sur les bénéficiaires d'une mesure de protection de l'enfance à un « instant t ».
- **Une analyse qualitative des profils et parcours des enfants suivi au titre de l'Aide sociale à l'enfance**, à partir de l'étude de 50 dossiers, permettant de mieux connaître la trajectoire des enfants et les problématiques rencontrées par les familles.

Parallèlement, plusieurs outils ont permis de recueillir les attentes des acteurs durant la première phase de la démarche, ainsi que leur vision du dispositif départemental de prévention et de protection de l'enfance.

**35 entretiens individuels ou collectifs ont été réalisés auprès de 77 acteurs** intervenant dans les domaines de la prévention et de la protection de l'enfance :

- Des professionnels du Département : Direction Enfance-Famille, Direction PMI et de la Santé Publique, Direction des territoires et de l'action sociale, Direction des Maisons de l'Enfance et de la Famille, Direction de l'Education et des Collèges, Direction générale adjointe du cadre de vie, ...
- Des partenaires institutionnels : Justice, Agence régionale de santé (ARS), Caisse d'allocations familiales (CAF), Education nationale, Assistance Publique – Hôpitaux de Marseille (AP-HM), ...
- Des partenaires associatifs, habilités à exercer des mesures de protection de l'enfance : Maisons d'enfants à caractère social (MECS), Lieu de vie et d'accueil (LVA), établissements d'accueil mères-enfants, services habilités à exercer des mesures d'Action éducative en milieu ouvert (AEMO), services à domicile, prévention spécialisée...

Les professionnels sociaux et médico-sociaux des 21 Maisons départementales de la solidarité du Département ont également contribué à la démarche, via le **renseignement de fiches contribution** complétées en équipe.

**Plusieurs rencontres ont été réalisées avec les bénéficiaires ou anciens bénéficiaires** du dispositif de protection de l'enfance :

- Deux rencontres collectives avec des personnes ayant été confiées à l'Aide sociale à l'enfance (anciens bénéficiaires).
- Deux rencontres collectives avec des jeunes bénéficiant d'une mesure de placement en établissement
- Un entretien avec les parents d'enfants bénéficiant d'une mesure de placement

Ces entretiens ont permis d'appréhender la façon dont les enfants et les familles vivent (ou ont vécu) leur accompagnement, ainsi que leur perception du dispositif d'Aide sociale à l'enfance

**Les acteurs intervenant dans le champ de la prévention et de la protection de l'enfance ont également été mobilisés dans le cadre d'ateliers thématiques de travail**, lors de la seconde phase

de la démarche. Le travail de formulation des propositions d'évolution s'est appuyé dans un premier temps sur cinq groupes départementaux pluri-institutionnels et pluri-professionnels, permettant de faire émerger des pistes d'évolution innovantes et partagées du dispositif. Dans un second temps, sept groupes territoriaux réunissant chacun les professionnels de trois Maisons départementales de la solidarité et leurs partenaires ont été organisés, de manière à approfondir les pistes élaborées par les groupes départementaux.

Enfin, les travaux d'élaboration du schéma ont fait l'objet d'une **restitution devant l'Observatoire départemental de la protection de l'enfance (ODPE)**, afin de recueillir l'avis de ses membres sur les orientations à retenir.

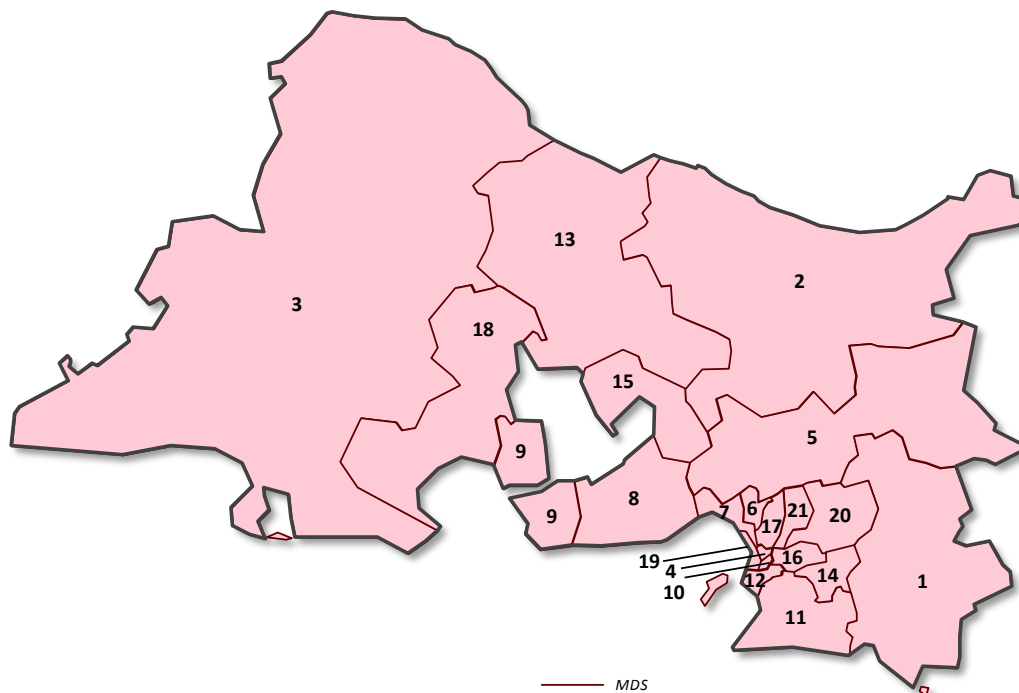
**Les temps forts de la démarche d'élaboration du schéma départemental :**

- **35 entretiens individuels ou collectifs réalisés auprès de 77 acteurs** intervenant dans les domaines de la prévention et de la protection de l'enfance
- **5 groupes de travail départementaux** ayant réuni au total près de 150 personnes sur une journée complète, dans le cadre de la phase de concertation.
- **7 groupes de travail territoriaux** ayant réuni chacun les professionnels de trois Maisons départementales de la solidarité et leurs partenaires sur une journée complète, soit au total près de 200 participants.
- **1 réunion de restitution des travaux d'élaboration du schéma à l'Observatoire départemental de la protection de l'enfance**, à l'issue de la première et de la dernière phase de la démarche

## Partie 1. Etat des lieux de la politique départementale en faveur de l'enfance et de la famille

*L'état des lieux de la politique départementale en faveur de l'enfance et de la famille s'appuie sur le découpage territorial des Maisons départementales de la solidarité (MDS) du Département.*

**Aide à la lecture des cartes :**



MDS	
1	Maison Départementale de la Solidarité d'AUBAGNE
2	Maison Départementale de la Solidarité d'AIX
3	Maison Départementale de la Solidarité d'ARLES
4	Maison Départementale de la Solidarité de BOUES
5	Maison Départementale de la Solidarité de GARDANNE
6	Maison Départementale de la Solidarité de LA VISTE
7	Maison Départementale de la Solidarité de L'ESTAQUE
8	Maison Départementale de la Solidarité de MARIIGNANE
9	Maison Départementale de la Solidarité de MARTIGUES
10	Maison Départementale de la Solidarité de PRESSENSE
11	Maison Départementale de la Solidarité de ROMAIN ROLLAND
12	Maison Départementale de la Solidarité de SAINT SEBASTIEN
13	Maison Départementale de la Solidarité de SALON
14	Maison Départementale de la Solidarité de ST MARCEL
15	Maison Départementale de la Solidarité de VITROLLES
16	Maison Départementale de la Solidarité des CHARTREUX
17	Maison Départementale de la Solidarité des FLAMANTS
18	Maison Départementale de la Solidarité d'ISTRES
19	Maison Départementale de la Solidarité du LITTORAL
20	Maison départementale de la Solidarité du NAUTILE
21	Maison départementale de la Solidarité du VALLON de MALPASSE

## 1. Le contexte de la politique départementale en faveur de l'enfance et de la famille

L'étude du contexte démographique et socio-économique départemental fournit une première analyse des besoins en matière de prévention et de protection de l'enfance.

A cet égard, le département des Bouches-du-Rhône se caractérise par un certain dynamisme démographique : le département présente un taux de natalité élevé et une croissance de sa population des moins de 21 ans, public cible de la politique départementale en faveur de l'enfance et de la famille.

Parallèlement, le département fait état d'un contexte socio-économique fragilisé au regard des indicateurs disponibles en matière d'activité et de revenus. Mais les hétérogénéités sont marquées entre les territoires.

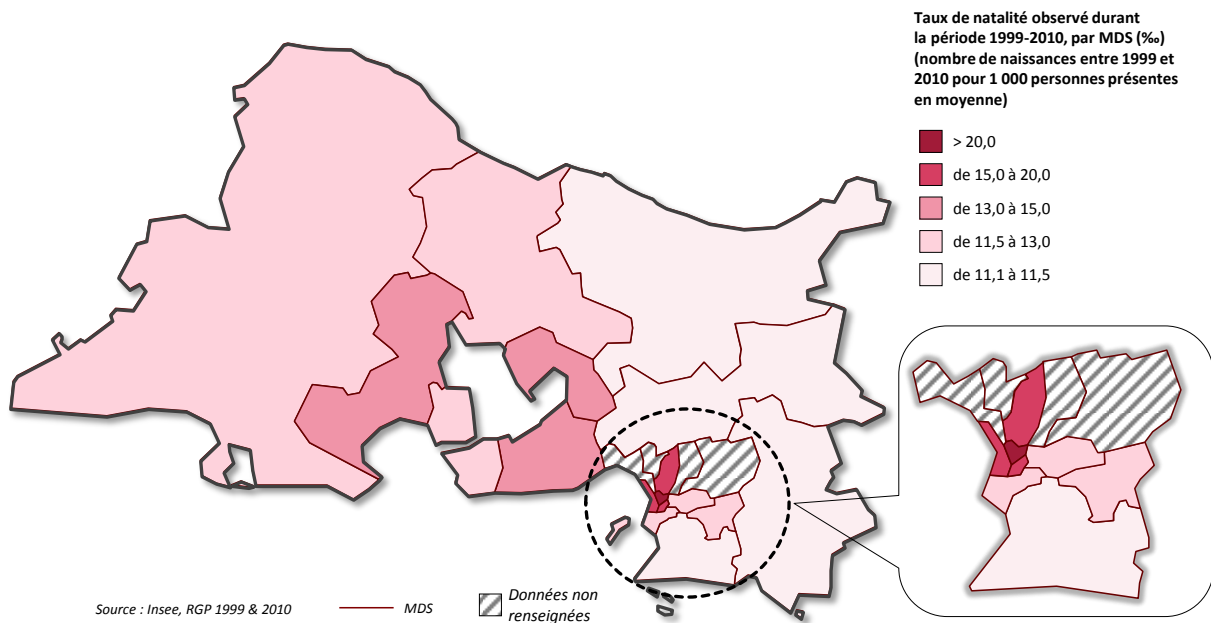
### *Un département marqué par un certain dynamisme démographique*

---

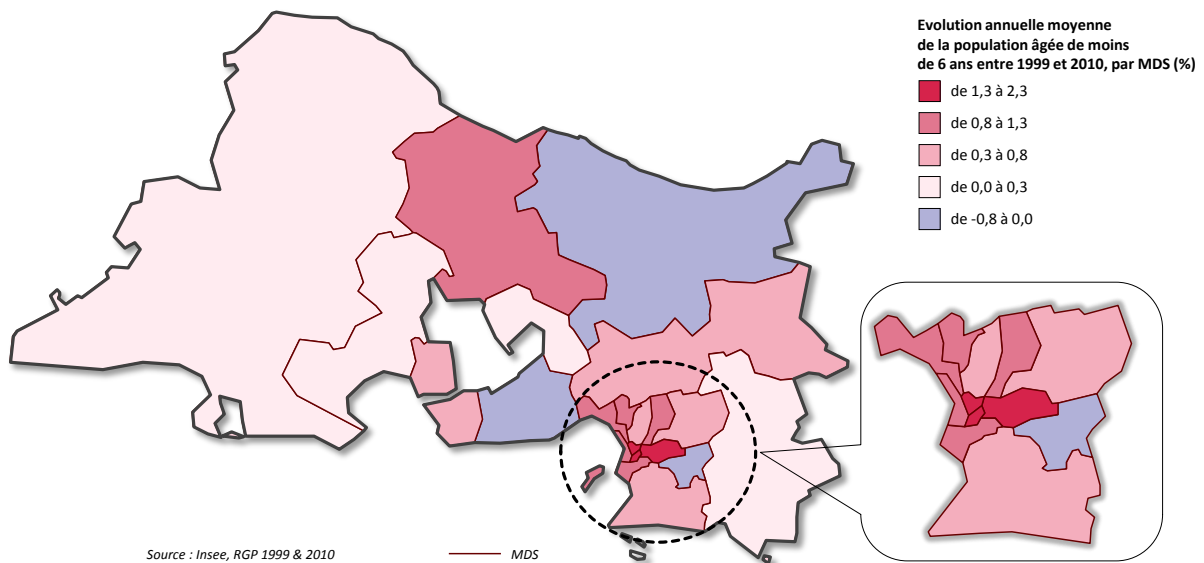
Avec une population estimée à 1 996 351 habitants en 2014, **le département des Bouches-du-Rhône a vu sa population augmenté de 0,3% par an en moyenne depuis 2007**. Il s'agit d'une croissance démographique équivalente à celle observée au niveau régional (+0,3% par an), mais inférieure à celle enregistrée à l'échelle de la France métropolitaine (+0,5% par an).

Avec **13,0 naissances pour 1000 habitants entre 2007 et 2012**, le taux de natalité est en revanche supérieur à celui enregistré au niveau national (12,7‰) et au niveau régional (12,0‰).

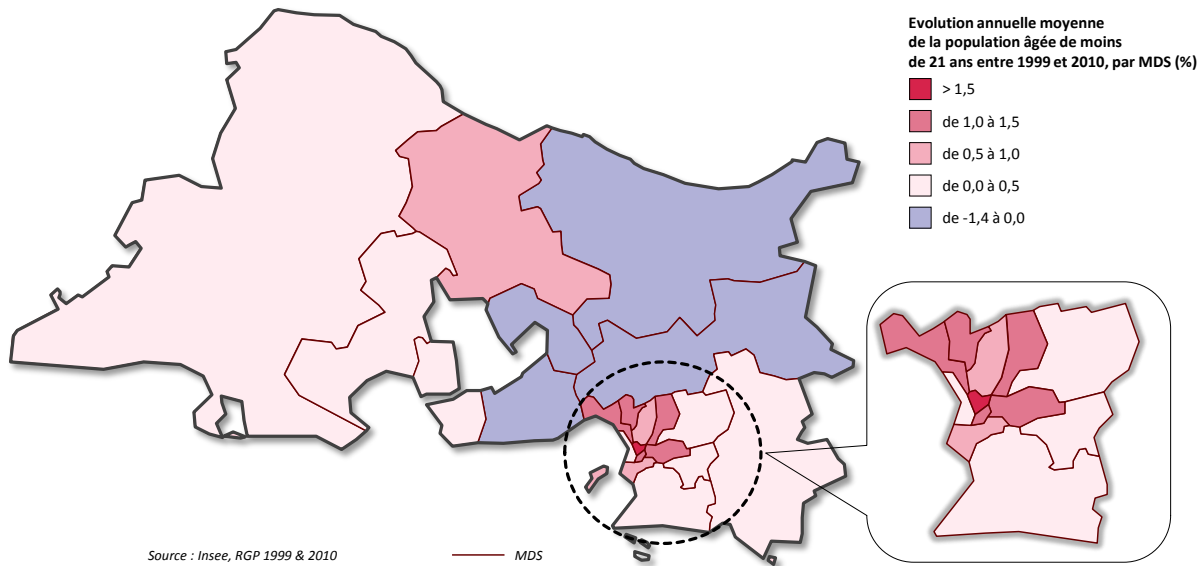
Le taux de natalité observé sur la période 1999-2010 varie fortement en fonction des territoires. Il est élevé à Marseille (avec par exemple un taux de 21,3‰ pour la MDS Belle de Mai et de 17‰ pour la MDS des Flamants – sur la période 2007-2012 le taux de natalité atteint 14,5‰ à l'échelle de l'agglomération marseillaise) et, dans une moindre mesure au sein des MDS d'Istres, de Vitrolles et de Marignane (respectivement 13,3‰, 14,2‰ et 13,1‰). A l'Est du département, le nombre de naissances pour 1000 personnes sur la période 1999-2010 est inférieur à 11,5.



La population des moins de 6 ans a augmenté de 0,5% par an en moyenne entre 1999 et 2010, tandis que la population des moins de 21 ans a augmenté de 0,3% par an en moyenne sur cette même période.



La croissance de la population des moins 6 ans concerne plus particulièrement les territoires de l'agglomération marseillaise, en particulier les MDS de Préssensé (+1,7% par an en moyenne entre 1999 et 2010), Chartreux (+1,5%) et Belle de Mai (+2,3%). Trois territoires connaissent en revanche une diminution des moins de 6 ans : Saint-Marcel (-0,8% en moyenne chaque année), Marignane (-0,4%) et dans une moindre mesure Aix-en-Provence (-0,1%)



La population des 0-21 ans évolue également de façon hétérogène selon les territoires, avec des tendances relativement similaires à celles observées pour le public des jeunes enfants. Ainsi, le territoire de Bouès connaît la croissance la plus forte des 0-21 ans (+1,9% par an entre 1999 et 2010 en moyenne), suivi par les MDS de l'Estaque (+1,4% par an) et du Vallon de Malpassé (+1,4% par an). Inversement, les MDS d'Aix, de Gardanne, de Vitrolles et de Marignane voient leur population âgée de moins de 21 ans stagner et même diminuer pour certaines.

**18,4% des familles du département sont monoparentales en 2012**, soit une proportion élevée : à titre de comparaison, cette proportion atteint 14,3% en France métropolitaine et 16,7% à l'échelle de la région. Les MDS Belle de Mai et des Flamants enregistrent les taux les plus élevés de familles monoparentales, avec respectivement 32,0% et 28,4% des familles concernées.

### *Un contexte socio-économique globalement fragilisé, mais très différencié selon les territoires*

Plusieurs indicateurs socio-économiques situent le département des Bouches-du-Rhône dans une situation moins favorable que celle observée en France métropolitaine :

- Le taux de chômage y est plus important : 11,9% au 1<sup>er</sup> trimestre 2015 contre 10,0% au niveau national et 11,6% au niveau régional ;
- Le revenu médian par unité de consommation est légèrement moins élevé dans le département qu'à l'échelle nationale (19 425 euros en 2012 dans les Bouches-du-Rhône, contre 19 786 euros en France métropolitaine) et l'écart inter-décile plus important, mettant en évidence des inégalités plus fortes entre les habitants ;
- La part des foyers fiscaux imposés atteint 62,8% en 2012 dans le département, contre 64% au niveau national ;
- Enfin, le département compte une part plus importante d'allocataires de minima sociaux : 10,7% de la population est couverte par le RSA au 31 décembre 2013, contre 7,0% au niveau national ; 10,3% de la population est bénéficiaire de la CMU Complémentaire, contre 6,2% en France métropolitaine.



Ces constats ne doivent pas masquer **de fortes disparités entre les territoires du département** :

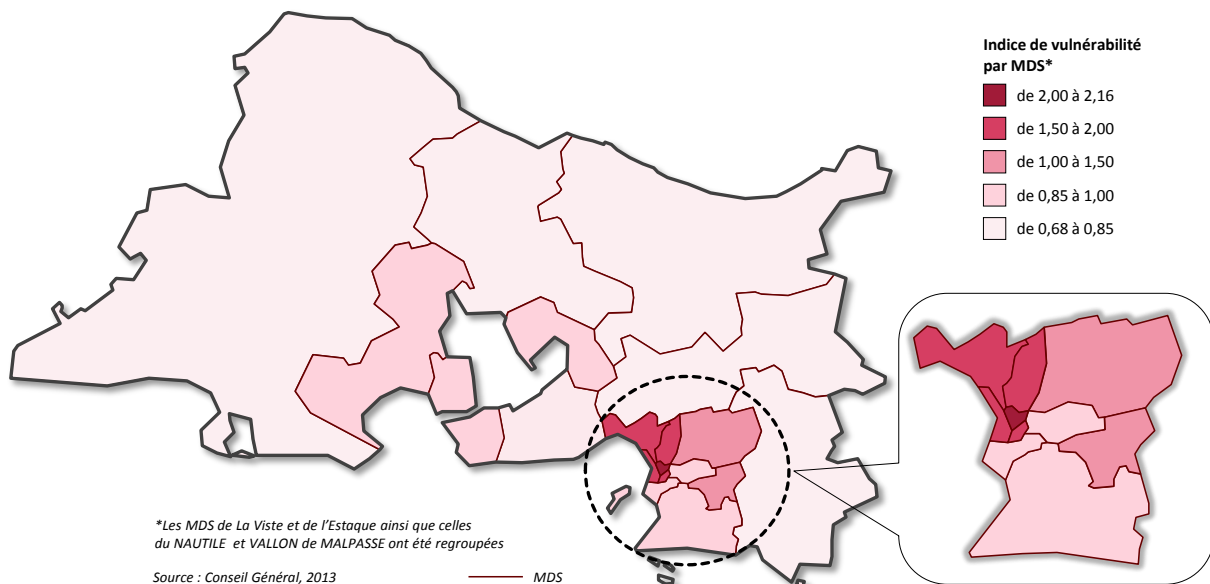
La matrice des risques éducatifs territorialisée a vocation à prendre en compte les différentes dimensions de la vie des familles, dans leur impact sur la relation parent-enfant et l'exercice de la parentalité. Cette démarche s'appuie sur le constat du caractère multifactoriel des difficultés rencontrées par les familles accompagnées dans le cadre de la protection de l'enfance, et sur l'enjeu de développer une réelle stratégie de prévention dans le cadre de cette politique.

L'indice cartographié ci-dessous a été construit à partir de l'agrégation des indicateurs suivants, considérés comme des facteurs de risques en matière de protection de l'enfance :

- La part des familles monoparentales dans le total des familles en 2013
- La part des familles nombreuses (3 enfants ou plus) dans le total des familles en 2013
- La part des familles monoparentales nombreuses (3 enfants ou plus) dans le total des familles en 2013
- La part des familles avec enfants sans actif occupé dans le total des familles avec enfants en 2013
- Le nombre d'allocataires d'au moins un minimum social (Allocation Adulte Handicapé, RSA socle non majoré, RSA socle majoré) en 2013 pour 1000 habitants de 20-59 ans
- Le nombre d'élèves du second degré public et privé sous contrat en retard scolaire de 2 ans ou plus en 2013 pour 1000 jeunes scolarisés de 11 à 17 ans
- Le nombre de bénéficiaires de l'Allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) pour 1000 enfants de 0 à 19 ans en 2013

L'indice par MDS pour chacun des indicateurs est calculé en prenant comme référence le ratio départemental correspondant à une base 1,00. Il permet de situer le niveau de vulnérabilité des MDS les uns par rapport aux autres.

Les territoires dont l'indice est supérieur à 1 connaissent un niveau de vulnérabilité plus élevé que la moyenne départementale.



La carte ci-dessus met en évidence **des disparités particulièrement prononcées selon les territoires**.

Cinq territoires de l'agglomération marseillaise présentent un indice de vulnérabilité élevé (c'est-à-dire supérieur à 1) : les territoires des MDS Belle de Mai (2,16), des Flamants (1,95), du Littoral, de la Viste-l'Estaque (1,8) et de Préssensé (1,71).

Inversement, les MDS de Gardanne, Aubagne et Aix présentent des situations plus favorables, avec des indices compris entre 0,68 et 0,70.

Il convient de préciser que certains territoires peuvent recouvrir des réalités différentes que l'indice par MDS ne permet pas de détailler. A titre d'exemple, la MDS du Nautile recouvre à la fois une partie du 13<sup>e</sup> arrondissement de Marseille et des communes voisines (Allauch, Plan-de-Cuques), dont les réalités socio-économiques sont très différenciées.

## 2. La prévention généraliste

### *Des politiques de soutien à la parentalité et d'accueil du jeune enfant portées de façon pluri partenariale*

---

Le département des Bouches-du-Rhône s'est doté récemment d'**un schéma des services aux familles piloté par la CAF**. Il doit permettre d'orienter l'offre en fonction des besoins repérés sur les territoires, mais également de décloisonner les politiques de soutien à la parentalité et d'accueil du jeune enfant via l'instauration d'un pilotage commun.

Le schéma 2014-2017 des services aux familles repose sur les orientations stratégiques locales suivantes :

- Réduire les inégalités territoriales en matière d'accueil du jeune enfant, tant sur les modes d'accueil individuel que collectif ;
- Poursuivre le maillage progressif du territoire en matière d'offre d'accompagnement à la parentalité sur la base d'un référentiel commun ;
- Favoriser l'expression des parents quant à leurs attentes en matière d'accueil du jeune enfant et d'accompagnement à la parentalité ;
- Favoriser le développement de l'offre adaptée aux situations de vulnérabilité rencontrées par les familles ;
- Développer l'information en direction des familles et des professionnels.

En 2015, dans le département des Bouches-du-Rhône, la politique de soutien à la parentalité s'est traduite par :

- La mise en œuvre de 946 visites médiatisées pour 78 familles
- L'accompagnement de 972 enfants et leur famille par les Espaces Rencontre
- La participation à différentes instances concernant environ 700 actions locales (dans le cadre du REAAP, du CLAS, du dispositif Lire et Grandir)

Les actions financées par le Département des Bouches-du-Rhône dans le cadre du soutien à la parentalité s'attachent :

- Au maintien et la restauration du lien parents-enfants : financement des Espaces Rencontre et de services de visites médiatisées (CAFC, Ecole des Parents et des Educateurs d'Aix et de Marseille, Archipel et AMPTA)
- A la prévention de la maltraitance (Parents Enfants Méditerranée, Amicale du Nid)
- Au parrainage de proximité (UDAF 13)
- Au développement de lieux de socialisation parents-enfants (Lieux d'accueil enfants parents)

Par ailleurs, le Département des Bouches-du-Rhône met en œuvre une politique volontariste en matière d'inscription de l'accueil du jeune enfant dans une politique de prévention globale, en lien avec ses principaux partenaires sur ce champ.

Ainsi, le Conseil départemental et la CAF lancent depuis 2009 des appels à projets « modes d'accueil », permettant de financer des projets d'établissements d'accueil du jeune enfant centrés sur :

- L'accès aux modes de garde des publics vulnérables (ex. mise à disposition de places pour les publics bénéficiaires du RSA, réservation de places d'accueil d'urgence, accueil de publics en situation de handicap,...)
- Le développement d'actions de soutien et d'accompagnement à la parentalité (ex. ateliers lecture parents enfants, ateliers artistiques avec les familles, ...)

En 2015, 56 projets ont ainsi été financés par la CAF et/ou le Conseil départemental.

### *Le rôle de prévention des équipes de cohésion sociale des Maisons Départementales de la Solidarité (MDS)*

---

A travers leur intervention au quotidien auprès des familles, les professionnels des équipes de cohésion sociale concourent à la prévention en faveur de l'enfance et de la famille au sein des MDS. Les assistants sociaux et conseillers en économie sociale et familiale (CESF) procèdent à un diagnostic partagé de la situation avec les familles accompagnées afin de leur proposer un projet d'aide. La prévention des difficultés familiales est ainsi travaillée à travers différents prismes, visant notamment à sécuriser le cadre de vie de la famille, et donc de l'enfant :

- **L'insertion** : établissement et renouvellement des contrats d'engagement réciproque, mobilisation du fonds d'aide à l'insertion,...
- **Le logement** : mise en œuvre des accompagnements sociaux liés au logement, conduite des enquêtes assignation et expulsion, élaboration des dossiers Fonds de Solidarité pour le Logement (FSL) accès et maintien,...
- **Le budget** : mise en œuvre de mesures d'accompagnement budgétaire (actions éducatives budgétaires), élaboration de dossiers de surendettement, octroi d'aides financières et de colis,...

Les équipes de cohésion sociale participent en outre directement aux missions de protection de l'enfance, à travers notamment l'évaluation des informations préoccupantes, la conduite de l'évaluation des candidats à l'agrément en vue de l'adoption et l'orientation des familles vers les dispositifs de prévention existants (allocations mensuelles, actions éducatives à domicile, accueil provisoire, accueil mère/parents-enfants...).

Depuis le précédent schéma, certaines équipes des MDS mettent en œuvre **des actions éducatives formalisées (AEF)**, permettant à un ou plusieurs travailleurs sociaux de proposer un accompagnement éducatif et une aide à la parentalité, dans le cadre de la prévention, à la demande explicite ou non des parents. Si les acteurs notent le caractère particulièrement pertinent de ces interventions, de par la souplesse du cadre d'intervention, ces accompagnements sont mis en œuvre de façon hétérogène selon les MDS.

Les équipes des MDS participent par ailleurs à **la mise en œuvre d'actions collectives** relatives à l'insertion sociale des familles ou la promotion de la santé et du bien-être des enfants et des adolescents :

- Chaque territoire a pu développer des actions spécifiques en fonction des besoins identifiés (dans le cadre des projets de territoire notamment). Ex. séances de préparation à la naissance, à l'allaitement, à la parentalité mises en œuvre par la PMI, activités collectives à thèmes (l'accès à la culture, la parentalité, le décrochage scolaire...), participation à l'animation des Lieux d'accueil parents-enfants,...
- Les MDS ont également pour la plupart investi les instances, programmes et réseaux locaux existants. Ex. Programmes de réussite éducative (PRE), Ateliers Santé Ville (ASV), Conseils

locaux de sécurité et de prévention de la délinquance (CLSPD), réseaux violences conjugales, REAAP, CLAS ...

**Focus : Les actions financées par le service des actions de prévention de la Direction enfance famille**

**Prévention en direction des jeunes.** Outre les actions de prévention spécialisée (cf. *infra*), plusieurs conventionnements existent avec des associations intervenant dans les domaines :

- de la prévention de l'inadaptation sociale par des actions d'animation ou d'insertion « pré - professionnelle ». Ex. association Arts et Développement
- de l'accès aux droits. Ex. Association ADEJ (Accès aux droits des enfants et des Jeunes)
- du logement. Ex. Foyer de Jeunes Travailleurs (FJT) Claire maison
- de la santé. Ex. Maison des adolescents (MDA) 13 Nord, Points d'accueil écoute jeunes, Espaces santé jeunes

A noter la mise en place d'un référent départemental sur la question des populations roms, chargé notamment de la coordination des interventions socio-éducatives auprès de ce public.

*Les interventions de Protection Maternelle et Infantile (PMI)*

**Le positionnement de la Protection Maternelle et Infantile dans un contexte en mutation**

Dans un contexte marqué par l'augmentation des inégalités, de la précarité et une mutation des modèles familiaux, la PMI a un rôle clé dans la prévention des difficultés rencontrées par les familles.

L'action de la PMI s'inscrit également dans un contexte institutionnel complexe, lié à la mise en œuvre de la loi du 5 mars 2007, qui appelle une plus grande articulation - et préalablement une clarification des missions et rôles respectifs - entre l'Aide sociale à l'enfance et la PMI. Le risque est souvent rappelé d'une dilution de la PMI dans un dispositif de protection de l'enfance potentiellement focalisé sur les questions éducatives et les situations les plus dégradées.

Tandis que le cadre légal impose une double attention à la fois à l'ensemble du public mais aussi aux publics les plus fragiles, l'enjeu pour la PMI est moins d'arbitrer entre action « universelle » et action « ciblée », que de **valoriser ses atouts et ses spécificités dans un dispositif global dont l'efficacité est directement conditionnée par la qualité des coordinations** (entre la PMI, l'ASE, l'action sociale généraliste mais également la médecine scolaire, le secteur hospitalier, les politiques de santé portées par les communes).

**Un positionnement en termes de promotion de la santé** (au sens large) **et de réduction des inégalités de santé**, particulièrement dans leur dimension territoriale, est sans doute la clé d'entrée pertinente dans cette perspective.

Doivent tout particulièrement être mis en avant :

- **L'expertise de la PMI dans le champ de la promotion de la santé**, dans un contexte où les problématiques de santé (au sens large, dépassant le cadre de soins et intégrant des enjeux de bien-être physique, psychologique, social) sont prégnantes dans les difficultés rencontrées par les familles, qu'elles relèvent ou non de la protection de l'enfance ;
- **La dimension globale de la PMI**, à la fois sanitaire, sociale, éducative, dans le cadre d'interventions à la fois individuelles et collectives, pouvant prendre la forme d'actions préventives ou d'accompagnement une fois qu'un besoin est repéré ;
- **Des relations étroites avec le secteur sanitaire** ; plus largement, une place affirmée dans les réseaux partenariaux et les espaces fréquentés par les familles et les enfants (maternités, écoles...) ;
- **L'accessibilité**, à la fois géographique (fort degré de territorialisation des équipes PMI) et financière du dispositif ;
- **L'image « positive » et non stigmatisante de la PMI auprès des usagers.**

Dans un contexte où les professionnels priorisent *de facto* certains publics considérés comme davantage fragilisés dans leurs interventions, une réflexion sur la notion d' « universalité » et ses limites doit en outre être engagée, de manière à poser un cadre clair à l'échelle départementale.

### La couverture en professionnels de PMI

Sources : DREES 2011	Bouches-du-Rhône	Nord	Paris	Hauts-de-Seine	Rhône	Région PACA	Moyenne échantillon	France métrop.
<i>Effectif PMI (DREES 2011)</i>								
ETP de médecins de PMI au 31 décembre 2011	80	83	94,5	80	109	138	63	1 704
Nombre d'ETP de médecins de PMI pour 1000 enfants de 0<6 ans	0,58	0,40	0,68	0,60	0,80	0,43	0,59	0,56
ETP de sages femmes au 31 décembre 2011	24,6	39,6	22,50	21,5	27,3	59	19	ND
ETP de sages femmes pour 1500 naissances	1,4	1,6	1,1	1,3	1,6	1,5	1,6	ND
ETP de puéricultrice au 31 décembre 2011	87,7	212,3	61,2	139,9	ND	218	90	ND
ETP d'infirmières au 31 décembre 2011	71,8	75,8	0,00	28,80	166,1	93	45	ND
ETP d'infirmières et puéricultrices pour 250 naissances	1,5	2,0	0,5	1,7	ND	1,3	1,5	1,4

En termes de positionnement au regard des normes réglementaires, la PMI des Bouches-du-Rhône se situent dans une position médiane – en précisant d'une part que ces ratios ne sont pas respectés par l'ensemble des Conseils départementaux et que d'autre part ces ratios ne renseignent pas sur la dimension qualitative du public, les problématiques qu'il peut rencontrer, etc. **Il ne s'agit donc que d'un positionnement quantitatif.**

Au 31 décembre 2015, le département des Bouches-du-Rhône comptait un total de 345,6 ETP de professionnels de PMI, dont 80 ETP de médecins, 24,6 ETP de sages-femmes, 87,7 ETP de puéricultrices, 71,8 ETP d'infirmières et 31,7 ETP d'éducateurs de jeunes enfants

### Une collaboration étroite avec les maternités du département et un bon niveau de structuration et de formalisation du dispositif de prévention périnatale

La prévention périnatale fait partie des axes principaux d'intervention de la PMI des Bouches-du-Rhône. Comme évoqué précédemment, l'efficacité de ce dispositif suppose notamment une coordination resserrée, avec les acteurs de la santé et de l'action sociale en particulier.

A cet égard, le département des Bouches-du-Rhône se caractérise par **une collaboration très étroite entre les équipes de PMI et les maternités du département**, puisqu'au sein de chacune est désignée une sage-femme de PMI référente, jouant un rôle central dans l'activation des différentes réponses

de prévention précoce. Des passages en maternité sont assurés par les professionnels de PMI afin d'assurer un travail de liaison et d'information. A noter : l'existence à Marseille d'une antenne de PMI hospitalière permettant une accessibilité plus grande des services de PMI pour les partenaires hospitaliers ; le développement d'un réseau de soutien de la parentalité à Aix-en-Provence réunissant un large nombre de partenaires (centre hospitalier, CAMSP, PMI, crèches, ASE, CHRS,...)

Des « **staffs de périnatalité** » se mettent également en place dans l'ensemble des maternités et sont en cours de formalisation. Une convention type a été élaborée en ce sens à l'échelle régionale (travail commun ARS, Conseils départementaux). Elle prévoit en particulier la mise en œuvre d'un dispositif de partenariat périnatal et de prévention (D3P), se traduisant par la réunion mensuelle des professionnels de PMI et hospitaliers afin d'évoquer les situations nécessitant un accompagnement et un suivi particuliers.

Cet accent sur la prévention précoce se traduit notamment par des dispositifs particuliers tels que **l'intervention de TISF en périnatalité** (cf. *infra*).

Le dispositif de prévention périnatale se caractérise enfin par un **bon niveau de structuration et de formalisation** (critères de repérage des situations, mises à disposition systématisées et ciblées, fiches de liaison avec les centres hospitaliers, ...)

### Le suivi des grossesses

Le service de PMI est destinataire des avis de grossesse transmis par la CAF, permettant d'adresser deux types de mise à disposition :

- Information systématique à toutes les femmes enceintes
- Mise à disposition ciblée et personnalisée par les sages-femmes et les puéricultrices, sur la base de critères prédéfinis (parité, avis de naissance sans déclaration, minorité, isolement,...)

Plusieurs modes d'intervention peuvent être proposés aux familles en anténatal : consultations, visites à domicile (VAD), entretien prénatal précoce, actions collectives...

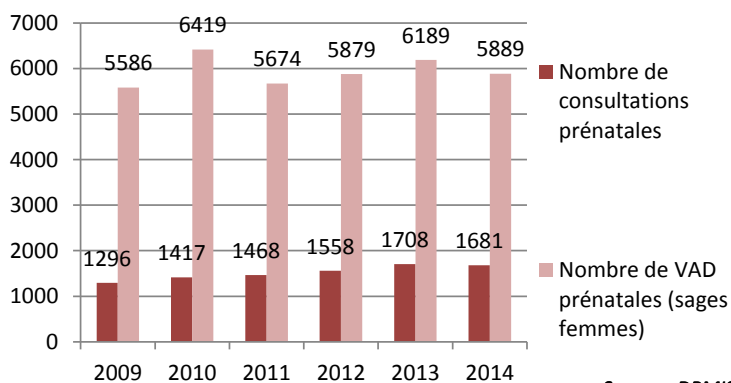
Sources : DREES 2011	Bouches-du-Rhône	Nord	Paris	Hauts-de-Seine	Rhône	Région PACA	Moyenne échantillon	France métrop.
<i>Consultations prénatales et planification (DREES 2011)</i>								
Nombre de séances de consultation réalisées par des sages-femmes de PMI en 2011	4 083	2 629	6 190	4 135	ND	10 050	3 834	47 932
Nombre de séances de consultation de sages-femmes pour 100 naissances en 2011	15,8	7,2	19,7	16,4	ND	16,8	21,5	6,0

En 2011, 4 083 séances de consultation ont été réalisées par les sages-femmes de PMI, soit 15,5 séances pour 100 naissances. Par ailleurs, 5 206 visites à domicile prénatales ont été réalisées auprès des femmes enceintes, soit 19,7 visites pour 100 naissances.

En 2014 2926 femmes enceintes ont été suivies par les Centres de Planification et d'Education Familiales. 6772 actes de suivi de grossesses ont été réalisés dont 75 % par des sages-femmes et 25 % par des médecins. En 2014, 5889 visites à domicile ont été réalisées par les sages-femmes dans le cadre de suivi de grossesse.

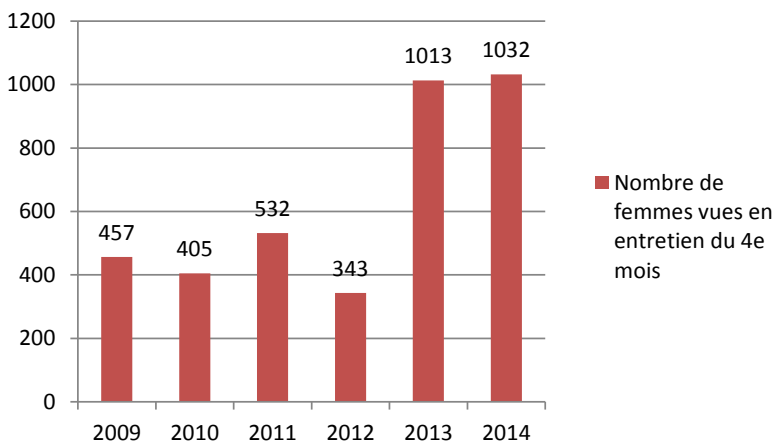
Le graphique ci-dessous met en évidence une forte croissance des consultations prénatales entre 2009 et 2014 due à une réduction de l'offre de soin de ville (avec une légère baisse en 2013), tandis que l'activité en visites à domicile est plus fluctuante.

### Consultation et VAD prénatales



Source : DPMISP

Les entretiens du 4<sup>ème</sup> mois de grossesse réalisés par la PMI ont par ailleurs connu une forte progression en 2013 et 2014. Il convient de noter que la PMI n'est pas seule compétente pour mettre en œuvre ces entretiens, les sages-femmes libérales et hospitalières pouvant également réaliser cet entretien.



Source : DPMISP

### Le suivi des moins de 6 ans

La PMI est destinataire du 1er certificat de santé ; au-delà de leur fonction épidémiologique, ils permettent de réaliser une mise à disposition systématique de la puéricultrice.

Sources : DREES 2011	Bouches-du-Rhône	Nord	Paris	Hauts-de-Seine	Rhône	Région PACA	Moyenne échantillon	France métrop.
<i>Consultations de protection infantiles (DREES 2011)</i>								
Nb de séances de consultations de protection infantile en 2011	7 176	10 156	14 863	11 144	7 148	13 154	6 274	47 932
Nb de séances hebdomadaires moyen de consultations réalisées	138	195	ND	214	137	253	100	922
Nb de séances hebdomadaires de consultation infantiles pour 200 naissances	1,1	1,1	ND	1,7	1,1	0,8	1,0	ND
Nombre d'enfants vus en séance de consultation en 2011	20 182	33 381	50 153	31 705	17 967	7 309	18 861	516 445
Part des enfants de 0 à 6 ans vus en séance de consultation	14,5%	15,9%	35,9%	23,7%	13,1%	2,2%	16,0%	11,2%

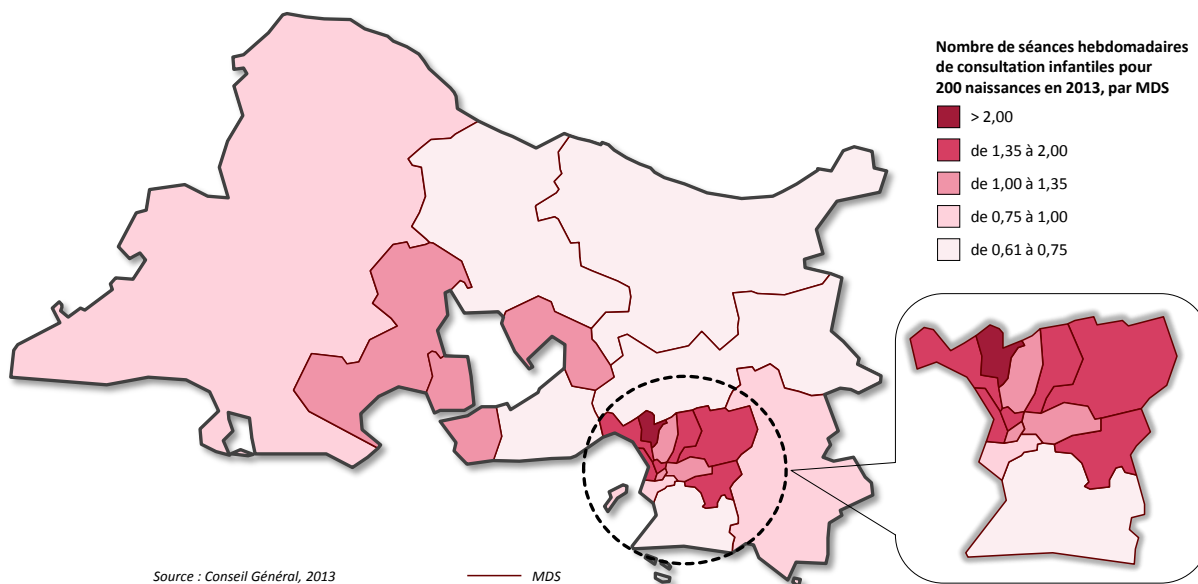
Avec 20 182 enfants de 0 à 6 ans vus en consultation infantile en 2011, soit 14,5% de la population des 0-6 ans du département, et 1,1 séance de consultations infantiles pour 200 naissances, le



département se situe au-dessus des moyennes nationale et régionale. Certains départements de l'échantillon présentent cependant des taux plus élevés.

Les données 2013 montrent que **20 889 enfants de 0 à 6 ans ont été vus en consultation soit 15% de la population des 0-6 ans. 6 721 séances de consultations infantiles** ont été réalisées cette même année, **soit 1,2 séances hebdomadaires pour 200 naissances.**

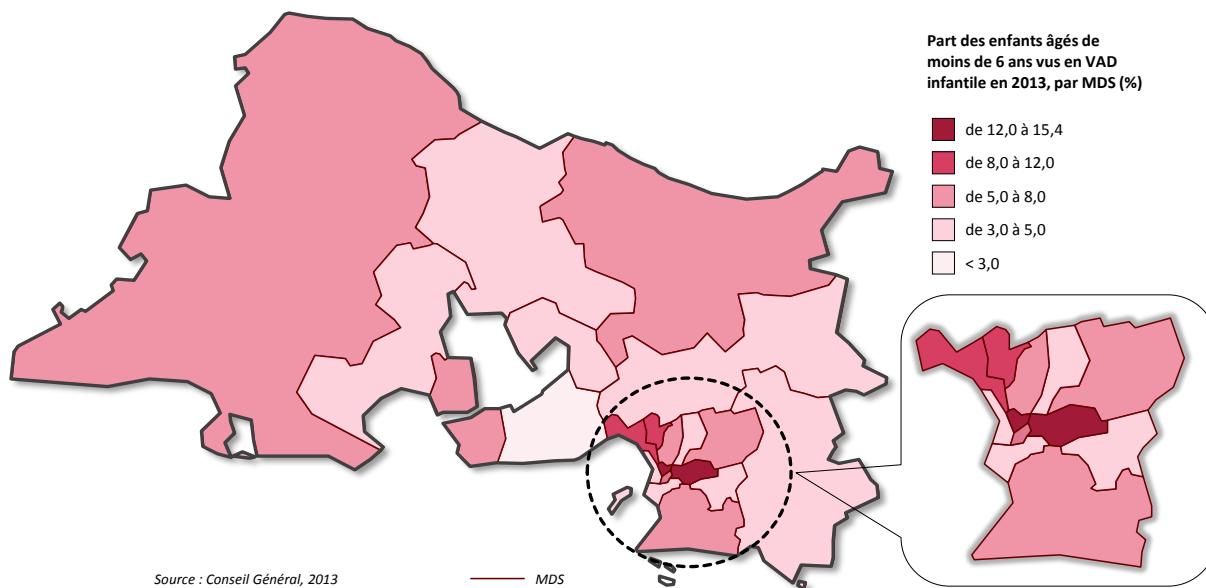
A l'échelle des MDS, le nombre de consultations infantiles pour 200 naissances varie de 2,47 pour le territoire de La Viste à 0,65 pour Gardanne. Les territoires connaissant les taux les plus importants sont principalement situés au sein de Marseille.



13 140 visites à domicile infantiles ont été réalisées en 2011, concernant 6,6% du total des enfants de 0 à 6 ans, soit une part supérieure aux moyennes de comparaison.

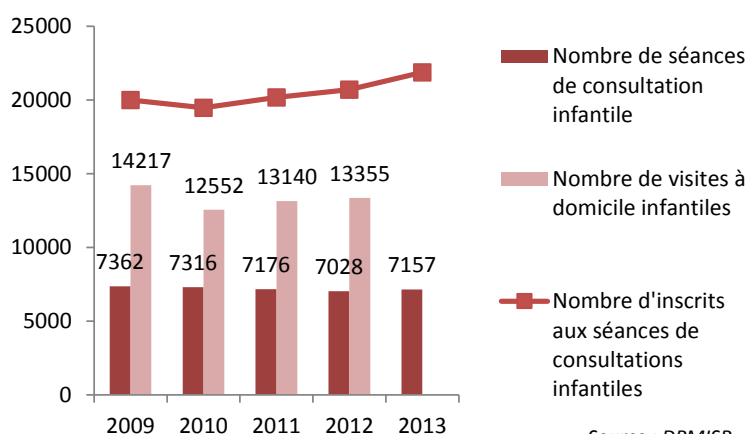
Sources : DREES 2011	Bouches-du-Rhône	Nord	Paris	Hauts-de-Seine	Rhône	Région PACA	Moyenne échantillon	France métrop.
<i>Visites à domicile infantiles (DREES 2011)</i>								
Nombre de VAD infantiles en 2011	13 140	49 001	17 013	3 537	18 270	25 501	14 165	549 635
Nombre d'enfants vus en VAD en 2011	9 194	26 200	14 795	2 998	ND	15 928	8 560	255 432
Part des enfants de 0 à 6 ans vus en VAD	6,6%	12,5%	10,6%	2,2%	ND	4,9%	6,5%	5,5%

Une disparité entre les territoires peut également être constatée quant à cet indicateur. Ainsi, les MDS Belle de Mai et de Chartreux enregistrent respectivement des taux de 15,5% et 14,4% enfants de 0 à 6 ans vus en visites à domicile, contre 2,3% sur le territoire de Marignane. Cette activité hétérogène peut dénoter un accent porté davantage sur tel ou tel mode d'intervention (visite à domicile, consultation) selon les territoires.



La période 2009-2013 a été marquée par une activité relativement stable en consultations infantiles (7157 séances en 2013), tandis que le nombre de visite à domicile, après avoir baissé en 2010, s’inscrit désormais à la hausse (13 335 visites à domicile en 2013).

### Consultation et VAD infantiles



La PMI réalise également des bilans de santé auprès des enfants de 3 à 4 ans. En 2011, 36,5% des enfants ont été vus lors de ces bilans, soit une faible part, relativement aux moyennes des départements de comparaison ou aux moyennes nationales (60 à 80%).

Sources : DREES 2011	Bouches-du-Rhône	Nord	Paris	Hauts-de-Seine	Rhône	Région PACA	Moyenne échantillon	France métrop.
<i>Bilans de santé (DREES 2011)</i>								
Nombre d'enfants vus en bilan de santé en 2011	8 389	26 374	ND	17 303	22 133	34 706	12 565	463 846
Part des enfants de 3 à 4 ans vus en bilan de santé en école maternelle	36,5%	75,2%	ND	78,4%	98,0%	63,6%	80,1%	60,2%

Toutefois, ces chiffres sont à analyser avec prudence dans la mesure où la notion de « bilan de santé » diverge d’un département à un autre. Concernant les Bouches-du-Rhône, si seulement un tiers des enfants fait l’objet d’une consultation médicale, près de 80% d’une classe d’âge bénéficie de dépistages en école maternelle (avant éventuellement une consultation, si un problème est repéré),

qui plus est à l'aune d'un outil reconnu, « Eval Mater », issue d'une démarche partenariale régionale avec les acteurs de la santé et de la recherche.

Ainsi en 2014, 22 324 enfants ont été vus en école maternelle soit 88% d'une tranche d'âge dont 7 122 en bilan de santé par un médecin soit 32% des enfants

### La planification et l'éducation à la santé

Avec 5 616 consultations de planification réalisées en 2011, on compte un total de 641 consultations pour 100 000 habitants de 15 à 49 ans.

Sources : DREES 2011	Bouches-du-Rhône	Nord	Paris	Hauts-de-Seine	Rhône	Région PACA	Moyenne échantillon	France métrop.
<i>Consultations prénatales et planification (DREES 2011)</i>								
Nombre de séances de consultation de planification en 2011	5 616	7 136	ND	2 819	2 101	16 137	3 524	ND
Nombre de consultations de planification pour 100000 habitants de 15 à 49 ans	641	598	ND	366	255	780	680	ND
Nombre de séances de consultations prénatales et de planification pour 100000 habitants âgés de 15 à 49 ans	1 108	818	ND	902	ND	1 266	ND	ND

L'activité des centres de planification et d'éducation familiale (CPEF) enregistre globalement une hausse sur la période 2009-2013, pour atteindre 16 619 personnes vues en 2013. A noter en parallèle l'organisation de 465 séances d'informations collectives.

**L'enjeu d'accessibilité et de lisibilité des CPEF** peut être relevé (information des différents publics par une communication adaptée ; couverture territoriale avec des activités de planification réalisées soit dans un CPEF, soit quand son ouverture ne se justifie pas au regard de la demande avec les autres activités de PMI).

Les acteurs notent par ailleurs la nécessité de poursuivre la politique de contraception et de prévention des grossesses non désirées en ciblant plus particulièrement le public des adolescents et des jeunes parents.

### 3. Les outils de prévention d'aide sociale à l'enfance

#### *Un effort de diversification des prestations de prévention d'aide sociale à l'enfance*

Conformément aux dispositions de l'art. L.222-3 du CASF, plusieurs outils de prévention sont portés par le Département des Bouches-du-Rhône au titre de ses missions d'aide sociale à l'enfance :

- **Le versement d'aides financières** (Allocations Mensuelles ASE ou secours d'urgence)
- **L'intervention d'un technicien de l'intervention sociale et familial (TISF)**, employé par l'un des 4 services à domicile conventionnés par la CAF et le Conseil départemental (AMFD, AAFP, Sauvegarde, ADMR).
- **L'accompagnement des familles sur le volet budgétaire** assuré, soit par les équipes de cohésion sociale dans le cadre des Mesures d' Aide Sociales Personnalisées (MASP) ou des Aides éducatives Budgétaires (AEB), soit par l'UDAF dans le cadre des Mesures Judiciaires d'Aide à la Gestion du Budget Familial (MJAGBF).

Le mouvement de diversification des interventions des TISF, dans une logique de recentrage sur leur rôle de prévention, constitue un atout du dispositif départemental. Il se traduit par :

- **Les interventions de TISF en périnatalité** (croissance continue du nombre d'heures réalisées depuis 2009), dans le sens d'un soutien précoce à la parentalité dès la sortie de la maternité.
- **Les interventions de TISF et de professionnels de l'aide à domicile dans le cadre de l'alternative à domicile**, afin de proposer une alternative à l'accueil provisoire en cas de besoin ponctuel, type hospitalisation (45 familles concernées en 2015). Ce type d'accompagnement n'est toutefois pas possible à l'heure actuelle sur le territoire de Marseille, faute d'opérateur à même de le proposer.

Enfin, le Département finance **des interventions de prévention spécialisée mises en œuvre par deux associations** :

- **La Maison de l'Apprenti** propose à des jeunes âgés de 15 à 21 ans des accompagnements à Marseille selon trois modalités : ateliers (ateliers techniques ou ateliers vie sociale et scolaire permettant de renouer avec les apprentissages), mises en situation professionnelle (chantiers éducatifs, stages), temps de convivialité, d'ouverture sur l'extérieur et accompagnements individualisés.
- **L'ADDAP 13** dont le pôle Prévention spécialisée est constitué de 195 ETP, intervenant au sein de 21 Communes du département et de 85 quartiers différents. L'association accompagne chaque année plus de 10 000 jeunes dans le cadre de sa mission de prévention spécialisée, dont la grande majorité est âgée de moins de 21 ans (*cf. focus ci-dessous « L'action de l'ADDAP 13 »*).

Le Département a ainsi fait **le choix de mettre en œuvre une politique volontariste en matière de prévention spécialisée**, à travers le déploiement d'équipes d'éducateurs spécialisés sur une grande partie du territoire départemental.

### Focus : L'action de l'ADDAP 13

L'ADDAP 13 est **une association habilitée et autorisée par le Conseil Départemental des Bouches-du-Rhône pour mettre en œuvre une action de prévention spécialisée**, qui s'inscrit dans le cadre de la mission d'aide sociale à l'enfance confiée au Département.

L'article L221-1 du Code de l'action sociale et des familles (CASF) précise en effet que le Département est chargé d' « organiser, dans les lieux où se manifestent des risques d'inadaptation sociale, des actions collectives visant à prévenir la marginalisation et à faciliter l'insertion ou la promotion sociale des jeunes et des familles ». La prévention spécialisée est donc une action d'éducation spécialisée ayant pour objectif de permettre à des jeunes en voie de marginalisation de rompre avec l'isolement et de restaurer le lien social.

L'ADDAP 13 s'organise en deux pôles d'activité.

**Le pôle Prévention Spécialisée** compte 195 ETP dont 175 sont financés par le Conseil départemental. Les équipes interviennent au sein de 22 Communes du département et dans 85 quartiers.

L'action du pôle Prévention spécialisée s'appuie sur **sept services éducatifs** : des équipes éducatives de jour<sup>2</sup>, deux équipes de nuit à Marseille<sup>3</sup>, une base nautique sur l'île du Frioul<sup>4</sup>, un service

<sup>2</sup> Dont quatre postes financés par des communes de La Ciotat et Fos sur Mer

<sup>3</sup> Elles interviennent dans deux secteurs. 1er secteur : Canebière, Noailles, Cours Julien et Danaïdes, 2ème secteur : Saint-Charles, Centre Bourse, Saint-Mauront et Joliette

d'accueil et d'accompagnement des mineurs isolés étrangers<sup>5</sup> et une mission de prévention des radicalisations religieuses<sup>6</sup>.

L'Addap 13 déploie son action de prévention à partir de **trois modes d'intervention** : la présence sociale (ou travail de rue), la mise en œuvre d'accompagnements éducatifs individualisés et l'organisation d'actions collectives dans une logique de développement social local.

**10 000 jeunes ont été accompagnés en 2015** par le pôle Prévention spécialisée, dont 92% avaient moins de 21 ans, ainsi que plus de 4 000 familles qui se sont associées au travail engagé avec leurs enfants.

**Le pôle Médiation et Initiatives Sociales et Solidaires** s'appuie sur une équipe de 116 ETP, chargée de construire des projets ne s'inscrivant pas *stricto-sensu* dans le champ de la prévention spécialisée, mais en complémentarité avec l'action de l'association dans ce champ.

Le pôle anime les projets suivants, en partenariat avec un grand nombre d'acteurs institutionnels et opérationnels :

- **L'action Prévention Sport Collège** qui permet l'intervention d'un service d'animation, en dehors du temps scolaire et en soirée, au sein des espaces sportifs de six collèges de Marseille<sup>7</sup>.
- **La médiation sociale et éducative**, qui se traduit par une action de prévention des comportements incivils dans les TER, un accompagnement dans les transports scolaires du Pays d'Arles, des actions de médiation dans les zones d'habitat ZUS d'Arles, de la Ciotat, d'Aix-en-Provence et de Miramas, aux abords de lycées (Arles, Miramas, Aix-en-Provence, Vitrolles) et dans les zones de sécurités prioritaires (ZSP).
- **Un service de logement relais** constitué de 17 appartements
- **Un service d'insertion par l'économie** qui porte actuellement 6 chantiers d'insertion
- **Un service Habitat Précaire** chargé d'intervenir auprès des populations vivant dans un habitat précaire, notamment des populations roms, à Marseille, Aix-en-Provence et Arles.
- **Un poste d'accompagnement à l'emploi** – « seconde chance » sur la ville de Salon

---

<sup>4</sup> En partenariat avec la Ville de Marseille pour les locaux

<sup>5</sup> En partenariat avec le Département, le Parquet des Mineurs, les Juges des enfants, la Police aux Frontières. 250 mineurs ont été accueillis en 2015.

<sup>6</sup> En partenariat avec l'Etat

<sup>7</sup> Action financée dans le cadre du Pacte de Sécurité et de Cohésion Sociale pour Marseille (financement Département et Etat)

*Des mesures éducatives à domicile fortement judiciairisées, malgré l'investissement dans le développement des mesures d'Action éducative administrative (AEA)*

Dans les Bouches-du-Rhône, les mesures éducatives à domicile sont exercées par :

- **Quatre associations habilitées** s'agissant des mesures d'Action éducative en milieu ouvert (AEMO) : la Sauvegarde qui intervient sur tout le territoire départemental, l'EPIS, l'ANEF et l'ARS sur le ressort du Tribunal de Grande Instance de Marseille. La Sauvegarde et l'Association de Réadaptation Sociale sont également habilitées à mettre en œuvre des mesures d'Action éducative administrative (AEA).
- **Les équipes des MDS**, chargées de mettre en œuvre les mesures d'Action éducative à domicile (AED).

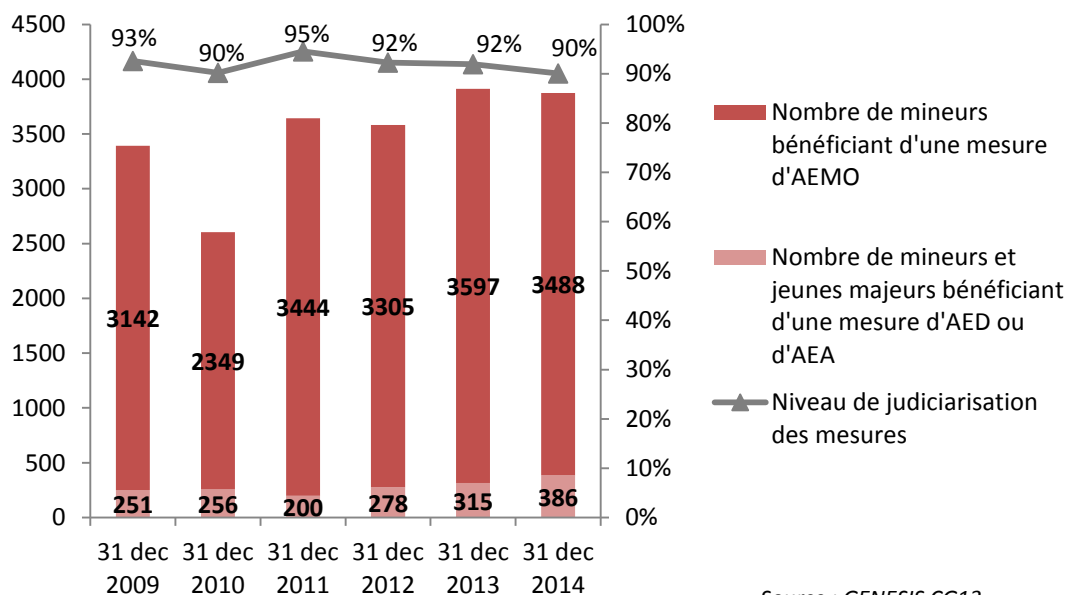
L'analyse interdépartementale met en évidence plusieurs traits caractéristiques du département :

- **Un interventionnisme modéré dans le cadre de mesures éducatives à domicile** : les Bouches-du-Rhône comptent 7,8 mesures éducatives à domicile (AED, AEA, AEMO) pour 1000 jeunes de moins de 21 ans, contre 9,5 en France métropolitaine.
- **Une proportion toutefois assez élevée de mesures éducatives à domicile dans l'ensemble des mesures d'aide sociale à l'enfance** (mesures éducatives à domicile et placement) : 53,5% des mesures sont exercées à partir du domicile, contre 50,1% en moyenne au niveau national.
- **Le caractère fortement judiciairisé des mesures éducatives à domicile** : près de 92% de ces mesures sont exercées dans un cadre judiciaire au 31 déc. 2013, contre 68,5% en moyenne au niveau national.

Sources	Bouches-du-Rhône	Nord	Paris	Hauts-de-Seine	Rhône	Région PACA	Moyenne de l'échantillon	France Métropolitaine
Données de cadrage (DREES 2013)								
Nombre de bénéficiaires de mesures d'actions éducatives (AED, AEMO) pour 1000 jeunes de moins de 21 ans au 31 déc 2013	7,8	14,5	9,0	8,3	9,3	8,5	10,0	9,5
Part des actions éducatives dans l'ensemble des mesures ASE	53,5%	45,8%	43,5%	56,2%	58,8%	58,7%	51,5%	50,1%
Taux de judiciairisation des actions éducatives au 31 décembre 2013	91,9%	95,4%	57,6%	60,8%	54,6%	76,5%	75,6%	68,5%

L'analyse des données les plus récentes montre :

- **Une croissance des mesures administratives depuis 2011**, en lien avec le développement de l'Action Educative Administrative (AEA)
- **Un niveau de judiciairisation des mesures qui toutefois reste élevé** : 90% des mesures s'inscrivent dans un cadre judiciaire au 31 décembre 2014

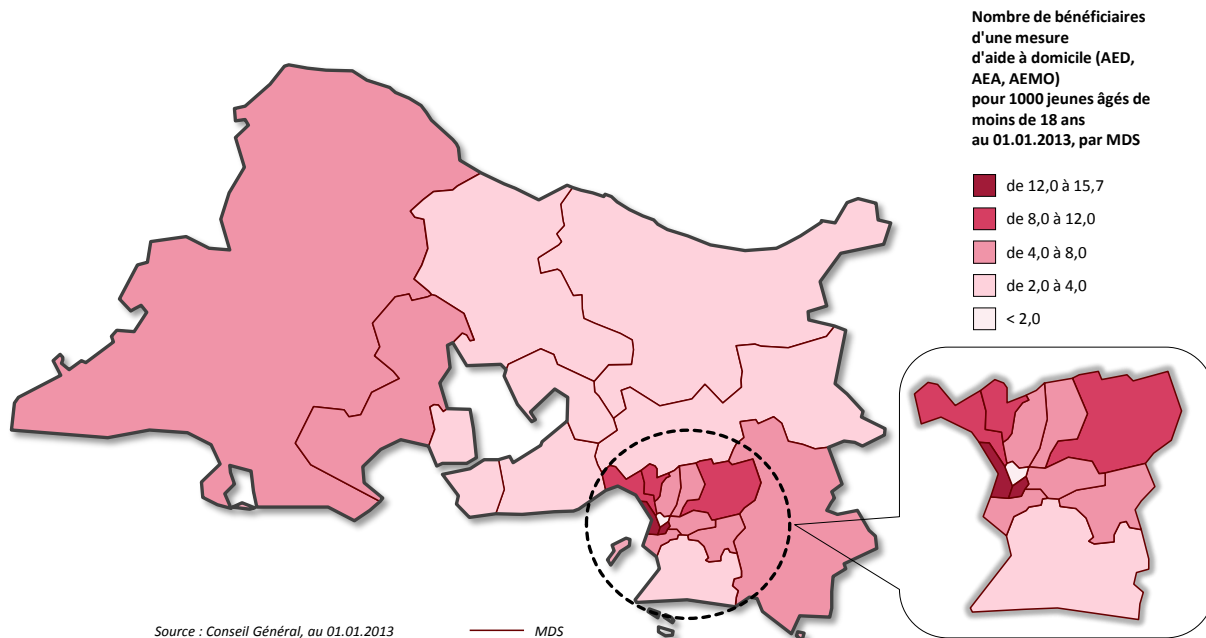


Source : GENESIS CG13

L'analyse infra départementale met en évidence **des écarts significatifs entre MDS, concernant le nombre de mesures rapporté à la population et leur niveau de judiciarisation.**

Ainsi, en 2013, le nombre de bénéficiaires d'une mesure d'aide à domicile rapporté à la population s'élève à 15,7 mesures pour 1 000 mineurs sur le territoire de la MDS du Littoral, contre 2,7 ou 3,2 dans les MDS d'Aix et Romain Rolland.

Ces données sont toutefois à prendre avec précaution, en raison du retard de saisie des mesures sur le logiciel GENESIS.



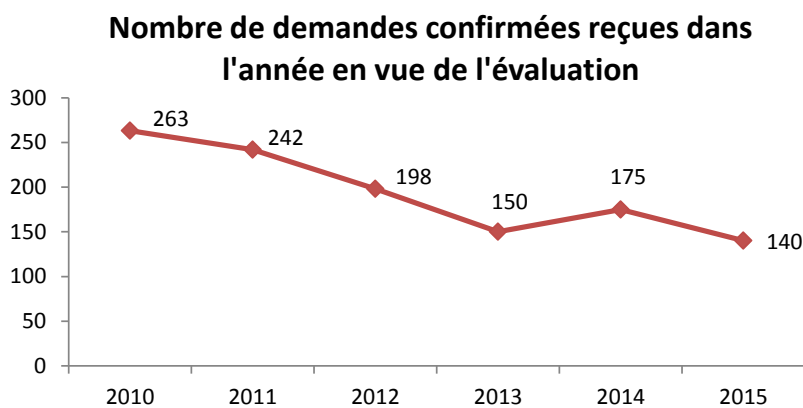


#### 4. L'adoption et la recherche des origines

Dans les Bouches-du-Rhône, le Service de l'Adoption et de la Recherche des Origines (SARO) du Département assure :

- L'information des candidats potentiels à l'adoption
- L'accueil, au sein de la Maison de l'adoption, et l'accompagnement des candidats durant la procédure d'agrément et jusqu'au prononcé du jugement d'adoption de l'enfant
- Le traitement administratif des dossiers de demandes d'adoption
- Le recueil des nourrissons en maternité
- Le traitement des demandes relatives à la recherche des origines

L'évaluation sociale de la situation des candidats à l'agrément est assurée par les équipes des MDS, selon des modalités d'organisation diverses (équipe dédiée ou polyvalence des travailleurs sociaux). L'évaluation psychologique est confiée à des associations habilitées au titre de l'Aide Sociale à l'Enfance ou à un psychiatre libéral. Une baisse significative du nombre de demandes confirmées par les candidats à l'adoption en vue de l'évaluation est enregistrée depuis 2010.



Source : RA, DGAS

**L'accompagnement des candidats à l'adoption** constitue un enjeu important, dans un contexte où de plus en plus d'enfants issus de l'adoption internationale comme de l'adoption nationale présentent des profils spécifiques (enfants plus âgés, enfants à particularité, fratries,...). En ce sens, le SARO a développé des actions collectives de manière à mieux répondre aux besoins d'information des MDS et du public. Ce travail de réflexion autour du renforcement de l'accompagnement des candidats et des familles adoptantes reste à poursuivre.

La direction a, par ailleurs, après avoir engagé **une réflexion sur l'adéquation entre le statut juridique des mineurs confiés et leur situation** a créé une « commission statut » et porte une attention particulière aux situations de délaissement.

#### 5. Le dispositif de recueil, de traitement et d'évaluation des informations préoccupantes

Conformément aux dispositions de la loi du 5 mars 2007, le Département des Bouches-du-Rhône s'est doté d'une **Cellule Départementale de Recueil, d'Evaluation et de Traitement des Informations Préoccupantes (CRIP 13)** en charge :



- Du recueil des informations préoccupantes (IP) issues des numéros verts départemental et national, des parquets et des autres départements,
- De proposer une écoute et une information aux professionnels via une permanence téléphonique
- De sécuriser le dispositif de recueil, de traitement et d'évaluation des informations préoccupantes (délais, procédures, recueil des données statistiques)
- De favoriser la collaboration avec les partenaires impliqués dans le repérage des situations

### *Le Département de mieux en mieux repéré dans son rôle de centralisation des informations préoccupantes*

Le recueil des informations préoccupantes est assuré conjointement par la CRIP. 13 et les Maisons Départementales de la Solidarité (logique de double entrée des informations préoccupantes).

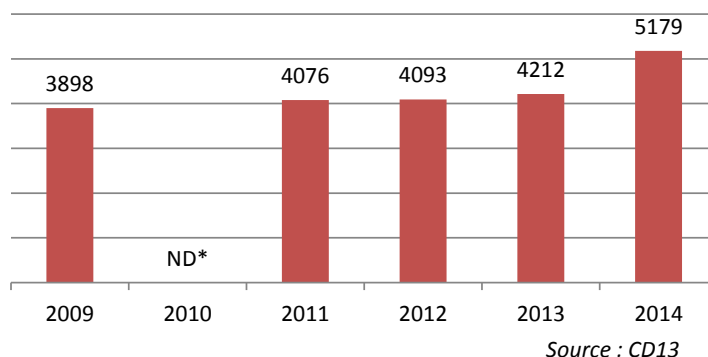
**Le rôle du Conseil départemental en matière de centralisation des informations préoccupantes apparaît globalement bien repéré** par les partenaires, un protocole partenarial ayant été signé à cet effet en 2010. L'Education nationale et les établissements scolaires privés sont ainsi les premiers «pourvoyeurs» d'informations préoccupantes dans le département (28% des IP en 2014).

A noter toutefois la **persistance de pratiques de signalements directs aux parquets, sans prise en compte des critères de saisine de l'autorité judiciaires posés par la loi du 5 mars 2007** : hôpitaux, professionnels de soin libéraux, enseignants,... Un guide « informations préoccupantes » et des plaquettes d'information à destination du public doivent être élaborés afin de mieux informer les acteurs susceptibles de repérer un enfant en danger ou en risque de danger.

Par ailleurs, le principe de « double entrée » des informations préoccupantes appelle aujourd'hui **une articulation plus fine entre la CRIP. 13 en central et les équipes des MDS en territoires.**

**3 461 informations préoccupantes concernant 5179 mineurs ont été recueillies par le Conseil départemental en 2014.** Après s'être stabilisé, le nombre d'informations préoccupantes transmises au Département a ainsi augmenté entre 2013 et 2014. Les Bouches-du-Rhône recueillent ainsi un nombre d'informations préoccupantes rapporté à sa population dans la moyenne des ratios observés dans d'autres départements français, soit 12,2 informations préoccupantes pour 1000 jeunes de moins de 18 ans.

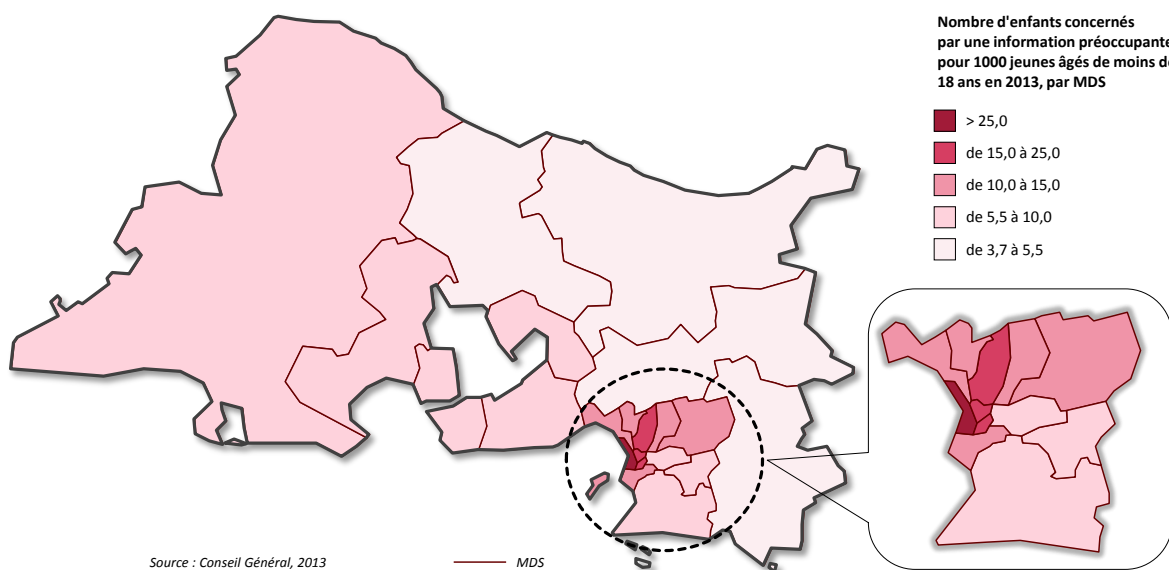
#### **Nombre de mineurs ayant fait l'objet d'une information préoccupante dans l'année**



\* Pour l'année 2010, seul le nombre d'IP a été consolidé. Il s'élevait à 2570

A l'échelle infra départementale, **le nombre d'enfants concernés par une information préoccupante varie de façon très importante selon les territoires** (de 3,7 IP pour 1 000 jeunes de moins de 18 ans pour la MDS de Gardanne à 31,8 IP pour 1 000 jeunes de moins de 18 ans au sein de la MDS Littoral).

Il existe **une corrélation marquée entre le niveau de vulnérabilité des territoires mesuré par la matrice des risques éducatifs territorialisés (cf. supra) et le nombre d'informations préoccupantes recueillies** (par exemple, la MDS de Gardanne est celle qui présente l'indice de vulnérabilité le plus faible, tandis que la MDS Littoral présente un indice de 1,89). Cette corrélation n'est toutefois pas systématique, les hétérogénéités pouvant être liées à un repérage plus ou moins important réalisé au sein des territoires et aux diversités de pratiques en matière de qualification des informations préoccupantes.



### *Un enjeu d'harmonisation des pratiques de traitement et d'évaluation des informations préoccupantes*

Suite à la réception de l'information préoccupante, les équipes des MDS sont chargées de qualifier l'information et, si la situation le nécessite, d'organiser l'évaluation de la situation.

Les directeurs des MDS fixent les modes d'organisation nécessaires au traitement et à l'évaluation des informations préoccupantes, dans le respect des principes posés par la note de service départementale relative au recueil, au traitement et à l'évaluation des informations préoccupantes.

Celle-ci prévoit en particulier **la réunion hebdomadaire dans chaque MDS d'une Commission d'Evaluation des Informations Préoccupantes (CEIP)**, permettant de déterminer de façon pluridisciplinaire le mode de traitement des informations préoccupantes (en particulier la méthode d'évaluation) et les suites à donner.

Les choix organisationnels en matière de traitement et d'évaluation des informations préoccupantes varient d'un territoire à un autre :

- Premier traitement collégial par l'équipe de direction ou par l'adjoint enfance-famille seul
- Existence ou non d'une équipe de travailleurs sociaux dédiés à l'évaluation des informations préoccupantes (en fonction du nombre d'informations préoccupantes recueillies et du nombre d'ETP de travailleurs sociaux disponibles)

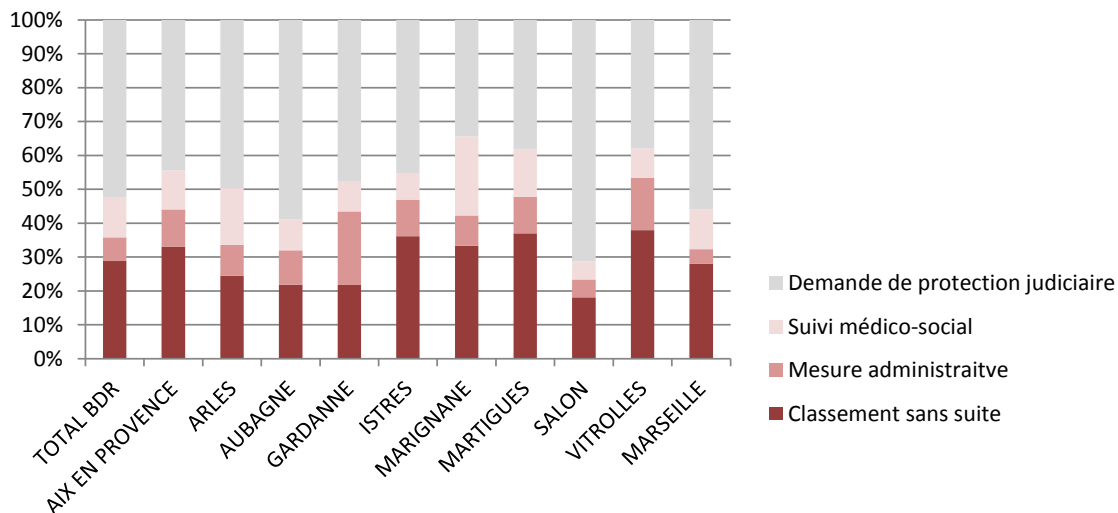
- Evaluation ou non en binôme (travailleurs sociaux des missions cohésion sociale et enfance-famille ou PMI, selon l'âge de l'enfant et l'identification d'une problématique liée à la santé)

Si l'hétérogénéité des modes de traitement et d'évaluation des informations préoccupantes n'apparaît pas problématique en soi et permet de prendre en compte la spécificité de chaque MDS, plusieurs enjeux peuvent toutefois être relevés :

- **Une mise en œuvre variable du principe de pluridisciplinarité de l'évaluation des informations préoccupantes** : évaluation en binôme sur la plupart des MDS mais parfois réalisée par des professionnels de même métier, modalités variables de l'implication de la PMI dans les évaluations des IP concernant les enfants de plus de 6 ans,...
- **Un risque de disparité dans l'appréciation du caractère « préoccupant » d'une information et dans l'évaluation** des situations de danger et de risque de danger, en l'absence de méthode et de référentiel d'évaluation communs.

L'analyse des décisions suite à évaluation par les inspecteurs Enfance-Famille montre ainsi **des disparités significatives dans les suites données aux informations préoccupantes.**

### Décisions suite à évaluation des IP en 2014\*



\*Sur la base de 2436 IP évaluées au cours de l'année 2014

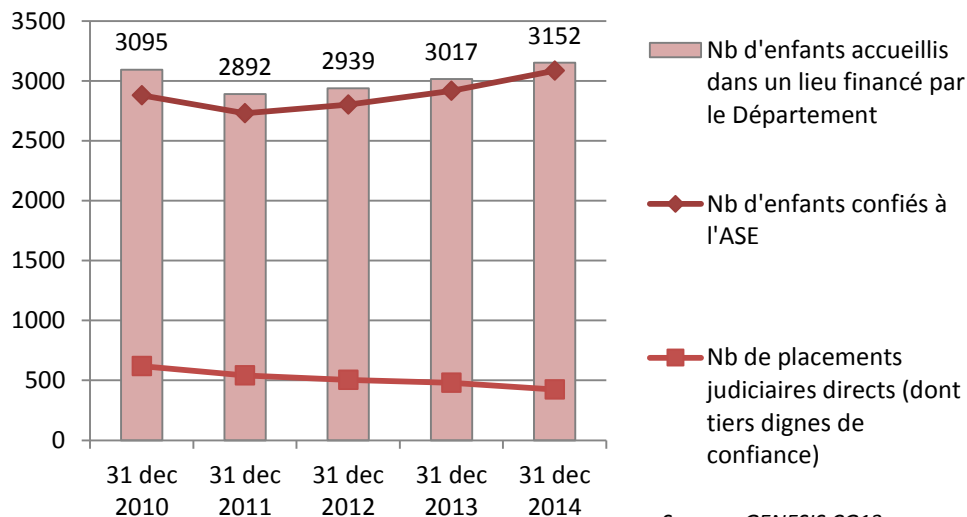
NB : les demandes de protection judiciaires peuvent donner lieu à un classement sans suite ou un renvoi au Département pour compétence par le parquet

## 6. Le dispositif d'accueil de la protection de l'enfance

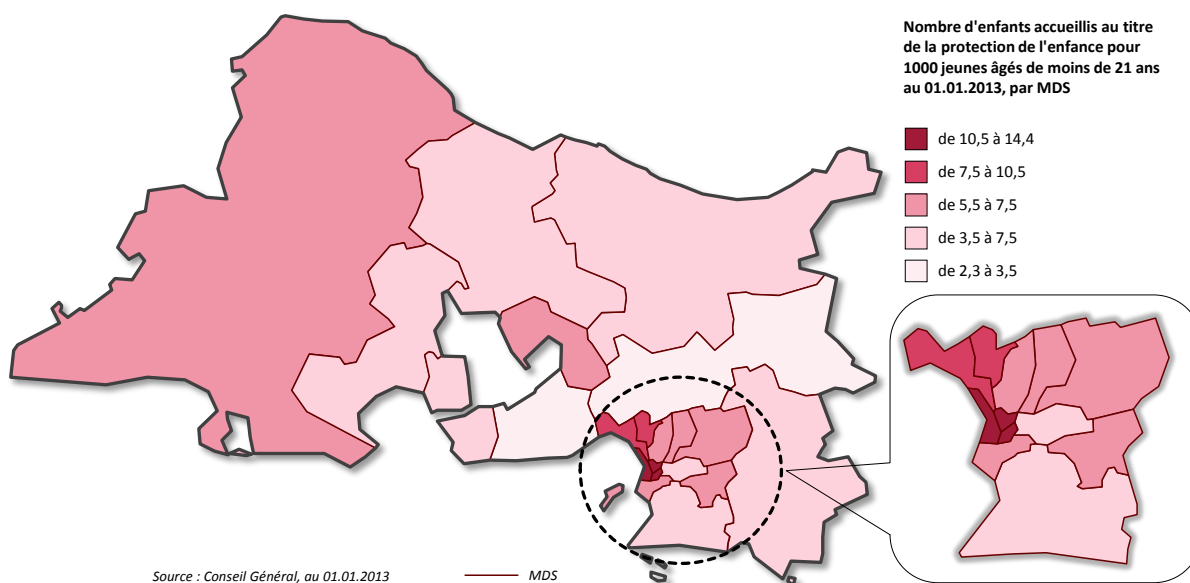
### *Une croissance modérée du nombre d'enfants bénéficiant d'une mesure de placement*

Le département des Bouches-du-Rhône présente **un nombre modéré d'enfants accueillis au titre de la protection de l'enfance rapporté à sa population**. Le département compte ainsi 6,7 bénéficiaires d'une mesure de placement pour 1000 jeunes de moins de 21 ans, contre 9,5 en France métropolitaine au 31 décembre 2013.

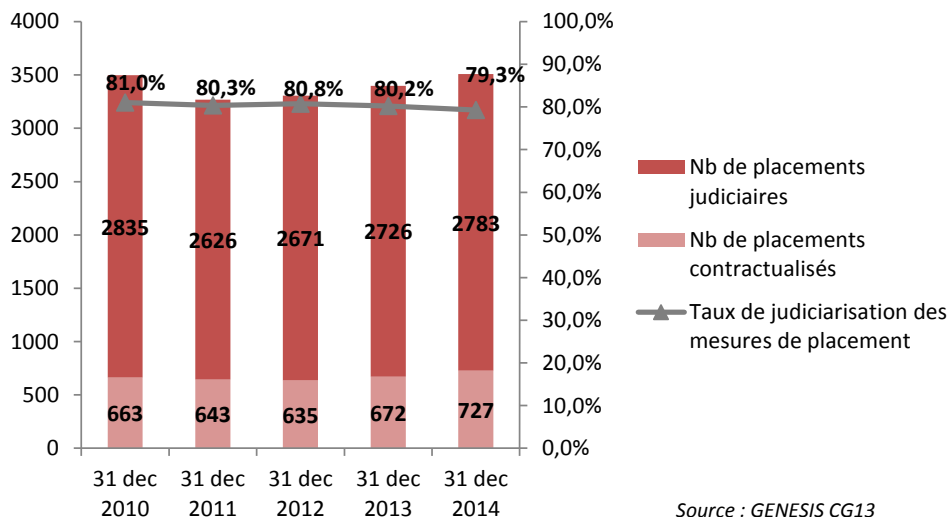
**Le nombre d'enfants accueillis dans un lieu financé par le Département croît de façon relativement modérée depuis 2011**, pour atteindre 3 152 au 31 décembre 2014. Cette croissance s'explique par l'augmentation du nombre d'enfants confiés à l'ASE, le nombre de placements judiciaires directs (et plus spécifiquement les placements judiciaires directs auprès d'un établissement) ayant au contraire diminué fortement.



A l'échelle des MDS, le nombre de placements rapporté à la population est fortement corrélé au niveau de vulnérabilité du territoire (cf. *matrice des risques éducatifs territorialisée*). Les MDS Belle de Mai, Présensé et Littoral enregistrent ainsi plus de 10 placements pour 1000 jeunes de moins de 21 ans, contre 2,3 pour la MDS de Marignane et 2,8 pour la MDS de Gardanne.



**Les mesures de placement restent fortement judiciairisées** : 79,3% de placements sont exercés dans un cadre judiciaire en décembre 2014 dans les Bouches-du-Rhône, contre 77,9% en moyenne en France métropolitaine. Une légère tendance à la baisse du taux de judiciairisation peut toutefois être relevée, grâce au développement de mesures contractualisées depuis 2012.



Enfin, **l'âge moyen des bénéficiaires d'une mesure de placement est de 13 ans en décembre 2014.** Plus de 60% des bénéficiaires d'une mesure de placement ont 13 ans et plus dans les Bouches du Rhône.

### *Une offre d'accueil principalement constituée de places en Maisons d'enfants à caractère social (MECS)*

L'offre d'accueil en protection de l'enfance des Bouches-du-Rhône se répartit comme suit :

- 2101 places d'accueil en établissements (dont placement familiaux habilités), auxquelles d'ajoutent 273 places d'accueil mères-enfants
- 888 places d'accueil chez les assistants familiaux salariés du Département des Bouches-du-Rhône et domiciliés dans le département. Il s'agit ici de la capacité d'accueil théorique figurant sur l'agrément de ces derniers.

Le Département compte ainsi 2989 places d'accueil (hors accueil mère-enfant) pour 3038 enfants placés au titre de la protection de l'enfance et mobilisant l'offre d'accueil départementale au 31 décembre 2015. Le dimensionnement de l'offre d'accueil ne permet pas de répondre aux besoins.

De plus, il doit être noté que :

- L'ensemble des places des assistants familiaux du département ne peuvent être mobilisées, les accueils devant tenir compte de l'adéquation entre le profil de l'enfant d'une part et celui des autres enfants accueillis et de l'assistant familial d'autre part
- 171 enfants étaient placés en dehors du département dans un établissement ou une famille d'accueil au 31 décembre 2015, soit dans l'intérêt du mineur ou du jeune majeur accueilli (volonté d'éloignement familial par ex.), soit à défaut de réponses adaptées dans le département.

Le département se caractérise par **une prépondérance de l'accueil en établissement et une sous-représentation de l'accueil familial** : 23,10% des enfants accueillis au titre de la protection de l'enfance, le sont chez un assistant familial au 31 décembre 2015, contre 46% en France métropolitaine.

## *Un dispositif d'accueil d'urgence en tension*

---

Le dispositif départemental d'accueil d'urgence des Bouches-du-Rhône repose sur :

**1/ La Direction des Maisons de l'Enfance et de la Famille (D.M.E.F)**, qui regroupe sous la forme d'un service non personnalisé du Département 12 maisons et services d'accueil d'urgence et d'hébergement réparties sur l'ensemble du territoire. Les 154 places d'accueil d'urgence des maisons et services de la D.M.E.F sont réparties comme suit :

- Une pouponnière (0-3 ans) de 25 places
- 4 structures dédiées au public adolescent (14-18 ans) offrant une capacité d'accueil de 56 places (dont un service d'appartements extérieurs de 10 places)
- 4 structures « verticales », dédiées à l'accueil des 0-18 ans, pour un total de 72 places (35 places d'hébergement et 37 places d'accueil familial)

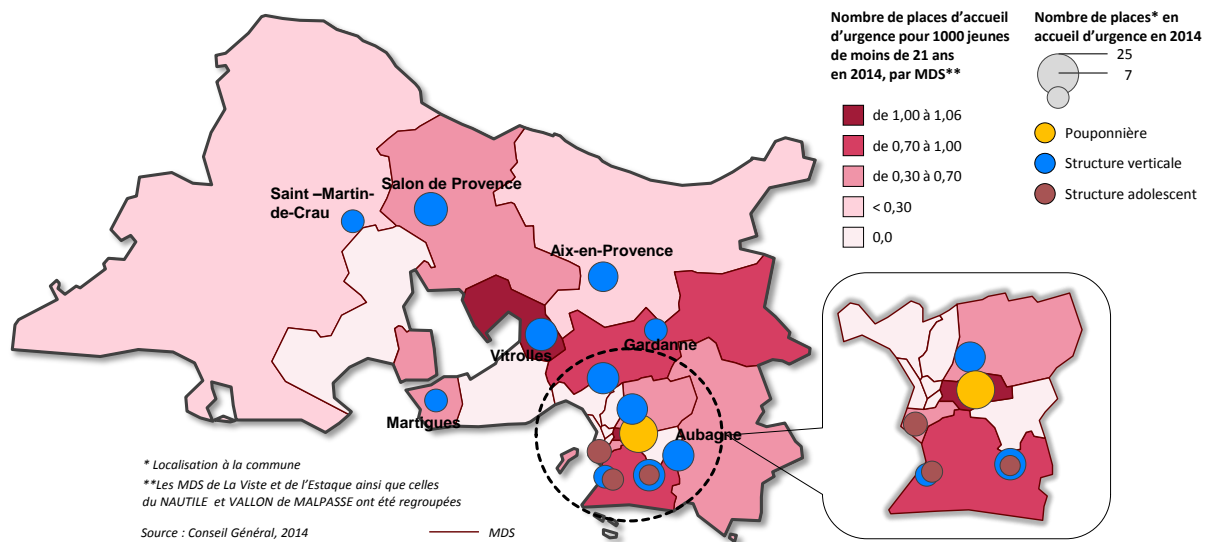
La D.M.E.F compte également :

- **Un service d'accueil de jeunes filles mineures enceintes ou seules avec-enfants de moins de 3 ans** de 24 places (12 mères et 12 enfants), la Maison MAELIS
- **Un service de placement familial** de 35 places, destiné aux 0-18 ans, Le Méridien
- **Le service accueil rapatriement (SAR)**, chargé de centraliser la gestion des admissions, de mutualiser les moyens d'accueil entre les structures et de suivre les procédures d'orientation. Le SAR a notamment pour mission de rapatrier les mineurs en errance, en fugue du domicile parental ou d'un établissement vers les détenteurs de l'autorité résidant dans un autre département. Le protocole de coopération pour l'accueil-rapatriement des mineurs en fugue, signé avec les principaux partenaires (Tribunal de Grande Instance, Direction Départementale de la Sécurité Publique, Gendarmerie, Protection Judiciaire de la Jeunesse, Conseil départemental) et renouvelé en 2012 organise la coopération entre les différents acteurs dans le cadre de ce dispositif.
- **Le service de régulation** en journée / la nuit et le week-end permet de garantir la continuité de l'accueil et la sécurité des usagers et des personnels, en lien avec les cadres d'astreinte. La cellule d'urgence mobile, mise en place en 2010, permet par ailleurs d'intervenir en dehors des heures d'ouverture des services à partir de 21h et jusqu'à 7h00 et les weekends et jours fériés en journée. Elle assure notamment l'accompagnement des enfants des commissariats de police et de gendarmerie vers les structures d'accueil d'urgence.

**2/ La structure associative Delta Sud**, qui propose 51 places d'accueil d'urgence, dans le cadre de 5 structures « verticales » (0-18 ans), réparties sur le territoire départemental.

Le département a en outre fait le choix d'**un dispositif d'accueil d'urgence territorialisé**, permettant de couvrir la plupart des MDS du département. A noter toutefois que :

- Les structures pour adolescents sont concentrées sur le territoire des MDS de Marseille
- Seule la Pouponnière, située à Marseille, assure l'accueil des tous petits. Ce constat induit, dans un certain nombre de situations, une difficulté à maintenir les liens familiaux lorsque les parents résident dans une MDS éloignée de Marseille.



Les professionnels font le constat de difficultés prégnantes à trouver des places d'accueil disponibles en urgence, quel que soit le territoire du département.

L'analyse des données d'activité de la D.M.E.F permet d'affiner ces constats. Elles mettent en évidence un taux d'occupation élevé (107% en 2014), dont **une sur-occupation des structures accueillant des adolescents (102% en 2014) et de la pouponnière (116%)**, qui ne permet pas aux établissements de la D.M.E.F de rester disponibles à tout moment pour une admission en urgence.

Ces constats appellent plusieurs axes de réflexion :

- **Une évolution des pratiques d'orientation.** Le processus d'orientation peut en effet être ralenti par les délais de désignation du référent Enfance Famille, qui retardent d'autant la préparation de la sortie du mineur.
- **Une évolution de l'offre d'accueil de « moyen séjour »** (accueil familial et Maisons d'enfants), en particulier pour les moins de 3 ans et le public adolescent pour lesquels les difficultés d'orientation apparaissent les plus prégnantes
- **Une réflexion sur les ruptures d'accueil**, générant des placements « par défaut » au sein des structures de la D.M.E.F (fugues, réorientation, rupture de placement ou séjour de rupture). Ces accueils représentent 18% des situations accueillies à la D.M.E.F en 2014.
- **Une réflexion sur le recours au placement pour les adolescents.** Les professionnels notent en effet le caractère peu pertinent de certains placements tardifs d'adolescents « primo-arrivants », qui apportent une réponse à une situation de crise mais ne permettent pas de résorber les problématiques observées.

### *Une politique de professionnalisation et de soutien aux assistants familiaux*

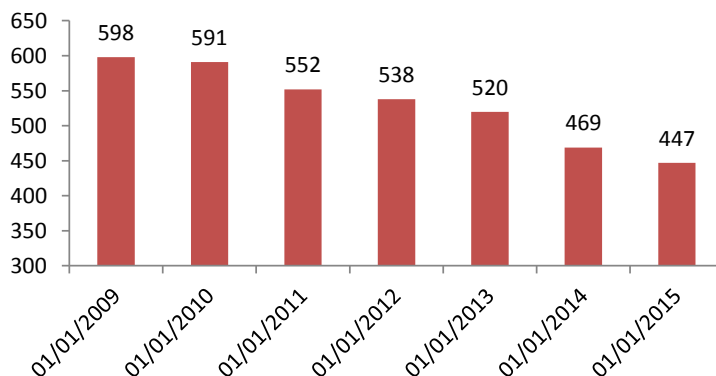
L'offre d'accueil familial du département est portée par :

- Le Département qui emploie directement 447 assistants familiaux domiciliés dans les Bouches-du-Rhône en 2015 (hors DIMEF) pour un total de 888 places
- Les associations habilitées, offrant une capacité d'accueil de 180 places en placement familial

Les Bouches-du-Rhône connaissent depuis 2009 une baisse régulière du nombre d'assistants familiaux salariés du Conseil départemental et résidant dans le département : -25% entre 2009 et 2015.

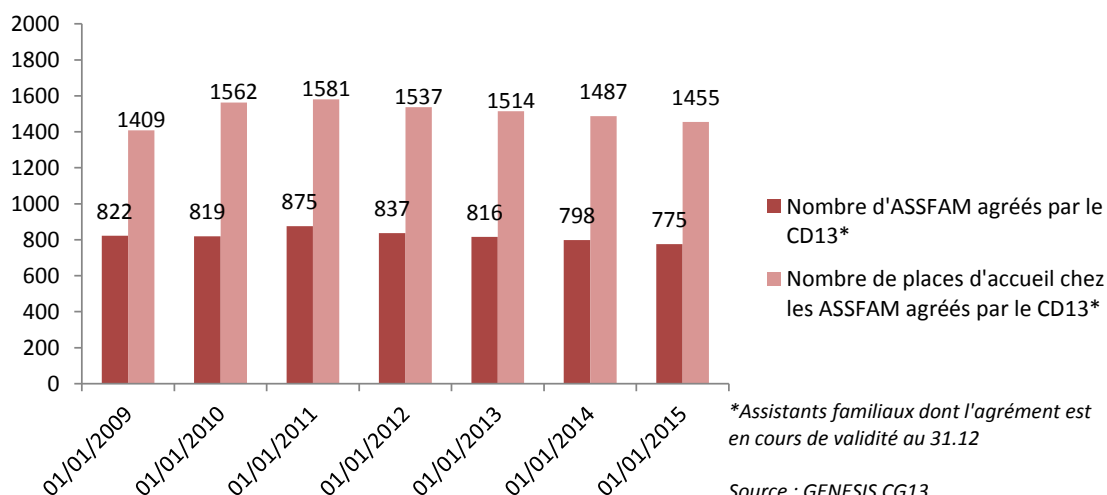


**Nombre d'ASSFAM salariés par le Département, domiciliés dans les Bouches du Rhône**



Source : GENESIS CG13

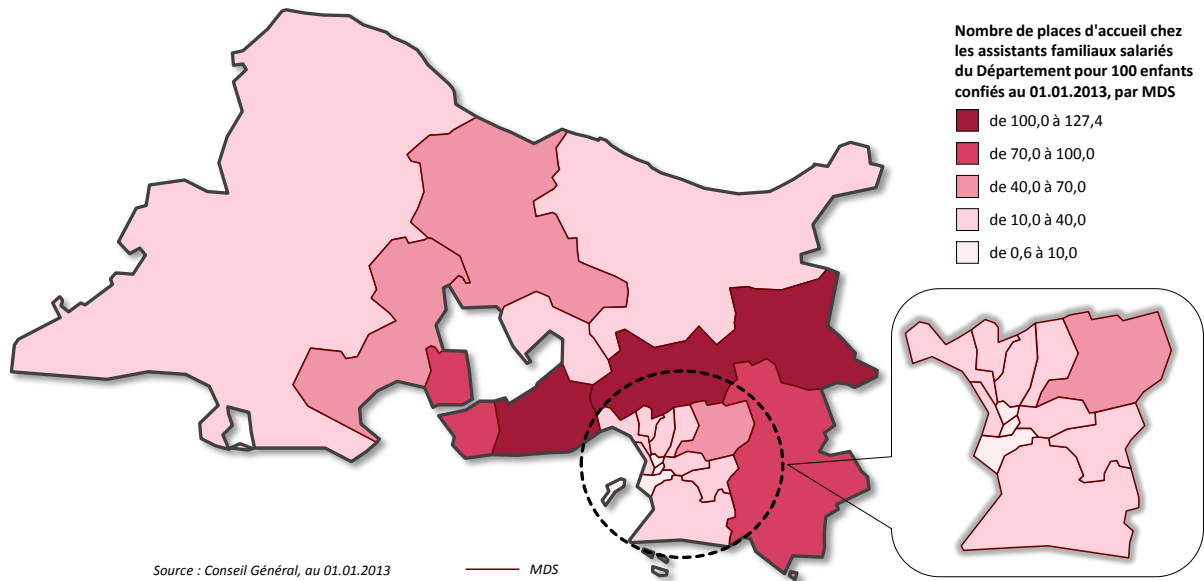
Parallèlement, le nombre d'assistants familiaux dont l'agrément délivré par le CD13 est en cours tend à diminuer depuis 2011, pour atteindre 775 au 31 décembre 2015.



En lien avec les constats précédents, les professionnels des MDS et les inspecteurs Enfance Famille font état de difficultés à trouver des places d'accueil familial disponibles. Elles se traduisent notamment par un manque de fluidité dans l'orientation des jeunes enfants accueillis en urgence à la Pouponnière de la DMEF, pour lesquels l'accueil familial est généralement privilégié.

L'analyse infra départementale permet en outre d'identifier des secteurs géographiques plus particulièrement en tension : **elle met ainsi en évidence une offre d'accueil familial limitée sur la plupart des MDS recouvrant le territoire de Marseille.** Les MDS de Marignane et de Gardanne présentent l'offre la plus importante (respectivement 114 et 127 places pour 100 enfants confiés à l'ASE) et absorbent ainsi des besoins non satisfaits sur des autres MDS.





Le soutien professionnel aux assistants familiaux salariés du Département est assuré via :

- **Le Service d'Accueil Familial**, qui compte parmi ses missions la formation et l'accompagnement professionnels des assistants familiaux. L'accompagnement professionnel est mis en œuvre de façon sectorisée par une équipe de six travailleurs sociaux chargés de mettre en place des temps collectifs (groupes de parole, supervision,...), ainsi que des suivis individualisés.
- **Les équipes des MDS (référents et adjoints Enfance-Famille)**, s'agissant du soutien technique relatif aux situations individuelles accompagnées par les assistants familiaux. A ce titre, les assistants familiaux participent aux espaces d'échanges relatifs aux situations des enfants qu'ils accueillent.

Peuvent être relevées également :

- La mise en place d'assistants familiaux tutorants, participant à la formation et l'accompagnement des nouveaux assistants familiaux dans le cadre des stages obligatoires de 60 heures.
- La possibilité pour les assistants familiaux de joindre la Cellule d'urgence de la D.M.E.F. en dehors des temps d'ouverture des services (conseils, liens avec le cadre d'astreinte de la direction,...)

Malgré la mise en place de ce dispositif de soutien, de formation et d'accompagnement, les professionnels notent un besoin d'accompagnement des assistants familiaux, en particulier pour l'accueil de publics aux besoins spécifiques (prise en compte des troubles du comportement, accompagnement vers l'autonomie des adolescents et jeunes majeurs,...).

*Une adaptation de l'offre en établissement à poursuivre*

Avec un total de 2 372 places en établissement au 31 décembre 2015, les Bouches-du-Rhône présentent un **taux d'équipement en cohérence avec le ratio observé au niveau national**. Le département compte 4,6 places pour 1000 jeunes de moins de 21 ans, contre 4,7% en France métropolitaine<sup>88</sup>.

Sources	Bouches-du-Rhône	Nord	Paris	Hauts-de-Seine	Rhône	Région PACA	Moyenne de l'échantillon	France Métropolitaine
<i>Placements en établissement (DREES 2010, STATISS 2012)</i>								
Nombre de places établissement au 1er janv 2012	2314*	4042	1869	974	2310	1005	1 242	67 458
Taux d'équipement en établissement ASE (nombre de lits pour 1000 jeunes de moins de 21 ans) au 1er janv 2012	4,6	6,2	5,6	2,9	5,3	3,1	4,6	4,7

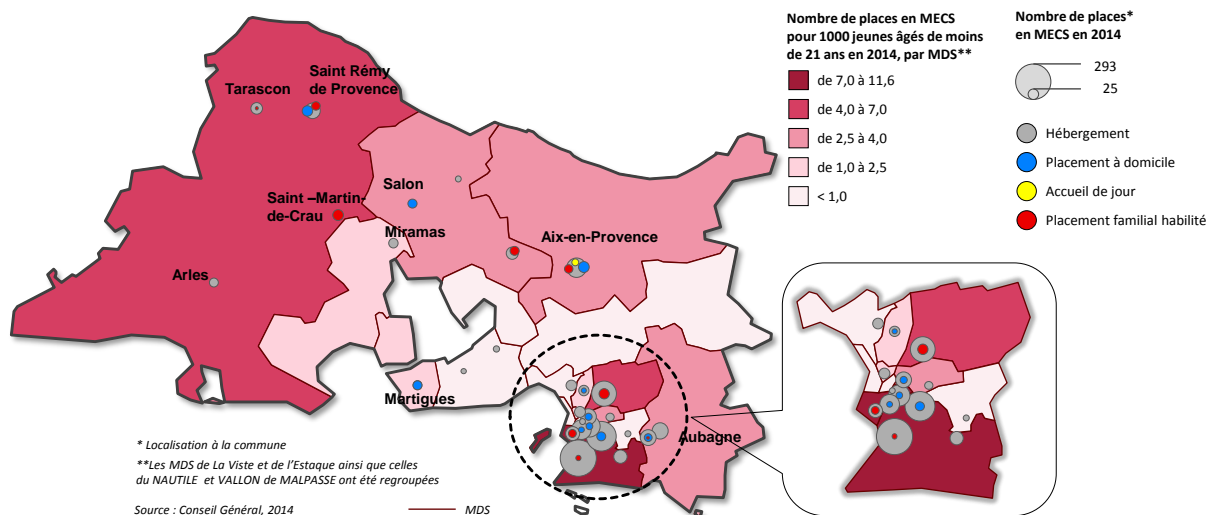
\* Donnée au 31 décembre 2013

Parmi ces 2 372 places, **1840 sont consacrées à l'accueil préparé de mineurs ou jeunes majeurs au titre de la protection de l'enfance** (hors accueil mère-enfant et accueil d'urgence). La mise en œuvre du précédent schéma s'est traduite par un effort de diversification de l'offre d'accueil en établissement. Le département compte en effet :

- **1476 places d'hébergement, en internat ou en appartements extérieurs** pour des adolescents ou jeunes adultes dans une optique d'accompagnement vers l'autonomie
- **180 places de placement familial** adossé à un établissement
- **211 places de placement à domicile (PAD), portées par 12 MECS** (service dédié ou non), dont le cadre d'intervention est fixé par un référentiel départemental. Le PAD se traduit par la présence soutenue de l'équipe éducative au domicile, la mobilisation des compétences parentales et des ressources de droit commun et une prise en compte de la situation familiale dans sa globalité. Des temps d'accueil au sein de la structure peuvent être proposés dans une logique de « répit » ou de « repli » en cas de nécessité.
- **32 places d'accueil de jour** permettant de répondre à des besoins spécifiques par des accompagnements en journée. Ex. le Relais Résados (Aix-en-Provence) accueille 10 jeunes âgés de 12 à 21 ans auxquels est proposée une prise en charge éducative, thérapeutique et soignante en lien avec l'équipe d'origine. La Méridienne de la MECS Saint-François-de-Sales accueille 12 jeunes âgés de 12 à 18 ans qui peuvent bénéficier d'un dispositif de réinvestissement et d'insertion sociale et découvrir les métiers proposés par l'école de production sur le site.
- **Des accueils séquentiel**, qui sont toutefois difficiles à quantifier car exercés sans service dédié ni tarification spécifique.

L'offre en établissement est principalement concentrée sur la Commune de Marseille, dont le taux d'équipement atteint 5,2‰ (contre 3,6‰ à l'échelle du département). A l'exception des MDS de la Gardanne, Marignane et Vitrolles dont l'équipement est limité, les taux d'équipement des autres territoires se situent entre 1,7 et 4,3 places pour 1000 jeunes de moins de 21 ans.

<sup>88</sup> Ce taux d'équipement inclut les établissements suivants : établissement d'accueil mère-enfant, pouponnière à caractère social, foyer de l'enfance, MECS, centre de placement familial socio-éducatif, lieu de vie et d'accueil, villages d'enfants



Au final, le bilan suivant peut être fait du mouvement de diversification de l'offre d'accueil :

- **Une offre de placement à domicile largement mobilisée par les acteurs**, dans une logique préventive afin d'éviter la séparation, ou dans une logique de préparation du retour à domicile, tel que le prévoit le référentiel départemental. Les acteurs mettent toutefois en garde contre la mobilisation de l'outil Placement à domicile par défaut, dans un contexte de saturation du dispositif d'hébergement classique ou faute de réponse adaptée à la situation du mineur. L'absence d'offre de placement à domicile pour les tous petits peut également être relevée.
- **Une offre d'accueil de jour en revanche sous-utilisée**. Les structures ayant développé une offre d'accueil de jour notent en effet une sous occupation de leurs dispositifs, faute de demandes adressées en ce sens par les services orienteurs. La meilleure connaissance des projets portés par chacun des établissements par les professionnels des MDS constitue en ce sens un axe de travail.

Les acteurs notent par ailleurs **des difficultés prégnantes dans la recherche de places d'accueil disponibles**. Si les acteurs notent des difficultés généralisées dans la recherche de places d'accueil, celles-ci sont plus marquées pour les préadolescents et adolescents.

En réponse à ces enjeux, plusieurs établissements ont développé des projets spécifiques en faveur du public adolescent, en tenant compte du caractère multidimensionnel des difficultés pouvant être rencontrées, engendrant dans un certain nombre de situations des ruptures d'accueil à répétition :

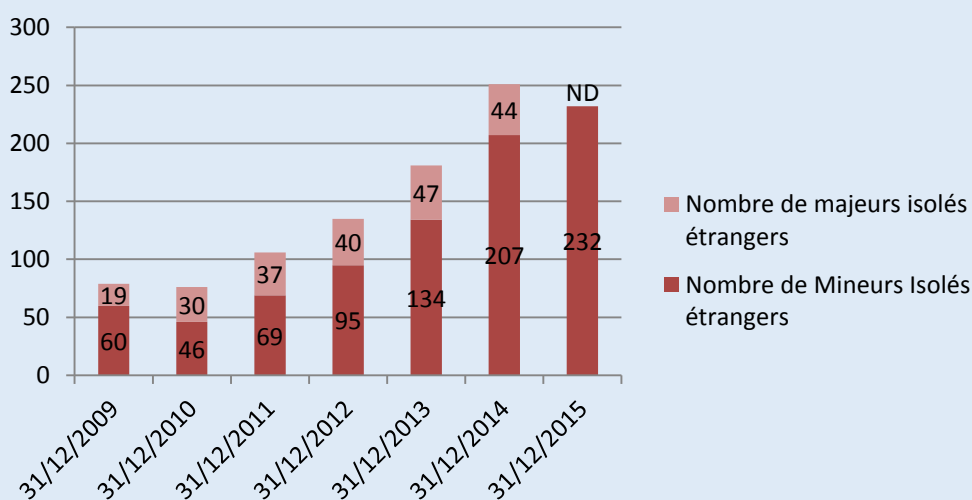
- **Services à caractère expérimental** : Alizé (accueil de 26 adolescents en situation de grande rupture dans le cadre d'un accueil familial), Relais Résados (accueil de 10 adolescents dans le cadre d'une prise en charge éducative, soignante et thérapeutique en lien avec l'équipe d'origine ; interventions mobiles)
- **Restructuration de Maisons d'enfants** : Service de Soutien, Soins, d'Intervention et d'Accueil Temporaire pour les adolescents (SSSIAT) (accueil en alternance avec un autre lieu d'hébergement dans le cadre d'une prise en charge soignante, éducative et thérapeutique ; équipe mobile), unité de vie spécialisée de la Maison d'enfants La Reynarde (accueil de jeunes âgés de 12 à 18 ans ayant connu des ruptures dans leurs placements antérieurs dans le cadre d'une petite unité), réorganisation de l'établissement Cascarelet de l'ARS de manière à proposer une prise en charge psychosociale pour des adolescentes en grande difficulté âgées de 11 à 16 ans et pour un public mixte de 16 à 21 ans...

- **Constitution de plateformes de coopération inter-établissements** : Relais Résados à Aix-en-Provence ; plateforme marseillaise de coopération intra-établissements "jeunes en crise" permettant d'offrir un relais durant la période de crise avant le retour en établissement initial.

**Le redéploiement du dispositif d'accueil reste toutefois à poursuivre**, afin de tenir compte de l'évolution du profil des publics (moyenne d'âge élevé, caractère multidimensionnel des difficultés).

### Focus : La prise en charge des Mineurs Isolés Etrangers (MIE) dans les Bouches-du-Rhône

La croissance du nombre de mineurs isolés étrangers accueillis dans le département fait également partie des évolutions notables du profil des publics pris en charge au titre de l'ASE. **Au 31 décembre 2015, 232 mineurs isolés étrangers étaient accueillis dans le département** (dont 227 mineurs accueillis par décision judiciaire et 5 mineurs mis à l'abri).



Sources : GENESIS CG13

Suite à la circulaire du 31 mai 2013, l'ADDAP 13 s'est vue confier une mission de première écoute et évaluation, tandis que la D.M.E.F. constitue le lieu de « mise à l'abri » des personnes se présentant en qualité de mineurs isolés étrangers dans les Bouches-du-Rhône. Deux établissements sont plus particulièrement identifiés pour accueillir les mineurs isolés étrangers confiés au Département suite à cette période d'évaluation (ouverture de 60 places d'accueil entre 2013 et 2015) : l'association des Dames de la Providence, les Apprentis d'Auteuil.

Les acteurs notent l'amélioration de l'accompagnement proposé aux MIE suite à l'accroissement de la capacité d'accueil, la mise en place d'un inspecteur enfance famille dédié et d'une plateforme départementale pluri partenariale. La mise en œuvre de la période d'évaluation des personnes se présentant en qualité de mineurs isolés étrangers sur le territoire départemental reste toutefois à travailler : prolongement quasi systématique des 5 jours d'évaluation, caractère inopérant de l'orientation vers d'autres départements,...

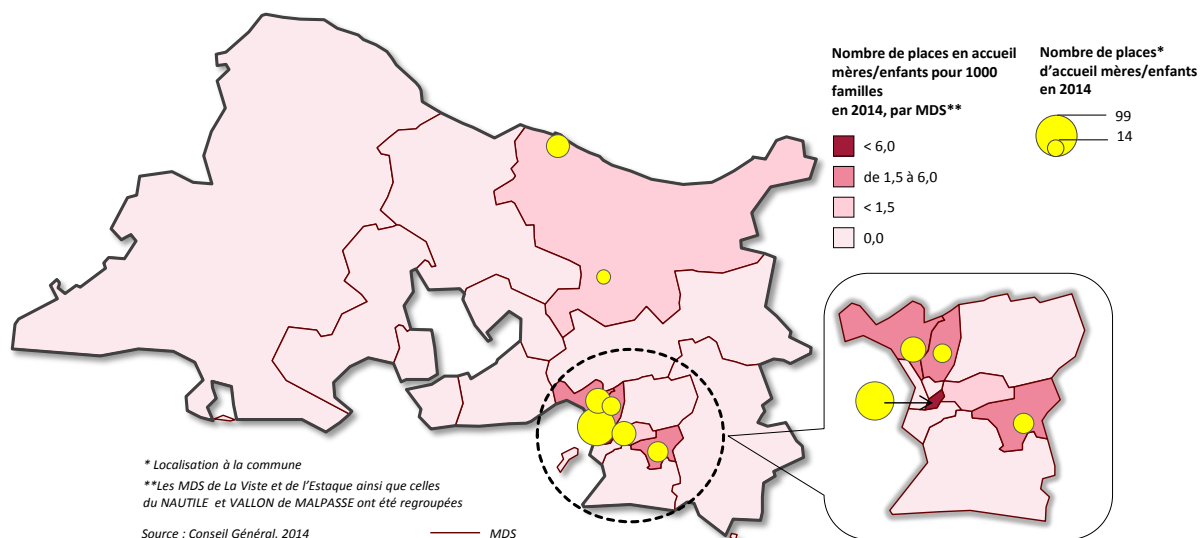
### Un dispositif d'accueil mères-enfants porté par neuf structures

Les Bouches-du-Rhône comptent neuf structures d'accueil mère-enfant ou parents-enfant proposant **une capacité d'accueil de 283 places** : 8 structures associatives et un établissement porté par la DIMEF (Maison MAELIS).

Ces neuf structures proposent **des projets d'accueil diversifiés** :

- *Agnès Jesse de Charleval* : accueil de femmes enceintes à partir de 7 mois de grossesse et de mères isolées avec enfants de moins de 3 ans
- *Les Caganis* : accueil de pères et mères isolées âgées de 18 à 25 ans avec leur enfant de moins de 3 ans, ou de femmes enceintes à partir de 7 mois de grossesse dans les mêmes conditions d'âge
- *La Chaumière* : accueil de femmes enceintes et mères avec enfant de moins de 3 ans
- *La Draille* : accueil d'urgence d'enfants mineurs accompagnés de leur mère majeure
- *L'Hôtel de la famille* : accueil d'urgence de familles en difficulté
- *Lou Cantou* : accueil de jeunes femmes âgées de 14 à 18 ans et exceptionnellement jusqu'à 21 ans avec leur enfant
- *La Martine* : accueil de femmes enceintes et mères avec enfants de moins de 3 ans
- *Le Relais* : accueil de mères majeures ou femmes enceintes avec enfants de moins de 3 ans
- *Maelis* : accueil de mineures enceintes ou avec enfants de moins de 3 ans

La carte ci-dessous met en évidence **une concentration de la capacité d'accueil au sein de l'agglomération de Marseille**



## 7. Le pilotage de la politique en faveur de l'enfance et de la famille

### *La continuité et la cohérence des parcours en protection de l'enfance*

La loi du 5 mars 2007 prévoit plusieurs outils permettant au Conseil départemental de garantir la continuité et la cohérence des actions menées :

- La transmission par les services habilités en charge de l'exécution des mesures d'un rapport circonstancié sur la situation et sur les actions menées.
- L'élaboration par les services du Département et les titulaires de l'autorité parentale d'un « Projet pour l'enfant », précisant les actions menées auprès de l'enfant, des parents et de son environnement, ainsi que le rôle des parents, les objectifs visés et les délais de leur mise en œuvre.

Dans les Bouches-du-Rhône, la **transmission de rapports circonstanciés par les associations habilitées** est assurée.

Le Département a par ailleurs formalisé dès décembre 2008 **une trame de Projet pour l'enfant pour les bénéficiaires d'une mesure de placement**. Celle-ci permet :

- Une identification claire des interlocuteurs de la famille
- La définition d'objectifs d'accompagnement et d'actions à menées en tenant compte de l'ensemble des aspects de la situation familiale (scolarité, formation, insertion professionnelle / loisirs, activités sportives, culturelles / suivi médical, psychologique / accompagnement social des parents)
- La formulation de demandes spécifiques par l'enfant et ses parents
- La définition des modalités de rencontres et d'échanges parents/tiers - enfant

Toutefois, **le document Projet pour l'enfant reste peu approprié et utilisé** à l'heure actuelle par les services du Département. La mise en œuvre de ce document implique la définition d'une méthodologie précise d'élaboration du Projet pour l'enfant et d'articulation avec les documents propres aux services et établissements habilités.

La plus grande cohérence et la continuité des parcours impliquent également **une meilleure articulation entre les services du Département et les services et établissements habilités** :

- Un effort de structuration des liens avec les associations habilitées à exercer des mesures à domicile en début, en cours et en fin de mesure.
- Une définition plus précise du périmètre d'intervention des référents Enfance Famille et des équipes des établissements habilités dans le cadre des mesures de placement, s'agissant en particulier du travail avec la famille et de manière à permettre une prise en compte globale de la situation familiale.

**La continuité des parcours des publics suivis au titre de la protection de l'enfance suppose également que la sortie du dispositif puisse être préparée et anticipée**, dans un contexte où 39,7% des bénéficiaires d'une mesure de placement ont entre 16 et 21 ans au 31 mars 2014.

Plusieurs axes de travail ont été investis afin de mieux accompagner vers l'autonomie des adolescents et jeunes majeurs pris en charge au titre de la protection de l'enfance :

- Partenariat entre la Direction Enfance Famille et la Direction de l'insertion (ex. sensibilisation à la formation en alternance et aux métiers en tension en direction des jeunes confiés à l'ASE)
- Formation des professionnels de la protection de l'enfance aux ressources mobilisables dans le champ de l'insertion (ex. mise en place de journées d'information en direction des référents sociaux-éducatifs sur différents thèmes en lien avec l'insertion des jeunes)
- Développement de modes d'accompagnement et d'hébergements alternatifs : conventionnement avec les FJT pour la mise à disposition de places ; services de studios et d'appartements extérieurs développés par la D.M.E.F et les MECS du département ; accueils de jours et dispositifs de formation internes développés par les MECS du département ...

Néanmoins, selon les professionnels rencontrés, plusieurs jeunes majeurs sortent actuellement du dispositif de protection de l'enfance sans solution d'hébergement et/ou de formation.

Enfin, l'enjeu de continuité des parcours revêt une importance particulière, dans un contexte où les acteurs rencontrés font état d'une tendance à la complexification des profils des publics suivis dans le cadre de la protection de l'enfance. Les professionnels constatent en effet qu'**un certain nombre d'enfants et de jeunes présentent des problématiques multidimensionnelles, au croisement des champs d'intervention de chacun** (champ social, champ du handicap, de santé et notamment de la santé psychique, champ judiciaire, scolarité...).

Un comité de suivi et de coordination de la prise en charge des adolescents présentant des troubles du comportement réuni l'ARS et le Conseil départemental afin de mieux tenir compte de ces situations. Plusieurs propositions émanent du comité de suivi et des acteurs rencontrés. Elles s'articulent autour de trois axes :

- **La formation et la montée de compétences des acteurs**, et notamment dans le champ de la protection de l'enfance.
- **Le développement de lieux de coordination entre acteurs**, de manière à articuler les dispositifs existants et proposer des prises en charge « mixtes ». Si certains lieux existent d'ores et déjà (Maison des adolescents, plateforme marseillaise de coopération inter établissement,...), ils restent insuffisamment englobant et ne sont pas organisés de façon formalisée sur l'ensemble du territoire.
- **La mise en place de lieux de prise en charge globale** des enfants et adolescents présentant des problématiques multiples.

*Le suivi de santé des enfants confiés à l'ASE : une dynamique à poursuivre, pour faire de la santé une partie intégrante des accompagnements et des prises en charge*

---

Ce volet, qui relève des missions fondamentales de la PMI a fait l'objet d'un travail important dans le cadre du précédent schéma et contribue à la continuité des parcours des enfants confiés à l'ASE.

Les actions suivantes ont en effet été menées :

- Arrivée en mars 2013 d'un médecin chargé de mission Santé Protection de l'enfance au sein de la Direction PMI Santé publique ;
- Actualisation des procédures concernant les modalités de suivi de la santé des enfants ;
- Etude conduite par le Conseil Départemental (Etude de la Santé Somatique et Psychique des Enfants Relevant de l'ASE – ESSPER ASE13) avec un double objectif : connaître l'état de santé globale des enfants placés en MECS ou chez un assistant familial, améliorer les prises en charge par des actions de santé, une meilleure organisation du suivi,... ;
- Étude des notifications à la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH) des enfants placés à l'Aide sociale à l'enfance dans les Bouches-du- Rhône (DEF/DPMISP/MDPH). Il apparaît ainsi un taux de notification MDPH huit fois supérieur à la population générale chez les enfants confiés à l'ASE<sup>9</sup>
- Etude anthropologique sur l'état de santé des enfants confiés à l'ASE : une convention de partenariat a été signée avec le CNRS / centre Norbert Elias, Aix Marseille Université. L'étude a été conduite et les résultats sont en cours de publication

---

<sup>9</sup> Archives de Pédiatrie, Volume 22, Issue 9, September 2015, Pages 932-942 L. de Montaigne, O. Bernard, D. Da Fonseca, J. Gaudart, A. Richardson, M. Soffer, B. Chabrol, J.-C. Dubus, E. Bosdure



- Expérience de collaboration avec les espaces santé jeunes et les points accueil écoute jeune sur le renforcement de la prise en charge des problématiques psycho-socio-familiales des jeunes de l'ASE et le soutien des assistants familiaux (Nord du département)

L'étude ESSPER-ASE13 menées auprès de 1092 enfants confiés à l'ASE et en conditions réelles de prise en charge médicale des enfants, a montré que 15 % des enfants de l'enquête étaient examinés par un médecin de PMI. Toutefois, les enfants accueillis chez un assistant familial sont plus souvent examinés par un médecin de PMI que les enfants placés en MECS (29% des enfants confiés chez un assistant maternel, contre 1% des enfants placés en MECS). Enfin les enfants placés chez un assistant familial et examinés par un médecin de PMI sont en général plus jeunes que la moyenne des enfants placés chez un assistant familial : quand ils sont vus par la PMI, 47% des enfants avaient entre 0 et 6 ans alors que cette tranche d'âge représentait 29 % de l'effectif des enfants placés chez un assistant familial.

Deux éléments nécessitent de poursuivre la dynamique relative au suivi de la santé des enfants confiés :

- Le niveau élevé de besoins de santé parmi les jeunes suivis par l'Aide sociale à l'enfance
- La place encore insuffisante de la santé dans les accompagnements et des prises en charge.

**La clarification des modalités de contribution de la PMI à la promotion de la santé et au suivi sanitaire des enfants** confiés apparaît comme un prérequis indispensable, et plus particulièrement s'agissant des médecins de protection infantile. Si leur rôle apparaît clairement établi s'agissant des enfants de moins de 6 ans confiés en famille d'accueil, celui-ci l'est moins pour les autres publics (enfants de plus de 6 ans, enfants accueillis en Maisons d'enfants).



## Partie 2. Le plan d'action 2016-2020

Quatre grandes orientations définissent la stratégie départementale en matière de prévention et de protection de l'enfance pour la période 2016-2020 :

- Orientation n°1 : Consolider et mettre en cohérence la politique de prévention menée en faveur des familles
- Orientation n° 2 : Clarifier l'organisation départementale et adapter les pratiques en matière de repérage des situations de danger
- Orientation n°3 : Adapter les modes d'accompagnement en protection de l'enfance aux besoins des enfants et des familles
- Orientation n°4 : Renforcer la continuité et la cohérence des parcours en protection de l'enfance

Chacune de ces orientations se décline en fiches actions et en actions concrètes.

## **Orientation n°1: Consolider et mettre en cohérence la politique de prévention menée en faveur des familles**

La loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance précise que la politique de protection de l'enfance a pour objet de « prévenir les difficultés éducatives auxquelles les parents peuvent être confrontés dans l'exercice de leurs responsabilités éducatives ».

Si les initiatives en matière de prévention des difficultés éducatives sont nombreuses dans les Bouches-du-Rhône, l'état des lieux réalisé dans le cadre des travaux d'élaboration du schéma a mis en évidence **la nécessité d'assurer une plus grande complémentarité des actions menées et une meilleure interconnaissance des acteurs**. Le Département souhaite ainsi, à travers le schéma et en lien avec ses partenaires, valoriser et faire connaître l'ensemble des ressources existantes en matière de prévention grâce à la mise en réseau des acteurs.

La consolidation de la politique de prévention menée en faveur des familles nécessite également **une recherche de mise en cohérence dans le déploiement et la mise en œuvre des missions de la Protection maternelle et infantile**. Le nouveau schéma se fixe ainsi pour objectif de fixer un cadre commun aux professionnels de PMI relatif à la mise en œuvre de leurs missions.

Enfin, **le Département souhaite dans les années à venir poursuivre sa politique volontariste dans le domaine de la prévention spécialisée**. Le Conseil départemental finance en effet les interventions de prévention spécialisée mises en œuvre par deux associations : La Maison de l'Apprenti et l'ADDAP 13. Grâce aux 175 ETP d'éducateurs financés par le Département, l'ADDAP 13 couvre 22 Communes et 85 quartiers du département, soit plus de 10 000 jeunes touchés par les interventions de prévention spécialisée de l'association chaque année.

*Renforcer la cohérence du déploiement des missions de Protection maternelle et infantile (PMI)*

**Objectifs stratégiques**

- Rechercher une mise en cohérence dans le déploiement et la mise en œuvre des missions de la PMI
- Fixer un cadre commun aux professionnels de PMI relatif à la mise en œuvre de leurs missions

**Fiches actions :**

- Fiche-action n°1 : Prendre en compte les inégalités de santé dans le déploiement des missions de PMI
- Fiche-action n°2 : Développer les outils de repérage précoce et d'orientation

**Fiche-action n°1 : Prendre en compte les inégalités de santé dans le déploiement des missions de PMI**

**Eléments de diagnostic**

- L'augmentation des besoins sanitaires et sociaux et l'élargissement des missions du service (depuis la loi du 5 mars 2007 en particulier) impliquant une réflexion sur le déploiement des missions de PMI : priorisation des missions et cohérence du déploiement des ressources
- Des difficultés d'accès aux soins parmi les publics suivis par la PMI, en particulier en l'absence d'ouverture des droits

**Objectifs opérationnels**

- Renforcer l'accessibilité des services de PMI sur les territoires dans lesquels les difficultés d'accès aux soins et les problématiques de santé sont les plus grandes
- Identifier, au niveau départemental, les missions prioritaires de la PMI

**Déclinaisons opérationnelles**

**Action 1 : Affiner la méthode de déploiement des ressources et des missions de PMI tenant compte des inégalités de santé et des inégalités d'accès aux soins**

- Consolider le déploiement des ressources de PMI à partir d'une méthode prenant appui sur les indicateurs relatifs aux inégalités de santé et d'accès aux soins
- Engager un travail de réflexion sur les missions prioritaires du service de PMI dans le département, en complémentarité avec l'action des professionnels libéraux et hospitaliers

**Action 2 : Mieux prendre en compte les problématiques d'accès aux soins des publics s'adressant à la PMI**

- Envisager un conventionnement avec la CPAM afin de faciliter l'ouverture des droits des publics du Département.

**Indicateurs de suivi et d'évaluation**

- Définition d'indicateurs relatifs aux inégalités de santé et d'accès aux soins et cohérence du déploiement des équipes de PMI au regard de ces indicateurs
- Définition de missions prioritaires des équipes de PMI
- Conventionnement avec la CPAM sur l'ouverture des droits des publics suivis par la PMI



<b>Fiche-action n°2 : Développer les outils de repérage précoce et d'orientation</b>
<b>Eléments de diagnostic</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• La nécessité de faire reposer la prévention dans le cadre de la périnatalité sur un travail en réseau étoffé entre équipes de PMI et maternités : introduction des acteurs de PMI auprès des familles dès la maternité, connaissance par les équipes de la maternité des possibilités d'accompagnement en dehors de l'hôpital, anticipation des prises en charge, ... Des axes d'amélioration relatifs à : l'intégration du secteur libéral au sein de ce travail en réseau, liens avec la psychiatrie adulte</li> <li>• Des listes d'attentes importantes en CMP et une disparité de moyens selon les arrondissements, questionnant les possibilités de repérage d'accompagnement des enfants à risque psychique</li> <li>• La mise en place d'un dispositif de repérage précoce des troubles envahissant du développement (TED) / troubles du spectre autistique (TSA) au sein de la population des enfants de 24 à 30 mois fréquentant les consultations pédiatriques de PMI par le Département des Bouches du Rhône, en partenariat avec le Centre de Ressources Autisme PACA. Conformément au 3ème plan autisme 2013-2017, ce projet vise à repérer précocement les enfants à risque de troubles envahissant du développement (TED), évaluer la prévalence de ces troubles dans la population étudiée et orienter vers des parcours de soins avec étude de ce dernier.</li> </ul>
<b>Objectifs opérationnels</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Assurer la continuité du parcours des usagers au cours de la période périnatale</li> <li>• Permettre le repérage précoce des situations à risque et leur orientation vers les professionnels compétents</li> </ul>
<b>Déclinaisons opérationnelles</b>
<p><b>Action 1 : Poursuivre le déploiement des réseaux autour de la période périnatale</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Poursuivre le déploiement des staffs médico-psychosociaux au sein des maternités, dans le cadre de la convention-cadre élaborée à l'échelle régionale entre les Conseils départementaux et l'ARS. Privilégier au cours de ces staffs médico-psychosociaux des temps consacrés à la reprise des évènements indésirables.</li> <li>• Approfondir le partenariat autour des liaisons périnatales : encourager en particulier la sollicitation des équipes de PMI au cours de la période prénatale.</li> <li>• Consolider le partenariat entre la PMI et le secteur libéral : faire connaître la spécificité et l'expertise de la PMI auprès des acteurs libéraux, à l'occasion par exemple de temps d'échanges thématiques.</li> </ul> <p><b>Action 2 : Renforcer les liens avec la psychiatrie.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Renforcer le partenariat entre les CMP et la PMI autour des enfants à risque psychique.             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Prendre appui sur les expériences de consultations conjointes mises en place dans certaines MDS, dans le cadre d'une convention entre le pôle de pédopsychiatrie et la PMI</li> <li>○ Poursuivre le déploiement du dispositif de repérage précoce des troubles envahissant du développement (TED) / troubles du spectre autistique (TSA) porté par le Département en partenariat avec le Centre de Ressources Autisme PACA.</li> </ul> </li> <li>• Renforcer les liens avec la psychiatrie adulte, notamment autour des situations des mères présentant des troubles psychiatriques. Parmi les pistes qui pourraient être envisagées : des</li> </ul>

visites conjointes avec les CMP pour travailler la relation parents-enfants

**Action 3 : Adapter la réalisation des bilans en école maternelle et faciliter l'orientation suite à ces bilans**

- Assurer le déploiement des bilans de santé en cohérence le cadre fixé au niveau départemental (cf. fiche action n°1)
- Mobiliser les professionnels pouvant jouer un rôle d'accompagnement « physique » des familles vers les acteurs du soin (ex. TISF)

**Action 4 : Poursuivre la politique départementale en matière de contraception et de prévention des grossesses non désirées, en ciblant particulièrement les jeunes et les jeunes parents afin d'offrir des réponses adaptées aux besoins des différents publics :**

- Redéfinir l'organisation de l'offre et favoriser l'accès à la contraception pour l'ensemble des publics concernés, notamment les jeunes adultes et les jeunes parents.
- Proposer des formations adaptées aux professionnels concernés pour qu'ils soient en mesure d'assurer des accueils et consultations de contraception sous la responsabilité et l'encadrement technique d'un médecin
- Déterminer les modalités de coopération entre les activités des CPEF et celles des CeGIDD (Centres Gratuits d'Information, de Dépistage et de Diagnostic)
- Contrôler les modalités de réalisation des missions de planification familiale dans les CPEF hospitaliers

**Action 5 : Mettre en place un service de protection maternelle et infantile, afin d'accroître les complémentarités et synergie dans le domaine périnatal tant en interne que vis-à-vis des partenaires du Département**

**Indicateurs de suivi et d'évaluation**

- Nombre de maternités au sein desquelles des staffs médico-psychosociaux sont organisés
- Nombre de liaisons périnatalité (dont liaisons au cours de la période prénatale)
- Temps d'échanges thématiques organisés avec le lecteur libéral afin de faire connaître les missions de la PMI
- Nombre de MDS au sein desquelles des modes de partenariat PMI / CMP a été définis
- Nombre d'enfants à risque de Troubles du spectre autistique (TSA)
- Nombre d'enfants vus en bilan de santé par territoire et cohérence au regard des indicateurs relatifs aux inégalités de santé et d'accès aux soins (cf. fiche action 1)

*Adapter les modes d'intervention en prévention auprès des bénéficiaires*

**Objectifs stratégiques**

- Mobiliser les ressources de prévention précoce existantes sur les territoires en mettant en réseau les acteurs
- Valoriser et faire connaître les modes d'interventions innovants portés par les MDS et ses partenaires dans le cadre de la prévention

**Fiches actions :**

- Fiche-action n°3 : Consolider le travail en réseau en matière de prévention des difficultés éducatives
- Fiche-action n°4 : Valoriser les modes d'intervention collectifs en complément des accompagnements individuels
- Fiche-action n°5 : Finaliser un cadre départemental sur la mise en œuvre des Actions Educatives Formalisées (AEF)

**Fiche-action n°3 : Consolider le travail en réseau en matière de prévention des difficultés éducatives**

**Éléments de diagnostic**

- La nécessité de renforcer la connaissance mutuelle entre acteurs, de manière à activer les ressources de prévention sur les territoires, et d'assurer la cohérence des actions menées (risque d'empilement).
- Un enjeu de déploiement plus équitable des actions de prévention sur le territoire départemental
- Des situations d'absentéisme et de déscolarisation parfois repérées tardivement, après l'entrée au collège. La nécessité de prendre en compte plus tôt ces situations, en amont de la transmission d'une information préoccupante

**Objectifs opérationnels**

- Renforcer la connaissance réciproque des acteurs et l'orientation des publics vers les ressources de prévention existantes
- Permettre le repérage précoce des situations de risque et la mise en œuvre d'accompagnements de prévention

**Déclinaisons opérationnelles**

**Action 1 : Consolider les réseaux existants dans le champ de la prévention primaire, en s'appuyant sur le cadre défini par les institutions concernées (Conseil départemental, CAF, MSA notamment)**

- Poursuivre le déploiement des réseaux autour de la parentalité dans le cadre défini par le schéma des services aux familles :
  - Mener une réflexion avec les institutions concernées sur les modalités d'animation de la politique de soutien à la parentalité au niveau local.
- Mener une réflexion sur les modes de participation des MDS aux instances locales portées par les partenaires dans le champ de la prévention (CUCS, PRE,...) :
  - Modalités de participation permettant d'assurer une continuité de représentation de la

MDS. Réflexion sur la place des travailleurs sociaux de terrain au sein de ces instances.  
Diffusion des informations aux autres membres des équipes des MDS.

**Action 2 : Faire connaître à l'échelle des MDS les actions ou dispositifs de prévention financés par le Département et ses partenaires**

- Améliorer l'information des MDS sur les dispositifs financés par la CAF et le Département dans le cadre des appels à projet modes d'accueil,
- Améliorer l'information sur les LAPE et autres lieux collectifs de soutien à la parentalité (ex. centres sociaux, actions bénéficiant d'un financement CUCS,...) et favoriser l'émergence d'actions partenariales (ex. permanence des MDS au sein des centres sociaux,...)

**Action 3 : Rechercher et structurer un partenariat avec les établissements scolaires (primaires en particulier), en tenant compte des spécificités territoriales**

- Plusieurs leviers possibles de renforcement du partenariat avec les établissements scolaires : désignation d'un référent pour chaque école ou pour certaines écoles uniquement (par exemple celles qui transmettent un nombre important d'IP ou au contraire qui en envoient très peu), participation des conseillères techniques de l'Education nationale aux CEIP, présence lors des équipes éducatives organisées par les établissements scolaires, ...

**Indicateurs de suivi et d'évaluation**

- Nombre de territoires au sein desquels un réseau portant sur la parentalité a été formalisé
- Définition des modes de participation des MDS aux instances locales
- Nombre d'actions partenariales menées entre les MDS et des acteurs de prévention à l'échelle locale
- Nombre de territoires au sein desquels des modes de partenariat avec les établissements scolaires ont été défini



<b>Fiche-action n°4 : Valoriser les modes d'intervention collectifs en complément des accompagnements individuels</b>	
<b>Eléments de diagnostic</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Une tradition de l'accompagnement individuel assez présente en MDS. Les équipes mentionnent en outre plusieurs freins au développement d'actions collectives de prévention : la priorité donnée aux situations d'urgence (l'évaluation des IP par ex.), la place prise par le travail administratif (complexité administrative liée à l'instruction de certaines demandes) au détriment de la mise en œuvre d'autres formes d'accompagnement, le besoin d'accompagnement méthodologique des professionnels</li> <li>• Parallèlement des actions ou lieux collectifs de soutien à la parentalité qui ont du mal à trouver leur public sur certains territoires</li> <li>• Une méfiance et une vision parfois négative des services sociaux par certaines familles : association au « contrôle » et au placement, sentiment d'intrusion,... Une image qui complexifie l'intervention des travailleurs sociaux et qui pénalise la précocité des interventions en matière de soutien aux familles</li> </ul>	
<b>Objectifs opérationnels</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Faciliter le montage d'actions collectives associant les familles et permettant de répondre à des problématiques locales y compris pour celles dont les enfants sont confiés à des établissements (MECS, DIMEF) ou des familles d'accueil</li> <li>• Orienter les publics vers les actions de prévention portées par les partenaires des MDS</li> </ul>	
<b>Déclinaisons opérationnelles</b>	
<p><b>Action 1 : Valoriser et accompagner les pratiques d'accompagnement collectives existantes au sein des MDS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Favoriser les modes d'intervention s'appuyant sur les principes suivants : définition des actions à partir des préoccupations exprimées par les familles elles-mêmes, valorisation des compétences des familles, mobilisation des partenaires</li> <li>• Proposer un accompagnement méthodologique aux travailleurs sociaux des MDS (méthode d'analyse des besoins, identification des moyens et partenaires mobilisables, modalités d'animation des actions...)</li> <li>• Faire connaître le dispositif « actions de prévention » porté par la Direction Enfance Famille permettant de soutenir les MDS afin de monter des actions de prévention. Intérêt : les actions bénéficient d'un budget départemental mais sont montées à l'échelle des MDS en lien avec les partenaires locaux.</li> <li>• Poursuivre le travail sur l'ouverture des enfants et des familles aux pratiques culturelles et sportives et sur le soutien à la parentalité via notamment le dispositif Ensemble en Provence</li> </ul> <p><b>Action 2 : Faire connaître aux équipes des MDS les actions de soutien à la parentalité portées par les acteurs partenaires (ex. centres sociaux, LAPE, ...)</b></p>	
<b>Indicateurs de suivi et d'évaluation</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre de MDS proposant des modes d'accompagnement collectifs en complément des accompagnements individuels</li> <li>• Fréquentation des actions de soutien à la parentalité</li> </ul>	

<b>Fiche-action n°5 : Finaliser un cadre départemental sur la mise en œuvre des Actions Educatives Formalisées (AEF)</b>	
<b>Eléments de diagnostic</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'AEF présente une réelle plus-value en termes de souplesse, de réactivité, de travail en transversalité,... Un outil toutefois mise en œuvre de façon hétérogène selon les MDS.</li> <li>• Un cadre départemental de l'AEF issu d'échanges lors d'un groupe de travail dédié, en cours de validation</li> </ul>	
<b>Objectifs opérationnels</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Intégrer l'AEF dans le panel des outils de prévention mobilisables dans le département</li> <li>• Harmoniser les pratiques relatives à la mise en œuvre des AEF</li> </ul>	
<b>Déclinaisons opérationnelles</b>	
<p><b>Action 1 : Diffuser le « référentiel » départemental de l'Action éducative formalisée (AEF) aux professionnels du Département et leurs partenaires</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Clarifier à travers ce référentiel les points suivants :                             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Professionnels chargés de la mise en œuvre de l'AEF</li> <li>○ Modalités de définition et d'évaluation des objectifs</li> <li>○ Durée de l'AEF</li> <li>○ Ecrits associés à l'accompagnement</li> </ul> </li> </ul>	
<b>Indicateurs de suivi et d'évaluation</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diffusion du référentiel départemental de l'Action éducative formalisée (AEF)</li> <li>• Nombre d'actions éducatives formalisées et évolution</li> </ul>	

## Orientation n° 2 : Clarifier l'organisation départementale et adapter les pratiques en matière de repérage des situations de danger

Conformément aux orientations de la loi du 5 mars 2007 qui chargent le Président du Conseil départemental du recueil, du traitement et de l'évaluation des informations préoccupantes à tout moment et quelle que soit leur origine, le Département des Bouches-du-Rhône dispose d'une Cellule Départementale de Recueil, d'Évaluation et de Traitement des Informations Préoccupantes (CRIP 13)

Les travaux de diagnostic du dispositif enfance et famille ont néanmoins mis en exergue un certain nombre de freins à la bonne mise en œuvre des missions relatives au recueil, au traitement et à l'évaluation des informations préoccupantes :

- Une articulation insuffisante entre la CRIP 13 en central et les Maisons Départementales de la Solidarité
- Des pratiques d'évaluation hétérogènes d'un territoire à un autre, prenant insuffisamment en compte les aspects relatifs aux compétences parentales et ne s'appuyant pas sur l'existence d'outils pouvant favoriser l'émergence d'une culture commune en la matière.
- Un travail d'information à poursuivre auprès des partenaires et des retours d'information aux professionnels signalant à systématiser ou à améliorer

Au regard de ces éléments, **la clarification du circuit des informations préoccupantes dans le Département et l'élaboration de cadres communs en matière d'évaluation des situations** constituent des axes forts du schéma départemental. Il s'agira également de renforcer le travail partenarial sur le dispositif de repérage des enfants en danger ou en risque de danger.

Le Département entend ainsi assurer un repérage et une intervention plus précoce auprès enfants en danger ou en risque de danger d'une part, et renforcer l'équité de traitement des usagers d'autre part. La structuration du dispositif des informations préoccupantes, notamment via la redéfinition des modalités d'évaluation des situations familiales, constitue également un levier de déjudiciarisation des mesures d'accompagnement mises en œuvre à la suite du processus d'évaluation.

### Objectifs stratégiques :

- Assurer un repérage et une intervention plus précoce auprès d'enfants en danger ou en risque de danger
- Renforcer l'équité de traitement des usagers d'un territoire à un autre du département
- Accompagner les professionnels dans la pleine appropriation des dispositions de la loi du 5 mars 2007 relatives à la subsidiarité de l'intervention judiciaire

### Fiches actions :

- Fiche-action n°6 : Clarifier le circuit des informations préoccupantes dans le département
- Fiche-action n°7 : Accompagner l'évolution des pratiques d'évaluation des situations
- Fiche-action n°8 : Renforcer le travail partenarial sur le dispositif de repérage des enfants en danger ou en risque de danger

Fiche-action n°6 : Clarifier le circuit des informations préoccupantes dans le département	
Eléments de diagnostic	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'existence d'une « double entrée » des informations préoccupantes (CRIP ou MDS) a été l'option retenue lors de la création du SPUE (ex CRIP) permettant la mise à disposition d'un interlocuteur de proximité.</li> <li>• Des pratiques différenciées selon les MDS (centralisation des IP ou renvoi vers la CRIP ; qualification de l'information comme préoccupante ou non) génératrices de confusion et d'inéquité dans le traitement des situations.</li> <li>• L'existence de doublon dans le traitement de certaines situations : déqualification de l'IP/requalification de la liaison de la CRIP en MDS, prise de contact avec le signalant,...</li> <li>• Les données relatives à l'enfance en danger, recueillies par la CRIP, aujourd'hui insuffisamment fiables</li> </ul>	
Objectifs opérationnels	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Renforcer la lisibilité du circuit des informations préoccupantes dans le département, et clarifier en particulier les rôles respectifs de la CRIP et des MDS</li> <li>• Harmoniser le traitement des informations à l'échelle du département et renforcer l'équité de traitement des usagers</li> <li>• Elaborer des guides à disposition des professionnels, des outils de procédures</li> <li>• Assurer la fiabilité du dispositif et des données statistiques relatives à l'enfance en danger dans les Bouches-du-Rhône (traçabilité des informations)</li> </ul>	
Déclinaisons opérationnelles	
<p><b>Action 1 : Mieux définir les rôles respectifs de la CRIP et des MDS, ainsi que leur articulation dans le cadre du recueil et du traitement des informations préoccupantes</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Consolider le rôle de la CRIP en la positionnant sur la centralisation et la qualification de l'ensemble des IP recueillies dans le département, en lui permettant d'assurer une mission d'information et de formation au plan départemental auprès des MDS, des partenaires institutionnels et associatifs et en recentrant le travail des MDS sur l'évaluation des IP</li> <li>• Condition de réussite : la reconfiguration de l'équipe de la CRIP et de sa pluridisciplinarité (intervention d'un médecin au sein de la CRIP notamment), réactivité de la transmission des informations entre CRIP et MDS.</li> </ul> <p><b>Action 2 : Fiabiliser le dispositif ainsi que le recueil des données relatives à l'enfance en danger</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Accompagner une 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 à l'ONPE</li> </ul>	
Indicateurs de suivi et d'évaluation	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Redéfinition des rôles de la CRIP et des MDS en matière de recueil et de traitement des informations préoccupantes. Ecriture d'une note de procédure relative au recueil, à l'évaluation et au traitement des informations préoccupantes.</li> <li>• Nombre d'informations préoccupantes dont l'évaluation s'est achevée au-delà du délai de 3 mois</li> <li>• Transmission de données statistiques exhaustives à l'ODPE et l'ONPE</li> </ul>	

<b>Fiche-action n°7 : Accompagner l'évolution des pratiques d'évaluation des situations</b>	
<b>Eléments de diagnostic</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Des lectures hétérogènes d'une MDS à une autre et entre certaines MDS et la CRIP sur le caractère préoccupant ou non d'une information transmise au Département. Des prises en compte différenciées des situations d'absentéisme scolaire notamment.</li> <li>• De fortes disparités dans les suites données aux informations préoccupantes après évaluation selon les MDS.</li> <li>• Un fort niveau de judiciarisation des mesures d'aide sociale à l'enfance dans le département, comparativement aux données nationales.</li> <li>• Un délai d'évaluation de 2 mois qui n'est pas toujours respecté : la difficulté à distinguer le travail d'évaluation et le travail d'accompagnement constitue l'un des éléments d'explication</li> </ul>	
<b>Objectifs opérationnels</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Harmoniser les pratiques d'évaluation des situations de manière à renforcer l'équité de traitement des usagers</li> <li>• Améliorer la qualité des évaluations</li> <li>• Favoriser la déjudiciarisation des interventions en protection de l'enfance</li> </ul>	
<b>Déclinaisons opérationnelles</b>	
<p><b>Proposer une méthode commune aux professionnels en charge de l'évaluation des informations préoccupantes (professionnels du Département et partenaires)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Insister à travers cette méthode sur les aspects suivants :                             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Les « clignotants » nécessitant de déclencher une évaluation dans le cadre de l'IP (notamment s'agissant des situations d'absentéisme scolaire et de conflit conjugal)</li> <li>○ Le positionnement du professionnel vis-à-vis de la famille dans le cadre de l'IP</li> <li>○ La valorisation des compétences parentales</li> <li>○ L'évaluation de la notion d'acceptation de l'accompagnement proposé</li> <li>○ La mise en évidence de l'acceptation ou du refus de la famille dans les écrits</li> <li>○ L'identification des ressources de l'environnement du mineur (famille élargie, proches)</li> <li>○ La distinction entre évaluation et accompagnement</li> </ul> </li> <li>• S'appuyer pour cela sur :                             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ les référentiels / méthodes existants et sur la formation continue</li> <li>○ les CEIP au cours de l'évaluation et préalablement à la rédaction de l'écrit</li> </ul> </li> </ul>	
<b>Indicateurs de suivi et d'évaluation</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elaboration et diffusion d'une méthode d'évaluation des informations préoccupantes</li> <li>• Analyse des écarts entre MDS s'agissant des suites données aux informations préoccupantes</li> <li>• Taux de judiciarisation des mesures d'aide sociale à l'enfance</li> </ul>	

Fiche-action n°8 : Renforcer le travail partenarial sur le dispositif de repérage des enfants en situation de risque de danger ou de danger	
Eléments de diagnostic	<ul style="list-style-type: none"> <li>Des signalements directs au Parquet sans prise en compte des critères de saisine de l'autorité judiciaire de plus en plus rares. Un Département de mieux en mieux repéré dans son rôle de « centralisateur » des informations préoccupantes. Toutefois, une information à poursuivre auprès des professionnels les plus éloignés du domaine de la protection de l'enfance</li> <li>Des retours d'informations aux professionnels signalants qui ne sont aujourd'hui pas systématiques ou suffisamment rapides</li> </ul>
Objectifs opérationnels	<ul style="list-style-type: none"> <li>Garantir la bonne connaissance du circuit des informations préoccupantes par les partenaires susceptibles de repérer des situations de danger ou de risque de danger</li> <li>Permettre un repérage plus précoce des enfants en ou en risque de danger</li> </ul>
Déclinaisons opérationnelles	<p><b>Action 1 : Poursuivre le travail d'information en direction des partenaires sur le fonctionnement du dispositif de recueil, de traitement et d'évaluation des informations préoccupantes</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Renforcer l'information en direction du secteur médical et médico-social (médecins libéraux, centres hospitaliers), des professionnels de l'Education nationale (en particulier du 1<sup>er</sup> degré) et des professionnels de la petite enfance (ex. crèches)</li> <li>S'appuyer sur le guide des informations préoccupantes en cours d'élaboration</li> </ul> <p><b>Action 2 : Améliorer le retour fait aux partenaires à l'origine de l'information préoccupante</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Assurer l'envoi systématique d'un accusé de réception dans des délais raisonnables</li> <li>Définir les modalités d'information sur les suites données, dans le respect des règles de confidentialité</li> </ul> <p><b>Action 3 : Actualiser le protocole partenarial relatif au recueil, au traitement et à l'évaluation des informations préoccupantes et au partage des compétences</b></p>
Indicateurs de suivi et d'évaluation	<ul style="list-style-type: none"> <li>Diffusion du guide des informations préoccupantes</li> <li>Systématisation de l'envoi d'un accusé de réception au partenaire ou au particulier à l'origine de l'information préoccupante</li> <li>Actualisation du protocole général relatif au recueil, au traitement et à l'évaluation des informations préoccupantes et au partage des compétences et élaboration d'un protocole spécifique pour chaque partenaire</li> </ul>

### Orientation n°3 : Adapter les modes d'accompagnement en protection de l'enfance aux besoins des enfants et des familles

La période de mise en œuvre du précédent schéma départemental a été marquée par une dynamique de diversification des réponses en protection de l'enfance, notamment à travers la mise en place du Placement à domicile (PAD), renommé Placement et Accompagnement à Domicile (PAD).

Pourtant, plusieurs constats amènent aujourd'hui à poser l'adaptation des modes d'accompagnement en protection de l'enfance aux besoins des publics, comme l'un des enjeux clés du schéma 2016-2020. Parmi ces constats, le manque de réponses permettant un travail de soutien à la parentalité et un accompagnement éducatif intensif à partir du domicile familial, la saturation du dispositif d'accueil départemental, en particulier de l'accueil d'urgence, et le manque de réponses adaptées à certains publics, notamment le public adolescent.

Afin de répondre à ces enjeux, cette troisième orientation du schéma 2016-2020 se décline ainsi en trois axes.

Le Département, à travers son nouveau schéma, entend tout d'abord **développer les interventions éducatives à partir du domicile familial**, de manière à renforcer le travail de soutien à la parentalité, **et conforter les réponses alternatives au placement**, afin d'éviter la sollicitation d'accueils à défaut de solutions d'accompagnement au domicile adaptées.

Il s'agira également d'apporter des réponses à la saturation du dispositif d'accueil départemental et de **renforcer pour cela l'adéquation du dispositif d'accueil en établissement et en familles d'accueil aux profils des publics accompagnés**. La **modernisation du dialogue de gestion** entre le Département et les établissements et services habilités constitue également l'un des objectifs de ces axes.

Enfin, **l'accompagnement de l'évolution des pratiques en protection de l'enfance constitue un levier d'action essentiel** du schéma 2016-2020. Il s'agira en particulier de renforcer la participation des bénéficiaires à l'élaboration et à la mise en œuvre de leur accompagnement, pour plus de pertinence et d'efficacité des suivis.

*Poursuivre l'évolution des modes d'accompagnement à partir du domicile familial*

**Objectifs stratégiques :**

- Développer les interventions éducatives à partir du domicile familial de manière à renforcer le travail de soutien à la parentalité
- Conforter les réponses alternatives au placement, éviter la sollicitation d'accueils à défaut de solutions d'accompagnement au domicile adaptées

**Fiches actions :**

- Fiche-action n°9 : Poursuivre la diversification des modes d'intervention des TISF
- Fiche-action n°10 : Développer et rénover les modes d'exercice des mesures éducatives à partir du domicile familial

**Fiche-action n°9 : Poursuivre la diversification des modes d'intervention des Techniciens de l'intervention sociale et familiale (TISF)**

**Eléments de diagnostic**

- Des difficultés à solliciter l'alternative à domicile et des délais d'intervention importants constatés sur certains territoires s'agissant des interventions de TISF en périnatalité (problématiques localisées)
- Des pratiques hétérogènes d'une MDS à une autre en matière d'articulation avec les services de TISF
- Une interrogation quant à la pertinence de l'intervention des TISF lors des visites en présence d'un tiers

**Objectifs opérationnels**

- Intégrer davantage les TISF à la définition des objectifs d'accompagnement et harmoniser les pratiques entre les MDS
- Conforter les dispositifs existants : TISF en périnatalité et alternative à domicile

**Déclinaisons opérationnelles**

**Action 1 : Accroître le recours au dispositif des TISF en périnatalité**

- Continuer à faire connaître le dispositif auprès des équipes afin d'augmenter le nombre d'interventions

**Action 2 : Renforcer l'intervention des TISF dans le cadre du dispositif « alternative à domicile »**

- Assurer la pérennité de l'alternative à domicile dans les territoires où le dispositif existe et permettre à son développement sur l'ensemble du territoire départemental (agglomération marseillaise)

**Action 3 : Renforcer le travail en commun entre les TISF et les équipes des MDS**

- Assurer un temps d'échange systématique entre le service de TISF et le référent au moment de la mise en place d'une intervention (au-delà de la transmission des formulaires écrits) : définition des objectifs de l'intervention, transmission des informations nécessaires préalablement à l'intervention du TISF



Indicateurs de suivi et d'évaluation

- Nombre d'intervention de TISF en périnatalité (à l'échelle départementale et à l'échelle des MDS), nombre d'associations conventionnées et niveau de consommation des heures
- Nombre d'intervention des TSIF dans le cadre du dispositif « alternative à domicile » et évolution (à l'échelle départementale et à l'échelle des MDS)
- Définition des modalités de travail en commun entre TISF et équipes des MDS

## Fiche-action n°10 : Développer et rénover les modes d'exercice des mesures éducatives à partir du domicile familial

### Eléments de diagnostic

- Un constat de saturation des différents modes d'intervention au domicile et de glissements entre les dispositifs. En particulier, une sollicitation du placement et Accompagnement à domicile (PAD) à défaut de places d'accueil ou de mesures éducatives à domicile (AED, AEMO) insuffisamment intensives.
- Un manque de réponses au domicile adaptées pour les familles avec de jeunes enfants, pouvant générer des accueils par défaut faute de solution intermédiaire

### Objectifs opérationnels

- Faciliter la mobilisation d'accompagnements permettant un travail de soutien à la parentalité à partir du domicile familial
- Eviter les placements par défaut, faute de modes d'accompagnement suffisamment intensif au domicile
- S'assurer d'une durée pertinente d'intervention
- Privilégier les PAD administratifs

### Déclinaisons opérationnelles

#### **Action 1 : Proposer des accompagnements éducatifs plus intensifs à partir du domicile familial**

- Permettre une intensification des mesures éducatives à domicile (AED et AEMO) dans la quantité et le rythme des interventions
- Développer l'offre d'accompagnement pour les familles avec de jeunes enfants, permettant d'observer le lien parent-enfant et de soutenir la parentalité. Parmi les pistes à envisager :
  - Réfléchir à une offre de placement et d'accompagnement à domicile pour les enfants de moins de 3 ans, avec l'intervention intensive de professionnels formés (ex. éducateurs de jeunes enfants, puéricultrices) et élaborer un référentiel spécifique
  - La mise en place d'accueils de jour parents-enfants
  - Le développement d'accueils à la journée à partir de l'offre d'accueil du jeune enfant : accueil à la journée chez des assistants maternels (ce qui suppose de dépasser les limites réglementaires en matière de rémunération des assistants maternels), conventionnement avec des établissements d'accueil du jeune enfant pour réserver des places d'accueil avec un accompagnement des équipes de l'établissement

#### **Action 2 : Rénover les modes d'exercice des mesures éducatives à domicile**

- Expérimenter les modes d'intervention collectifs dans le cadre des mesures éducatives à domicile, notamment au profit des adolescents

#### **Action 3 : Recentrer le placement et Accompagnement à domicile sur sa fonction première, telle que définie au sein du référentiel Placement et Accompagnement à domicile (PAD)**

- Recentrer la PAD sur ses missions principales : mesure de première intention permettant d'éviter la séparation tout en assurant, lorsque c'est nécessaire, une préparation au placement ou bien un retour progressif dans la famille dans la perspective d'une fin de mesure
- Poursuivre la formation des équipes des MECS chargées de mettre en œuvre les mesures de PAD à la spécificité de l'accompagnement au domicile.
- Garantir l'existence d'une solution d'hébergement (notion de repli) pour les situations suivies en PAD.

**Action 4 : Mener une réflexion sur les modalités de prise en compte du budget familial dans l'accompagnement global des familles,** en particulier dans le cadre des mesures d'Accompagnement en économie sociale et familiale (AESF)

Indicateurs de suivi et d'évaluation

- Proportion des mesures de protection de l'enfance exercées à partir du domicile familial et évolution
- Fréquence moyenne mensuelle des interventions auprès de l'enfant et/ou de la famille dans le cadre d'une mesure éducative à domicile (AED / AEMO)
- Durée de l'accompagnement et état des situations familiales au terme des mesures
- Développement d'une offre d'accompagnement au domicile dédiée aux familles avec de jeunes enfants
- Nombre de PAD, proportion de mesures de PAD administratives par rapport aux PAD judiciaires et suites données aux mesures de PAD

*Renforcer l'adéquation du dispositif d'accueil départemental aux profils des publics accompagnés et moderniser le dialogue de gestion*

**Objectifs stratégiques :**

- Recentrer la DIMEF et l'association Delta Sud sur leur mission d'accueil d'urgence, d'observation et d'orientation
- Apporter des réponses à la saturation du dispositif d'accueil départemental
- Renforcer l'adéquation du dispositif d'accueil départemental en établissement et en familles d'accueil avec les profils des publics accompagnés
- Se doter d'outils permettant de rénover le dialogue de gestion entre le Département et les établissements et services médico-sociaux intervenant dans le champ de la protection de l'enfance

**Fiches actions :**

- Fiche-action n°11 : Renouveler et adapter l'offre départementale d'accueil familial
- Fiche-action n°12 : Adapter l'offre en établissement aux profils des publics et renforcer la régulation du dispositif
- Fiche action 13 : Moderniser le dialogue de gestion entre le Département et les établissements et services

**Fiche-action n°11 : Renouveler et adapter l'offre départementale d'accueil familial**

**Eléments de diagnostic**

- La baisse des effectifs d'assistants familiaux salariés du Département, du fait de difficultés de recrutement observées au niveau national et une moyenne d'âge élevée des personnes salariées (départs en retraite).
- Une suractivité et des durées de séjour élevées à la pouponnière de la DIMEF, en lien notamment avec la difficulté d'orienter les jeunes enfants vers des places d'accueil familial. Un mode d'accueil collectif souvent peu adapté sur le long terme pour de très jeunes enfants.
- Un besoin d'accompagnement des assistants familiaux sur la prise en charge des adolescents, qui représentent une proportion importante du public confié à l'ASE des Bouches-du-Rhône

**Objectifs opérationnels**

- Assurer le maintien de la capacité d'accueil familial dans le département
- Réduire les durées de séjour au sein de la DIMEF, et en particulier la Pouponnière
- Renforcer le travail sur la parentalité dans le cadre du placement des jeunes enfants
- Limiter les ruptures d'accueil des enfants confiés chez les assistants familiaux

**Déclinaisons opérationnelles**

**Action 1 : Maintenir le nombre de places proposées chez les assistants familiaux résidant dans le département**

- Poursuivre les actions de sensibilisation sur le métier d'assistant familial menées conjointement par le SAF et le SMAPE (campagnes de communication à partir de supports diversifiés afin de susciter des vocations) et organiser des séances d'information sur les territoires des communes du département

**Action 2 : Elargir les possibilités d'accueil des jeunes enfants chez les assistants familiaux**

- Sensibiliser les assistants familiaux sur les accueils correspondant aux besoins du département (l'accueil de jeunes enfants notamment, mais aussi d'adolescents) dès leur recrutement
- Envisager l'accueil en urgence d'enfants de moins de 3 ans en famille d'accueil DIMEF, avec l'appui du plateau technique de la Pouponnière

**Action 3 : Poursuivre la politique d'accompagnement et de soutien apporté aux assistants familiaux**

- Poursuivre le travail d'accompagnement des assistants familiaux dans l'accueil des adolescents et renforcer l'implication des assistants familiaux dans la politique de formation proposée
- Rendre obligatoire leur présence à certaines formations
- Réfléchir aux possibilités de soutien des assistants familiaux par le plateau technique des établissements

**Action 4 : Mise en place d'un album de vie pour chaque enfant accueilli chez des assistants familiaux**

- Travail autour de la réalisation d'un album de vie porté par le CIMERSS\* et travaillé par les services du Département ainsi que différentes institutions (ARDEPAMF, ANPF...) Communication autour de cet outil et appropriation par les familles d'accueil, les travailleurs sociaux et les Inspecteurs Enfance-Famille
- Etendre l'utilisation de l'album de vie aux enfants confiés en MECS

CIMERSS : Centre interdisciplinaire méditerranéen d'études et de recherches en sciences sociales

**Indicateurs de suivi et d'évaluation**

- Nombre d'assistants familiaux agréés chaque année par le Département des Bouches-du-Rhône
- Nombre d'assistants familiaux résidant dans le département
- Nombre de places chez les assistants familiaux résidant dans le département
- Durée moyenne de séjour des enfants accueillis à la Pouponnière de la DIMEF
- Nombre d'assistants familiaux présents aux formations proposées
- Evaluation du nombre d'accueils pour les enfants de moins de 3 ans et les adolescents
- Bilan d'étape à 1 an sur le maintien des places et la typologie du public accueilli
- Analyse de la fluidité du dispositif « Pouponnière et réorientation après accueil d'urgence et hors urgence des moins de 3 ans »
- Bilan quantitatif et qualitatif de la participation des assistants familiaux aux formations annuelles
- Nombre d'albums de vie utilisés
- Analyse par le Service de l'Accueil Familial d'un questionnaire annuel concernant l'utilisation de l'album de vie par les assistants familiaux

## Fiche-action n°12 : Adapter l'offre en établissements aux profils des publics et renforcer la régulation du dispositif

### Eléments de diagnostic

- Des réponses en établissement aujourd'hui peu adaptées à certains publics adolescents : jeunes en fugue permanente, jeunes déscolarisés, jeunes présentant des troubles du comportement
- Un public adolescent d'ailleurs très représenté parmi les enfants confiés à l'ASE des Bouches-du Rhône et des difficultés importantes rencontrées par la DIMEF pour orienter ce public
- Des admissions en établissement qui reposent aujourd'hui largement sur des réseaux informels (connaissances interpersonnelles) et qui peuvent être génératrices de tensions entre les MECS et les équipes Enfance-Famille, dans un contexte de saturation des places d'accueil.
  - Des projets d'établissement dont la spécificité n'est pas toujours bien prise en compte par les professionnels chargés d'orienter les mineurs confiés à l'ASE, malgré les outils existants (guide des établissements, logiciel SAHIB).
  - Parallèlement, un manque de lisibilité pour les équipes du Département sur les critères d'admission en établissement et les motifs des refus d'admission

### Objectifs opérationnels

- Faciliter les orientations en MECS suite à un accueil en urgence et apporter une réponse à la saturation du dispositif d'accueil
- Apporter des réponses plus adaptées au public des adolescents dits difficiles
- Fluidifier les relations de travail entre les établissements habilités et les équipes Enfance-Famille

### Déclinaisons opérationnelles

#### **Action 1 : Adapter l'offre d'accueil en établissement au public adolescent**

- Accompagner l'ouverture de lieux de vie et d'accueil (LVA) au sein du département : favoriser l'ouverture de lieux en dehors de l'agglomération marseillaise, proposant une spécificité de prise en charge autour de l'adolescence (ex. prise en compte des problématiques de comportement, accompagnement des jeunes déscolarisés,...)
- Redéployer l'offre d'accueil départementale vers de petites unités de vie pour adolescents dans le cadre des habilitations actuelles
- Développer l'accueil de jeunes majeurs dans des FJT et CHRS
- Favoriser la formation des travailleurs sociaux des MECS et des équipes Enfance-Famille sur la prise en compte de la violence et des troubles du comportement

#### **Action 2 : Améliorer la communication et l'articulation entre les structures d'accueil et les équipes du Département**

- Réguler les admissions en établissement. Parmi les options à envisager :
  - la création d'une plateforme centralisée de régulation des admissions pour les mineurs sans solution d'accueil,
  - la mise en place de commissions territoriales d'étude des situations difficiles,
  - la mise en place d'un logiciel type UGO de gestion des places disponibles
- Renforcer les coopérations entre MECS : élargir et institutionnaliser les possibilités de relais entre les établissements (ex. dispositifs type Serena, Relais Résados, Plateforme marseillaise inter établissements)

#### **Action 3 : Permettre aux enfants confiés à l'ASE et notamment lorsqu'ils sont accueillis en MECS**

**sans retour en famille le week-end de développer des liens affectifs à l'extérieur.**

- Poursuivre le développement du parrainage de proximité et le faire évoluer
- Favoriser le maintien des liens avec l'environnement élargi de l'enfant (au-delà des seuls détenteurs de l'autorité parentale)

**Indicateurs de suivi et d'évaluation**

- Durée moyenne de séjour des enfants et adolescents accueillis à la DIMEF
- Nombre de places en lieux de vie et d'accueil
- Nombre d'établissements ayant entrepris une redéfinition de leur projet de manière à mieux prendre en compte le public des adolescents
- Nombre de jeunes majeurs accueillis en FJT ou CHRS
- Définition d'un mode de régulation des admissions en établissement
- Nombre d'enfants ayant bénéficié d'un dispositif de parrainage de proximité

<b>Fiche-action n°13 : Moderniser le dialogue de gestion entre le Département et les établissements et services habilités à mettre en œuvre des missions d'aide sociale de l'enfance</b>	
<b>Eléments de diagnostic</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le dialogue de gestion : l'un des instruments de travail essentiel entre le Département et les établissements et services habilités à intervenir en protection de l'enfance</li> <li>• Un instrument aujourd'hui encore insuffisamment structuré et outillé dans les Bouches-du-Rhône</li> </ul>	
<b>Objectifs opérationnels</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se doter d'outils permettant de rénover le dialogue de gestion entre le Département et les établissements et services médico-sociaux intervenant dans le champ de la protection de l'enfance</li> <li>• Assurer, à travers ces outils, la mise en œuvre d'une politique de tarification en cohérence avec les orientations de politiques publiques retenues par le Département</li> <li>• S'inscrire dans la démarche globale de rationalisation des dépenses sociales engagée par le Département</li> </ul>	
<b>Déclinaisons opérationnelles</b>	
<p><b>Action 1 Rénover les outils du dialogue de gestion avec les établissements et services médico-sociaux intervenant dans le champ de la protection de l'enfance</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se doter d'indicateurs permettant de mieux mesurer les facteurs impactant les coûts des établissements et services habilités et d'analyser les écarts existants entre opérateurs</li> <li>• Tenir compte, à travers ces outils, de la spécificité de chacun des établissements et services. (Ex. spécificité du projet d'établissement ou de service, situation géographique de l'établissement ou du service, etc.)</li> </ul> <p><b>Action 2 : Engager, à l'aide de ces outils rénovés, un travail de correction des écarts</b>, tout en veillant à tenir compte de la spécificité des établissements et services, de leur projet et des orientations de politiques publiques retenues par le Département</p>	
<b>Indicateurs de suivi et d'évaluation</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Définition d'indicateurs permettant de mieux analyser les facteurs impactant les coûts des établissements et services médico-sociaux</li> <li>• Limitation des écarts de coûts entre opérateurs</li> </ul>	



*Poursuivre la rénovation des outils et des pratiques dans la mise en œuvre des missions de protection de l'enfance*

**Objectifs stratégiques :**

- Renforcer la participation des bénéficiaires à l'élaboration et à la mise en œuvre de leur accompagnement, pour plus de pertinence et d'efficacité des suivis
- Clarifier et harmoniser les modalités d'exercice de la fonction de référent socio-éducatif
- Tirer toute la plus-value des outils à disposition des professionnels pour observer le lien parents enfants

**Fiches actions :**

- Fiche-action n°14 : Généraliser l'utilisation du Projet pour l'enfant (PPE)
- Fiche-action n°15 : Rénover la référence des mesures d'aide sociale à l'enfance
- Fiche-action n°16 : Revisiter les modalités de mise en œuvre des droits de visite médiatisées et en présence un tiers

**Fiche-action n°14 : Généraliser l'utilisation du Projet pour l'enfant (PPE)**

**Éléments de diagnostic**

- Un projet pour l'enfant aujourd'hui mobilisé de façon hétérogène selon les MDS. Le document n'est pas utilisé dans certaines. Sur d'autres territoires, le PPE est utilisé mais les objectifs formulés sont très généraux et le projet est peu évolutif (le PPE n'est pas repris pour réaliser un bilan des objectifs). Les objectifs concernent par ailleurs beaucoup l'enfant et très peu les parents
- Des professionnels peu à l'aise avec la trame actuelle de Projet pour l'enfant, qu'ils estiment répétitive et insuffisamment centrée sur les objectifs d'accompagnement
- Un outil qui interroge les pratiques professionnelles (positionnement vis-à-vis de la famille, culture de l'écrit, fonctionnement sur un mode « projet ») et dont la mise en œuvre nécessite donc d'être accompagnée
- Un document à articuler avec les outils mis en place au sein des établissements et services dans le cadre de la loi 2002-2 afin d'éviter le risque d'« empilement » et de confusion pour les familles

**Objectifs opérationnels**

- Elaborer et suivre, pour chaque situation suivie au titre de l'aide sociale à l'enfance, un Projet pour l'enfant, de manière à :
  - Définir des objectifs d'accompagnement précis, des moyens associés et des échéances.
  - Associer les parents, le mineurs, le référent Enfance-Famille, l'assistant familial et le service/établissement exerçant la mesure à la définition de ces objectifs. Définir le rôle de chacun d'entre eux dans la réalisation de ces objectifs.
  - Faire un bilan régulier de l'évolution de la situation au regard des objectifs fixés et interroger ainsi la pertinence du maintien de la mesure ou de ses modalités d'exercice.

**Déclinaisons opérationnelles**

**Action 1 : Ajuster le support et la méthode d'élaboration du Projet pour l'enfant (PPE)**

- Ajuster le support d'élaboration du Projet pour l'enfant :
  - Recentrer l'outil sur les objectifs d'accompagnement de l'enfant et de la famille, les moyens et les échéances associés
  - Prévoir un espace pour la signature de l'enfant
- Harmoniser les modalités d'élaboration et de suivi du Projet pour l'enfant (PPE) :
  - Mettre en place de façon systématique une phase préliminaire de recueil des attentes et des besoins des usagers
  - Prévoir une articulation avec le DIPC dans les services et établissements habilités. (Ex. élaboration du document à l'occasion d'une synthèse commune)
  - Utiliser systématiquement le Projet pour l'enfant au cours des synthèses afin de faire le bilan des objectifs
  - Repositionner l'inspecteur Enfance-Famille comme garant d'une mobilisation pertinente de cet outil

**Action 2 : Accompagner la mise en œuvre du Projet pour l'enfant (PPE) auprès des équipes de manière à généraliser son utilisation à l'ensemble des mesures**

- Sensibiliser les équipes à la mise en œuvre de cet outil et au travail autour de la notion de projet
  - Prévoir la formation des équipes à l'utilisation de cet outil et accompagner sa mise en œuvre d'une réflexion sur les pratiques professionnelles en matière de positionnement vis-à-vis des familles (quel positionnement du travailleur social vis-à-vis des familles ? est-on dans une mission de contrôle ou d'accompagnement ?)

**Indicateurs de suivi et d'évaluation**

- Ajustement du support et de la méthode d'élaboration du Projet pour l'enfant
- Nombre de projets pour l'enfant signés
- Nombre de projets pour l'enfant ayant fait l'objet d'une actualisation

<b>Fiche-action n°15 : Rénover la référence des mesures d'aide sociale à l'enfance</b>
<b>Eléments de diagnostic</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Des écarts de pratiques importants d'une MDS à une autre sur l'organisation de la référence socio-éducative et bien souvent une intervention tardive du référent</li> <li>• Une difficulté rencontrée par les équipes enfance famille à avoir une vision globale des ressources existantes dans le champ de l'insertion, du logement, etc. Par conséquent, les aspects connexes aux problématiques éducatives peuvent parfois être passés au second plan, s'il n'y a pas de demande formulée par la famille. Ces constats s'appliquent pour les mesures à domicile, comme pour les mesures de placement.</li> </ul>
<b>Objectifs opérationnels</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Faire intervenir immédiatement le référent</li> <li>• Harmoniser les pratiques en matière de suivi des mesures d'aide sociale à l'enfance</li> <li>• Assurer la prise en compte effective des problématiques connexes aux difficultés éducatives (précarité, logement,...) dans le cadre des mesures d'aide sociale à l'enfance</li> </ul>
<b>Déclinaisons opérationnelles</b>
<p><b>Action 1 : Clarifier les modalités d'exercice de la référence socio-éducative pour chaque mesure d'aide sociale à l'enfance</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Réaffirmer le principe de l'immédiateté de l'intervention du référent</li> <li>• Préciser les rôles respectifs de l'inspecteur Enfance-Famille, de l'adjoint et des équipes enfance famille, PMI et cohésion sociale et des services établissements habilités dans le cadre des différentes mesures d'aide sociale à l'enfance : AEA, AED, AEMO, PAD, AP, placement judiciaire.</li> <li>• Parmi les points à clarifier :             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ La mise en œuvre du suivi social des familles, l'accès aux droits</li> <li>○ L'organisation des droits de visite médiatisés ou en présence d'un tiers</li> <li>○ L'organisation de la continuité du suivi en fin de mesure</li> <li>○ L'articulation de l'organisation de la référence avec le Projet pour l'enfant</li> </ul> </li> </ul> <p><b>Action 2 : Favoriser une approche globale des situations et garantir notamment la mise en œuvre d'un suivi social de qualité des familles</b></p>
<b>Indicateurs de suivi et d'évaluation</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Clarification des modalités d'exercice de la référence socio-éducative</li> <li>• Délai de nomination du référent socio-éducatif</li> </ul>

<b>Fiche-action n°16 : Revisiter les modalités de mise en œuvre des droits de visite médiatisée et en présence un tiers</b>	
<b>Eléments de diagnostic</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Des droits de visites en présence d'un tiers ou médiatisées de plus en plus fréquemment décidés par les juges des enfants qui sont bien souvent demandés par les équipes</li> <li>• Un outil important pour observer le lien parents-enfants. Toutefois des difficultés importantes de mise en œuvre des décisions judiciaires: saturation des services externalisés avec lesquels les modalités de communication sont complexes, insuffisante formation des équipes enfance famille à la mise en œuvre de ces visites, caractère flou des objectifs suivis,...</li> </ul>	
<b>Objectifs opérationnels</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mener une réflexion de fond sur l'exercice du droit de visite et sortie ainsi que sa déclinaison médiatisée</li> <li>• Faciliter la mise en œuvre des décisions judiciaires relatives aux droits de visites médiatisées et en présence d'un tiers</li> <li>• Mobiliser les droits de visite en présence d'un tiers comme un outil d'observation du lien parents enfants au caractère évolutif</li> </ul>	
<b>Déclinaisons opérationnelles</b>	
<p><b>Action 1 : Construire un référentiel départemental relatif à la mise en œuvre des visites médiatisées et en présence d'un tiers</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Repartir des travaux menés dans le cadre du groupe de travail dédié aux droits de visite pour élaborer et diffuser un document départemental.</li> <li>• Clarifier en particulier les points suivants :                             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ La distinction entre visites médiatisées et visites en présence d'un tiers: objectifs, modalités de mise en œuvre (lieu et professionnel pertinent, positionnement du professionnel, ...)</li> <li>○ Les modalités de communication entre les équipes enfance famille et les services externalisés : quelles possibilités de retour sur le déroulement des droits de visite ?</li> <li>○ L'organisation des accompagnements (transports)</li> <li>○ L'évaluation des modalités de réalisation des droits de visite (présence ou non d'un tiers, ...)</li> </ul> </li> </ul> <p><b>Action 2 : Identifier les moyens nécessaires à la mise en œuvre des droits de visites médiatisés ou en présence d'un tiers selon les modalités définies dans le référentiel</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les points suivants devront faire l'objet d'une réflexion :                             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ La formation des équipes à la mise en œuvre des droits de visite en présence d'un tiers et/ou médiatisés</li> <li>○ L'implication des MECS dans la mise en œuvre des droits de visites en présence d'un tiers (en tenant compte de l'importance de préserver le lieu de vie de l'enfant)</li> </ul> </li> </ul>	
<b>Indicateurs de suivi et d'évaluation</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elaboration et diffusion du référentiel départemental relatif à la mise en œuvre des visites médiatisées ou en présence d'un tiers</li> <li>• Nombre de visites médiatisées, nombre de visites en présence d'un tiers et délai de mise en œuvre des décisions judiciaires</li> </ul>	



## Orientation n°4 : Renforcer la continuité et la cohérence des parcours en protection de l'enfance, ainsi que le pilotage du dispositif départemental

Les principes de cohérence et de continuité des accompagnements mis en place pour l'enfant et sa famille font écho aux grandes orientations de la loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance.

Ces principes prennent une importance particulière, dans un contexte où les acteurs font état d'une tendance à la complexification des profils des publics suivis dans le cadre de la protection de l'enfance, dont les problématiques présentent souvent un caractère multidimensionnel. **L'amélioration de l'accompagnement de ces jeunes dont les problématiques sont au croisement des champs d'intervention des différents partenaires** (soin, social, handicap, scolarité, justice, insertion) constitue l'un des défis du nouveau schéma départemental.

Le renforcement de la continuité des parcours des publics suivis au titre de la protection de l'enfance suppose également que **la sortie du dispositif puisse être préparée et anticipée**. Le nouveau schéma entend ainsi limiter les ruptures de parcours des enfants et des jeunes confiés à l'aide sociale à l'enfance, non seulement durant leur prise en charge mais également à la sortie du dispositif de protection de l'enfance. La **poursuite du déploiement de projets transversaux** entre les différentes directions du département constitue pour cela un axe essentiel du nouveau schéma.

### Objectifs stratégiques :

- Limiter les ruptures de parcours des enfants et des jeunes confiés à l'aide sociale à l'enfance, durant leur prise en charge
- Préparer les jeunes à la sortie du dispositif de protection de l'enfance
- Améliorer le suivi médical et renforcer la continuité du parcours de soin des enfants confiés à l'ASE
- Faire de la scolarité des enfants et les jeunes confiés un axe essentiel de la prise en charge
- Créer les conditions d'un échange partenarial favorable à l'élaboration de prises en charge croisées lorsqu'elles sont nécessaires

### Fiches actions :

- Fiche-action n°17 : Mieux accompagner les jeunes présentant des profils complexes, au croisement des champs d'intervention de plusieurs partenaires
- Fiche-action n°18 : Poursuivre la formalisation du suivi médical des enfants confiés à l'ASE
- Fiche-action n°19 : Accompagner et développer la réussite scolaire pour les enfants et les jeunes confiés à l'ASE
- Fiche-action n°20 : Mieux anticiper et préparer la sortie du dispositif d'aide sociale à l'enfance
- Fiche-action n°21 : Poursuivre le déploiement des projets transversaux en interne au Département et avec les partenaires

## Fiche-action n°17 : Mieux accompagner les jeunes présentant des profils complexes, au croisement des champs d'intervention de plusieurs partenaires

### Eléments de diagnostic

- Une difficulté à accompagner de façon satisfaisante les jeunes dont les problématiques sont au croisement des champs d'intervention des différents partenaires : soin, social, handicap, scolarité, justice. Une tendance des institutions « à se renvoyer la balle », des montages qui ont du mal à être maintenus
- Le développement progressif d'espaces d'échanges autour de ces situations : commission des cas critiques portée par la MDPH, synthèses avec la MDA, cellule de veille adolescents très vulnérables, plateformes marseillaise et aixoise inter établissements

### Objectifs opérationnels

- Mieux connaître les jeunes présentant des profils complexes de manière à prévenir et accompagner ces situations
- Favoriser la coopération des différents acteurs et institutions autour des situations complexes

### Déclinaisons opérationnelles

#### **Action 1 : Proposer des modes et lieux de prise en charge globale, permettant la rencontre des différents champs (socio-éducatif, soin, médico-social, justice, scolarité)**

- Proposer des modes de prise en charge intermédiaires, mêlant les différents champs d'intervention :
  - Concrétiser le projet de « pool d'assistants familiaux spécialisés » autour de l'accueil des enfants présentant des troubles du comportement et mentaux. Formation spécifique des assistants familiaux et soutien d'un plateau technique (SAF, MDA, unité adolescents du CMPP, protocole de crise avec les structures hospitalières)
  - Renforcer le soutien des assistants familiaux dans le cadre de l'accueil des jeunes présentant des profils complexes avec l'appui de la MDA
  - Diversifier les métiers au sein des MECS (AMP, CESF, EJE...)
  - Renforcer les collaborations avec les partenaires sanitaires (CMPP, MDA, CAMSP, hôpitaux et hôpitaux de jour...) et l'Education nationale (dispositifs adaptés)
- Proposer un ou plusieurs lieux de prise en charge globalisée permettant un suivi de longue durée pour les situations les plus complexes au sein de MECS avec une articulation formalisée avec le secteur sanitaire (CMP, MDA,...) et l'Education nationale
  - Un nombre de place limité et une scolarisation interne à prévoir
  - Des financements croisés à envisager

#### **Action 2 : Renforcer l'expertise des acteurs sur l'accompagnement des jeunes présentant des profils complexes**

- Favoriser les travaux de recherches sur les situations dites complexes :
  - Mener une étude permettant, à travers des données factuelles et une méthode scientifique construite de façon pluri partenariale, de mieux connaître ces publics et de construire des modes d'accompagnement adaptés.
  - Envisager un pilotage par l'ODPE et un partenariat avec l'enseignement supérieur.
- Développer une expertise commune autour des situations complexes à travers des espaces de rencontre et des temps de formation partagée.

- Ex. de pratiques existantes à poursuivre ou à développer : séminaire pédopsychiatrie-justice, séminaire « santé » à destination des assistants familiaux.

**Action 3 : Mettre en place des actions de formation et d'accompagnement des pratiques interinstitutionnelles relatives à la prise en charge de jeunes présentant des profils complexes**

- Faire un état des lieux des formations réalisées par les professionnels et analyser leur contenu
- Développer des formations sur des programmes de formation spécifique (communication non violente, gestion des émotions, discipline positive...)
- Se rapprocher de l'ONPE, d'autres départements et services d'aide sociale à l'enfance afin d'identifier de nouveaux outils permettant de faire évoluer les pratiques

**Action 4 : Renforcer l'articulation entre les acteurs des champs délinquance et de la protection de l'enfance**

- Travailler en collaboration avec la Protection judiciaire de la jeunesse sur la prise en charge conjointe de ces mineurs qui relèvent de la Protection de l'Enfance et de la Justice

**Indicateurs de suivi et d'évaluation**

- Nombre de lieux de prise en charge globalisée (dont assistants familiaux spécialisés)
- Taux de notification MDPH parmi la population Ase : systématisation de cet indicateur dans GENESIS
- Réalisation d'une étude sur les jeunes présentant des profils complexes
- Nombre d'espaces de rencontre entre professionnels des secteurs social, médico-social, sanitaire et de la justice
- Evolution des contenus des formations
- Nombre de formations interinstitutionnelles réalisées et public concerné



<b>Fiche-action n°18 : Poursuivre la formalisation du suivi médical des enfants confiés à l'ASE</b>
<b>Eléments de diagnostic</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Une organisation hétérogène du suivi de la santé des enfants confiés selon les MDS :               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Un relatif flou quant à la place des médecins de PMI, en particulier s'agissant des enfants de plus de 6 ans et des enfants confiés en MECS. Un regard spécifique du médecin de PMI, portant sur la globalité de la situation.</li> <li>○ Une hétérogénéité également importante selon les MECS dans l'organisation du suivi de la santé des enfants confiés.</li> </ul> </li> <li>• La spécificité de l'accueil d'urgence à prendre en compte s'agissant du suivi de la santé des enfants confiés : un mode de placement particulier qui suppose la mise en place d'un dispositif spécifique en matière de santé, en dehors du recours au droit commun</li> </ul>
<b>Objectifs opérationnels</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Exploiter les données issues des travaux de recherche en cours (ESSPER-ASE, étude MDPH, étude anthropologique...)</li> <li>• Assurer la mise en œuvre effective des bilans de santé des enfants confiés à l'ASE, quel que soit leur mode de prise en charge</li> <li>• Garantir la traçabilité des informations relatives au suivi médical des enfants confiés à l'ASE, dans le respect des règles relatives au secret professionnel et médical</li> <li>• Mieux garantir le respect des droits des détenteurs de l'autorité parentale dans le domaine de la santé et utiliser la santé comme un levier de mobilisation des familles</li> </ul>
<b>Déclinaisons opérationnelles</b>
<p><b>Action 1 : Mettre en œuvre le protocole départemental finalisé relatif à l'organisation du suivi de la santé des enfants confiés à l'ASE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Définir les différentes étapes du parcours de soin des mineurs confiés à l'ASE (bilan d'admission, bilan annuel,...) pour l'ensemble des modes de prise en charge (MECS dont placement et accompagnement à domicile, LVA, accueil familial)</li> <li>• Définir de façon précise le rôle des médecins de PMI, en complémentarité avec le rôle des médecins référents des MECS et des assistants familiaux dans le suivi de la santé des enfants confiés. Réfléchir également à la place des puéricultrices de PMI pour les moins de 6 ans.</li> <li>• Définir les modes d'utilisation des outils permettant d'assurer la continuité du suivi de la santé : carnet de santé, dossier médical, fiche de liaison avec les structures hospitalières, outils de coordination médecins de PMI / médecins référents des MECS et des assistants familiaux, ...</li> <li>• Définir les modalités de tenue et d'archivage du dossier médical des enfants confiés à l'ASE</li> <li>• Définir la place des parents au sein de ce protocole : rappeler le cadre juridique relatif aux droits des détenteurs de l'autorité parentale dans le domaine médical (information, demandes d'autorisations, ...) et définir les modalités d'organisation du travail avec la famille dans le cadre du suivi de la santé</li> </ul> <p><b>Action 2 : Mieux organiser le suivi de la santé des enfants confiés au sein des MECS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Traiter de la question de l'organisation du suivi de la santé à l'occasion des démarches qualité</li> <li>• Prévoir dans le cadre des projets d'établissement l'identification d'un médecin référent pour chaque MECS (ex. médecins des maisons de santé,...), et permettre un accompagnement de ce médecin sur les spécificités du suivi des enfants confiés à l'ASE.</li> </ul>

**Action 3 : S'appuyer davantage sur les structures existantes pour mobiliser des compétences complémentaires**

- Faire le bilan des expérimentations menées avec les espaces santé jeunes et les structures apparentées sur la question du suivi de la santé des enfants confiés
- Renforcer la mobilisation de ressources complémentaires et renforcer le partenariat (ex. CAMSP, acteurs du champ des addictions, Espaces Santé Jeunes,...) afin que les jeunes en établissement puissent bénéficier des suivis nécessaires

**Action 4 : Porter des projets spécifiques issus des résultats des études menées sur la santé des enfants confiés à l'ASE, en particulier :**

- Enquête ESSPER-ASE13 menée en 2013 (ex. problématiques de surpoids, problèmes dentaires)
- Etude conjointe ASE/MDPH relative au lien handicap et protection de l'enfance : anticipation des relais vers les dispositifs adultes
- Etude anthropologique « adolescents difficiles » : mettre en œuvre certaines recommandations du rapport

**Indicateurs de suivi et d'évaluation**

- Finalisation et diffusion du protocole départemental relatif à l'organisation du suivi de la santé des enfants confiés à l'ASE
- Nombre de MECS au sein desquelles les modalités d'organisation du suivi de la santé des enfants fait l'objet d'une organisation définie ; nombre de MECS au sein desquelles un médecin référent est identifié
- Elaborer un outil de suivi global de la santé des enfants accueillis chez les assistants familiaux
- Définition des modalités de partenariat avec les espaces santé jeunes et les structures apparentées suite au bilan des expérimentations

<b>Fiche-action n°19 : Accompagner et développer la réussite scolaire pour les enfants et les jeunes confiés à l'ASE</b>	
<b>Eléments de diagnostic</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Une qualité aujourd'hui inégale du suivi de la scolarité des enfants confiés à l'aide sociale à l'enfance</li> <li>• La nécessité de mettre la scolarité au cœur des projets d'accompagnement</li> </ul>	
<b>Objectifs opérationnels</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mettre la réussite scolaire au cœur du Projet pour l'enfant</li> </ul>	
<b>Déclinaisons opérationnelles</b>	
<p><b>Action 1 : Mettre en place un état des lieux de la scolarité des enfants confiés à l'Aide sociale à l'enfance</b></p> <p>Faire apparaître dans la base de données du logiciel GENESIS la scolarité des enfants</p> <p><b>Action 2 : Créer une commission adossée à l'ODPE autour de la place de la scolarité</b> dans les prises en charge, des modalités d'accompagnement de l'élève, avec les établissements d'accueil, les assistants familiaux, les équipes Enfance-Famille et les Inspecteurs Enfance-Famille.</p> <p><b>Action 3 : Prévoir la désignation dans chaque MECS d'un professionnel responsable</b> du suivi scolaire et du soutien à la mise en œuvre « d'alliances éducatives » afin de favoriser la réussite scolaire et de prévenir le décrochage scolaire et la déscolarisation</p> <p><b>Action 4 : Elaborer des propositions partagées</b> avec l'Education nationale, les établissements d'accueil, les missions locales, CIO...).</p>	
<b>Indicateurs de suivi et d'évaluation</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre de dossiers d'enfants renseignés dans GENESIS concernant la scolarité et analyse des données</li> <li>• Création de la commission relative à la scolarité des enfants confiés à l'ASE</li> <li>• Nombre de MECS au sein desquelles un professionnel chargé du suivi scolaire a été désigné</li> </ul>	

<b>Fiche-action n°20 : Mieux anticiper et préparer la sortie du dispositif d'aide sociale à l'enfance</b>	
<b>Eléments de diagnostic</b>	
<ul style="list-style-type: none"><li>• La sortie du dispositif préparée trop tardivement dans un certain nombre de situations</li><li>• Un décalage entre le degré d'autonomie demandé aux jeunes adultes dans le cadre de dispositifs tels que les FJT et les CHRS d'une part et les modalités d'accompagnement en MECS et chez les assistants familiaux d'autre part</li><li>• Des incohérences de calendrier entre les dispositifs existants (ex. protection de l'enfance d'une part, handicap ou hébergement d'urgence d'autre part) pouvant générer des ruptures de parcours des adolescents et jeunes majeurs confiés à l'ASE</li></ul>	
<b>Objectifs opérationnels</b>	
<ul style="list-style-type: none"><li>• Renforcer les modalités d'accompagnement en MECS et chez les assistants familiaux permettant l'apprentissage de l'autonomie des adolescents et jeunes majeurs conformément aux dispositions de la loi du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant</li><li>• Renforcer l'activation le plus tôt possible des ressources existantes en faveur des jeunes adultes dans les champs de l'insertion, du logement et du soin</li></ul>	

Déclinaisons opérationnelles
<p><b>Action 1 : Anticiper l'arrivée à la majorité du jeune et la sortie du dispositif d'aide sociale à l'enfance</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Systématiser l'organisation d'un bilan pour chaque jeune dès 16 ans à l'occasion des réunions de synthèse ou des CARS, afin de définir les axes de travail de préparation à l'autonomie.</li> <li>• Prévoir la présence du jeune à ce bilan et des différents acteurs impliqués dans son accompagnement.</li> <li>• Prendre en compte les différentes facettes du suivi du jeune : insertion socio-professionnelle, logement, soin (ex. demande d'ouverture des droits, dossier MDPH,...)</li> <li>• Actualiser le Projet pour l'enfant à cette occasion.</li> </ul> <p><b>Action 2 : Accompagner les MECS et les assistants familiaux sur l'adaptation de leurs modalités de prise en charge, de manière à mieux prendre en compte l'accès à l'autonomie</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prévoir une sensibilisation sur la préparation à l'autonomie dans la cadre du cursus de formation des assistants familiaux</li> <li>• Faire évoluer les modes de prises en charge en MECS, de manière à permettre plus de progressivité vers le passage à l'autonomie (diversification des modes de prise en charge et d'hébergement, meilleure connaissance des ressources en faveur des jeunes adultes dans le champ du droit commun,...)</li> </ul> <p><b>Action 3 : Renforcer et structurer les passerelles entre le champ de la protection de l'enfance et les acteurs des champs de l'insertion, du logement et du soin en faveur des jeunes adultes</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Organiser un rapprochement à un niveau institutionnel entre le Département et les acteurs du champ de l'insertion et la formation : logement (résidences sociales jeunes, bailleurs sociaux, ...), emploi et formation (Conseil régional, missions locales, fédérations, ...)</li> <li>• En interne aux MDS, renforcer l'articulation Enfance-Famille et Cohésion Sociale autour de la préparation à la sortie du dispositif ASE</li> <li>• Favoriser la signature de conventions entre MECS/prévention spécialisée et acteurs du champ de l'insertion (FJT, CHRS,...) permettant de proposer des accompagnements communs sur un temps déterminé (logique de transition) selon des modes de financement déterminés</li> <li>• Renforcer l'appropriation du dispositif de la Garantie Jeunes</li> </ul>
Indicateurs de suivi et d'évaluation
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Systématisation du bilan à 16 ans permettant d'anticiper la sortie du dispositif</li> <li>• Nombre de majeurs connus de la MDPH et sortant du dispositif ASE pour lesquels une concertation pluri-partenaire a eu lieu entre 16 et 18 ans</li> <li>• Nombre de séances de sensibilisation ou formation sur la préparation à l'autonomie</li> <li>• Définition de modes de partenariat entre les acteurs de la protection de l'enfance et les acteurs des champs de l'insertion, du logement et du soin en faveur des jeunes adultes</li> </ul>

Fiche-action n°21 : Poursuivre le déploiement des projets transversaux en interne au Département et avec les partenaires	
Eléments de diagnostic	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Un déploiement de projets transversaux entre la Direction Enfance-Famille d'une part et la Direction de la Culture, la Direction Jeunesse et Sports, la Direction de l'Education et des Collèges ainsi que la Direction de l'Insertion d'autre part, de manière à mieux utiliser les outils mis à disposition par le Département.</li> <li>• La mise en place depuis 2007 du dispositif « Ensemble en Provence » qui vise à favoriser l'accès à la culture, à l'art, au sport et aux loisirs aux personnes qui en sont souvent les plus éloignées, et en particulier aux usagers du service public départemental.</li> <li>• Un soutien apporté par le Département à la Fondation du Camps des Milles, dont l'un des objectifs est le travail avec les professionnels et les jeunes autour des mécanismes amenant au rejet de l'autre pour mieux prévenir et faciliter l'intégration, en s'appuyant notamment sur le Site-Mémorial, ainsi que sur la mémoire et l'histoire de la Shoah. Il s'agit également d'inscrire les professionnels intervenant dans le champ de la protection de l'enfance dans un dispositif de labélisation citoyenne autour des discriminations, des extrémismes et de la radicalisation.</li> </ul>	
Objectifs opérationnels	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Permettre une meilleure connaissance et appropriation des outils portés par le Département en matière de culture, de sport et d'insertion par les différents acteurs et partenaires dans le domaine de la protection de l'enfance</li> </ul>	
Déclinaisons opérationnelles	
<p><b>Action 1 : Poursuivre et approfondir des projets développés avec les différentes directions du Département et les partenaires autour de la culture, de l'insertion professionnelle, de la santé et du logement.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Approfondir les passerelles entre la Direction Enfance Famille et la Direction de l'Insertion sur le volet emploi-formation</li> <li>• Sensibiliser les structures intervenant dans le champ de la prévention et la protection de l'enfance et leur personnel à l'art, à la culture et au sport comme leviers d'insertion sociale et professionnelle pour les jeunes suivis en lien avec le dispositif « Ensemble en Provence »</li> <li>• Etendre les actions transversales à d'autres secteurs d'activité (logement, santé...)</li> <li>• Mettre en place un circuit d'information pour les MDS et les différents professionnels intervenant en prévention et en protection de l'enfance</li> </ul> <p><b>Action 2 : Poursuivre le soutien apporté par le Département à la Fondation du Camps des Milles</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Favoriser un rapprochement entre le Camp des Milles et les acteurs de la protection de l'enfance, en particulier les MECS, afin de monter des actions en direction des personnels éducatifs et des jeunes confiés à l'Aide sociale à l'enfance autour des discriminations</li> </ul>	
Indicateurs de suivi et d'évaluation	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre d'actions transversales menées avec les autres directions du Département dans le champ de l'insertion, de la culture, du sport, du logement et de la santé</li> <li>• Nombre d'actions organisées en partenariat avec le Camps des Milles au bénéfice des personnels éducatifs et des jeunes confiés à l'ASE</li> </ul>	

## Glossaire

AAFP : Association de l'Aide Familiale Populaire

ADDAP : Association Départementale pour le Développement des Actions de Prévention

ADMR : Association d'Aide à Domicile en Milieu Rural

AEA : Action Educative Administrative

AEB : Aides Educatives Budgétaires

AED : Action éducative à domicile

AEF : Actions Educatives Formalisées

AEMO : Action éducative en milieu ouvert

AESF : Accompagnement en Economie Sociale et Familiale

AMFD : Association d'aides aux Mères et Familles à Domicile

AMP : Aide Médico-psychologique

AMPTA : Association Méditerranéenne de Prévention et de Traitement des Addictions

ANAMAFA : Association Nationale Assistants Maternels, Assistants et Assistants Familiaux

ANEF : Association Nationale d'entraide Féminine

ANPF : Association Nationale de Placements Familiaux

APFEL : Association Agir pour la Promotion de l'Accueil Familial au niveau européen

ARDEPAMF : Association Relais Départemental des Assistants Maternels et Familiaux

ARS : Agence Régionale de Santé

ASE : Aide Sociale à l'Enfance

ASV : Ateliers Santé Ville

CAF : Caisse d'Allocations Familiales

CAFC : Centre Associatif pour Famille en Crise

CAMSP : Centre d'Action Médico-Sociale Précoce

CASF : Code de l'Action Sociale et des Familles

CDSP : Comité Départemental de Soutien à la Parentalité

CeGIDD : Centre Gratuit d'Information, de Dépistage et de Diagnostic

CEIP : Commission d'Evaluation des Informations Préoccupantes

CESF : Conseiller en Economie Sociale et Familiale

CHRS : Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale

CIO : Centre d'Information et d'Orientation

CLAS : Contrat Local d'Accompagnement à la Scolarité

CLSPD : Conseils locaux de sécurité et de prévention de la délinquance

CMPP : Centre Médico-Psycho-Pédagogique

CMU-C : Couverture Maladie Universelle Complémentaire

CODAJE : Commission Départementale D'Accueil des Jeunes Enfants

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CPEF : Centre de Planification, d'Education Familiale

CPTS : Communautés Professionnelles Territoriales de Santé

CRIP : Cellule Départementale de Recueil, d'Evaluation et de Traitement des Informations Préoccupantes

CUCS : Contrat Urbain de Cohésion Sociale

D3P : Dispositif de Partenariat Périnatal et de Prévention

DDCS : Direction départementale de la cohésion sociale

DEF : Direction Enfance Famille

DIMEF : Direction des Maisons de l'Enfance et de la Famille

DIPC : Document Individuel de Prise en Charge

DMEF : Direction des Maisons de l'Enfance et de la Famille

DPMISP : Direction de la PMI et de la Santé Publique

EJE : Educateur de Jeunes Enfants

EPIS : Association d'Education Population, d'Insertion et de Sensibilisation

ESSPER-ASE : Etude de la Santé Somatique et Psychique des Enfants Relevant de l'ASE

FAJ : Fonds d'aide aux jeunes

FJT : Foyer Jeunes Travailleurs

IP : Information préoccupante

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

LAPE : Lieux d'Accueil Parents-Enfants

LVA : Lieu de Vie et d'Accueil

MASP : Mesures d'Aides Sociales Personnalisées

MDA : Maison Départementale des Adolescents

MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées

MDS : Maison Départementale de la Solidarité

MECS : Maison d'Enfants à Caractère Social

MIE : Mineur isolé étranger

MJAGBF : Mesures Judiciaires d'Aide à la Gestion du Budget Familial

MNA : Mineur non accompagné

MSA : Mutuelle Sociale Agricole

ODPE : Observatoire Départemental de la Protection de l'enfance

ONPE : Observatoire National de la Protection de l'Enfance

OPP : Ordonnance provisoire de placement

PAD : Placement et Accompagnement à Domicile

PJJ : Protection Judiciaire de la Jeunesse

PMI : Protection Maternelle et Infantile

PPE : Projet Pour l'Enfant

PRE : Programmes de Réussite Educative

REAAP : Réseau d'Ecoute, d'Appui et d'Accompagnement des Parents

RSA : Revenu de Solidarité Active

SAF : Service d'Accueil Familial

SAR : Service Accueil Rapatriement

SARO : Service de l'Adoption et de la Recherche des Origines

SMAPE : Service des Modes d'Accueil de la Petite Enfance

SPUE : Service des Procédures d'Urgence Enfance

SSIAT : Service de Soutien, Soins, d'Intervention et d'Accueil Temporaire pour les adolescents

TED : Troubles Envahissant du Développement

TGI : Tribunal de Grande Instance

TISF : Technicien d'Intervention Sociale et Familiale

TSA : Troubles du Spectre Autistique

UDAF : Union Départementale des Associations Familiales

VAD : Visite A Domicile

ZSP : Zone de Sécurité Prioritaire

ZUS : Zone Urbaine Sensible