



**Schéma départemental
de prévention et de protection
pour l'enfant, l'adolescent et la
famille**

2013 – 2017

AVANT-PROPOS

Le présent Schéma qui relève réglementairement de la compétence du Conseil général, trouve une expression politique majeure dans la loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance, le Président du Conseil général y apparaissant de manière affirmée, comme le chef de file à qui revient le pilotage du dispositif.

Ce document de programmation pour les cinq années à venir, se veut la traduction concrète de ce cap partagé avec de nombreux partenaires, au sein de comités de suivi et de pilotage efficaces.

Je les remercie vivement de cet investissement à nos côtés, qui conforte ainsi nos choix et permet d'impulser plus fortement de nouvelles dynamiques.

Pour cela, le Conseil général entend promouvoir une nouvelle place de la famille et impulser des postures d'intervention professionnelle qui la garantiront, en s'appuyant sur la richesse des compétences des acteurs de terrain.

C'est pourquoi, la redéfinition des modes de prévention et de coordination sur les territoires, la diversification des prestations, associée à une nouvelle approche des interventions, s'imposent dans l'intérêt des familles.

Le contenu de ce document de référence montre aussi combien l'ensemble des acteurs publics et associatifs reste à la recherche constante de la préservation de l'intérêt supérieur de l'enfant.

Décliné en cinq grands axes et vingt-six propositions d'actions, tant dans le domaine de la prévention que dans celui de la protection, il fixe l'objectif de soutenir les actions de prévention précoce en s'appuyant sur les acteurs institutionnels et le réseau d'acteurs locaux, de soutenir la fonction parentale par les interventions à domicile, d'améliorer la qualité du dispositif d'accueil, de mieux coordonner les prises en charges multiples, de mieux partager, mutualiser et renforcer les compétences des professionnels.

J'invite tous ceux qui participent à la mission de protection de l'enfance à s'approprier et faire vivre les valeurs dégagées et présentées dans les axes forts de ce Schéma.

Je tiens à assurer de ma reconnaissance tous les professionnels qui travaillent au quotidien à la protection de l'enfance et de la jeunesse de notre département.

Gérard ROCHE

Président du Conseil général
de la Haute-Loire

SOMMAIRE

Introduction	4
I- Le cadre légal du Schéma départemental de l'enfance.....	4
1) Le contenu du Schéma.....	4
2) Un contexte législatif en forte évolution.....	5
II- Les enjeux de la réforme de la protection de l'enfance.....	7
1) La place de la prévention réaffirmée.....	8
2) L'organisation du recueil des Informations Préoccupantes.....	8
3) Des modes de prise en charge diversifiés.....	9
III- La démarche d'élaboration du Schéma ailligérien.....	10
1) Un Schéma global et prospectif.....	10
2) Une démarche participative.....	10
3) Les instances de pilotage du Schéma.....	11
PARTIE 1	12
État des lieux.....	12
La photographie de la Haute-Loire et évaluation des actions	12
I- Photographie de la Haute-Loire.....	14
1) La situation démographique du département.....	14
a) L'évolution de la population.....	14
b) Les naissances.....	16
c) Les jeunes en Haute-Loire.....	18
2) La situation économique du département.....	19
a) L'emploi en Haute-Loire.....	20
b) La précarité des familles.....	21
II- Le deuxième Schéma 2007 - 2011.....	23
1. Le bilan.....	23
2. L'état des réalisations.....	23
3. L'action des services du département de 2007 à 2012, traits dominants.....	26
4. Le département et les actions de partenariat	39
5. Synthèse des groupes de travail	43
6. Approche budgétaire.....	44
PARTIE 2	46
I- Analyse du dispositif de protection de l'enfance et des propositions d'actions.....	47
Thématique 1 : Soutien à la parentalité.....	49
Thématique 2 : Repérage, traitement et évaluation des situations de danger.....	58
Thématique 3 : Amélioration des réponses aux besoins de l'enfant.....	61
Thématique 4 : Prise en charge des mineurs à problématiques complexes.....	70
Thématique 5 : Mise en œuvre et suivi du Schéma.....	75
II- Les objectifs et fiches actions.....	77
Remerciements	105
Abréviations	106

Introduction

I- Le cadre légal du Schéma départemental de l'enfance

L'élaboration du Schéma départemental de protection de l'enfance s'inscrit dans un cadre légal précis, organisé notamment par la loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale et la loi n°2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales.

1) Le contenu du Schéma

Le Département établit, tous les cinq ans, un Schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale, dont un volet est consacré à la protection de l'enfance.

Les objectifs du Schéma sont précisés par les articles L312-4 et L312-5 du Code de l'Action Sociale et des Familles :

- Apprécier la nature, le niveau et l'évolution des besoins sociaux et médico-sociaux de la population.
- Dresser le bilan quantitatif et qualitatif de l'offre sociale et médico-sociale existante.
- Déterminer 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 de services.
- Préciser le cadre de la coopération et de la coordination entre les établissements et services habilités par l'Aide Sociale à l'Enfance, la Protection Judiciaire de la Jeunesse, ou habilités conjointement, afin de satisfaire tout ou partie des besoins.
- Définir les critères d'évaluation des actions mises en œuvre dans le cadre du Schéma.

En application de l'article L 312-5 4° du CASF, le Président du Conseil général prend en compte les orientations fixées par le représentant de l'État dans le département, élabore le Schéma et le soumet à l'approbation du Conseil général.

Le Schéma est un document d'orientation et de planification en termes techniques, humains et sociaux, de la mise en œuvre de la politique départementale. Il constitue:

- Un outil pour le département, l'État et les organismes de protection sociale, pour l'exercice de leurs responsabilités respectives d'organisation, telles que la programmation, l'autorisation de création et l'habilitation, de contrôle au niveau de la tarification et de financement de l'aide sociale, de la prise en charge de la dépendance et des soins.
- Un document de référence pour les promoteurs de projets et les gestionnaires soucieux de contribuer à une prise en charge de qualité sur le département.

Le Schéma départemental est une démarche politique et stratégique. Il définit les orientations d'une politique de prévention et de protection de l'enfance, en plaçant l'usager, l'enfant et sa famille au cœur du dispositif. À partir des orientations stratégiques définies dans le Schéma, des objectifs opérationnels et des actions à développer sont définis, donnant lieu ensuite à une évaluation.

Le dispositif français de protection de l'enfance est double : Il confie l'intervention auprès des mineurs en difficulté à la fois au service de l'Aide Sociale à l'Enfance et au Juge des Enfants.

Le Code de l'Action Sociale et des Familles charge le service de l'Aide Sociale à l'Enfance, placé sous l'autorité du Président du Conseil général, de la protection administrative des mineurs en danger.

Celle-ci peut prendre différentes formes : suivi de l'enfant et de sa famille, aides matérielles ou financières, voire placement dans une famille d'accueil ou dans un établissement. La protection administrative requiert l'assentiment des intéressés. Les services de l'Aide Sociale à l'Enfance doivent en effet examiner avec le mineur toute décision le concernant et recueillir son avis. De plus, aucune mesure de protection administrative ne peut être mise en place sans l'accord des parents. Si celui-ci ne peut être obtenu, ou s'il apparaît impossible d'évaluer la situation de l'enfant, l'article L226-4 du C.A.S.F. prévoit que le Président du Conseil général avise sans délai le procureur de la République. En cas de besoin, le Juge des enfants peut ainsi prendre une mesure de protection judiciaire. Ce même code organise les modalités de mise en œuvre des décisions du Juge des enfants.

Les articles 375 et suivants du code civil organisent la protection judiciaire des enfants. Ils réservent celle-ci aux situations où « la santé, la sécurité, la moralité d'un mineur non émancipé sont en danger » et aux cas où « les conditions de son éducation ou de son développement physique, affectif, intellectuel et social sont gravement compromises ». Le Juge des enfants peut alors ordonner des mesures de protection de l'enfant, dites « mesures d'assistance éducative », qui peuvent aller jusqu'au placement s'il s'avère nécessaire de retirer le mineur de son milieu familial. Le Juge des enfants est généralement saisi par le ministère public, mais il peut aussi intervenir à la demande, conjointe ou non, des parents ainsi qu'à la requête de la personne ou du service à qui l'enfant a été confié, voire du mineur lui-même. Il peut également se saisir lui-même dans les cas exceptionnels. Selon l'article 375-1 du code civil, le juge doit « toujours s'efforcer de recueillir l'adhésion de la famille à la mesure envisagée et se prononcer en stricte considération de l'intérêt de l'enfant ».

Lorsqu'un mineur a fait l'objet d'une décision de placement judiciaire, le Juge des enfants peut confier la prise en charge éducative de celui-ci aux services de l'Aide Sociale à l'Enfance, de la Protection Judiciaire de la Jeunesse ou au secteur associatif habilité, voire à une personne privée de l'environnement familial.

2) Un contexte législatif en forte évolution

Les dernières années ont été riches en réformes législatives dans le domaine de la protection de l'enfance. Elles influencent toutes le travail d'élaboration du Schéma :

La loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale a cinq orientations principales:

1. Affiner et promouvoir les droits des bénéficiaires.
2. Élargir les missions de l'action sociale et diversifier la « nomenclature » des établissements, services et interventions.
3. Améliorer les procédures techniques de « pilotage » du dispositif.
4. Instaurer une réelle coordination entre les divers protagonistes.
5. Rénover le statut des établissements publics.

La loi n°2005-706 du 27 juin 2005 relative aux Assistants Maternels et aux Assistants Familiaux rénove un statut professionnel défini pour la première fois par la loi n°77-505 du 17 mai 1977 et réformé par la loi du n°92-642 du 12 juillet 1992.

Elle vise deux objectifs principaux :

1. Garantir une plus grande qualité des soins apportés aux enfants par une meilleure intégration professionnelle des accueillants, c'est-à-dire par une modification à la fois des conditions d'agrément, de la formation initiale et de l'accompagnement.

2. Améliorer le statut professionnel, en le faisant converger vers le droit commun par une redéfinition de la rémunération, une amélioration de la prise des congés et un encadrement du régime de la rupture du contrat de travail.

La loi du 27 juin 2005 consacre la reconnaissance de deux métiers distincts :

- Les Assistants Maternels, qui accueillent essentiellement à la journée, à leur domicile, des enfants confiés par les parents qui ont un besoin de garde.
- Les Assistants Familiaux, qui se voient confier, en permanent ou intermittent, des enfants en difficulté, placés majoritairement dans le cadre du dispositif de protection de l'enfance.

Les critères nationaux d'agrément sont fixés par le décret n°2006-1153 du 14 septembre 2006, en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2007. Outre la sécurité, la santé et l'épanouissement des jeunes enfants, les aptitudes éducatives du candidat et un examen médical sont nécessaires. L'instruction de la demande d'agrément adressée au Président du Conseil général comporte l'examen du dossier, un ou des entretiens avec le candidat et une ou plusieurs visites à son domicile.

La formation initiale des professionnels est renforcée, avec 120 heures pour les Assistants Maternels, au lieu de soixante jusque-là et 300 heures pour les Assistants Familiaux, au lieu de 120, dont soixante heures de stage préalables à l'accueil d'enfants dans les deux cas ; cet apprentissage peut permettre l'obtention d'une qualification. Une initiation aux gestes de premiers secours est également obligatoire. Un diplôme d'État d'Assistant Familial, accessible en formation initiale, ou par le biais de la Validation des Acquis de l'Expérience, ou V.A.E., est également créé.

Chaque Département doit mettre en place un projet de service de l'Aide Sociale à l'Enfance, destiné, entre autres, à mieux encadrer l'activité de placement familial et précisant les possibilités d'accueil d'urgence, les modalités de recrutement des Assistants Familiaux, l'organisation et le fonctionnement des équipes travaillant avec les AS.FAM.

La loi 2004-809 du 13 août 2004 désigne le Département comme chef de file de l'action sociale et lui donne mission de coordonner les actions sociales sur son territoire.

La loi n°2005-744 du 4 juillet 2005 portant réforme de l'adoption a pour but d'harmoniser les procédures d'adoption sur tout le territoire national et d'améliorer l'information des adoptants, notamment en créant l'Agence Française de l'Adoption, ou A.F.A.

L'agrément prend la forme d'un arrêté d'après le décret n°2006-1272 du 17 octobre 2006, assorti d'une notice précisant le projet d'adoption. Cette notice peut être révisée par le Président du Conseil général sur demande du candidat à l'adoption. L'agrément est délivré pour l'accueil d'un, ou de plusieurs enfants simultanément et est caduque à compter de l'arrivée au foyer d'au moins un enfant.

Le département a obligation de proposer aux candidats des réunions d'information pendant la période d'agrément. De même, il a obligation de proposer un entretien, au plus tard au terme de la deuxième année de validité de l'agrément (décret n°2006-981 du 1^{er} août 2006).

Le mineur placé en vue de l'adoption, ou adopté, bénéficie d'un accompagnement par le service de l'ASE, à compter de son arrivée au foyer de l'adoptant et jusqu'au prononcé de l'adoption plénière en France, ou jusqu'à la transcription du jugement étranger. Cet accompagnement est prolongé si l'adoptant le demande.

La mission de l'Agence Française de l'Adoption est d'informer, de conseiller et de servir d'intermédiaire pour l'adoption des mineurs étrangers de moins de quinze ans.

Elle est autorisée à intervenir comme intermédiaire à l'adoption, dans l'ensemble des départements.

Dans chaque département, le Président du Conseil général désigne, en son sein, au moins un correspondant départemental de l'A.F.A. La participation financière du C.G. est la mise à disposition de cet agent.

La loi n°2007-297 du 5 mars 2007 relative à la prévention de la délinquance introduit une mesure d'activité de jour, ordonnée par un magistrat dans le cadre pénal. Celle-ci est mise en œuvre par la Protection Judiciaire de la Jeunesse.

La loi n°2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance redéfinit les missions de l'Aide Sociale à l'Enfance, en affirmant la position d'autorité du Président du Conseil général, sa position centrale et le rôle subsidiaire de la justice, limité aux cas prévus par l'article L.226-4 du C.A.S.F. Elle affiche également trois objectifs :

- Améliorer la prévention.
- Organiser le recueil des Informations Préoccupantes, pour détecter plus tôt et traiter efficacement les situations de danger.
- Diversifier les modes de prise en charge afin de les adapter aux besoins de chaque enfant.

Elle pose les principes suivants :

- L'intérêt de l'enfant, qui doit prendre en compte ses besoins fondamentaux, physiques, intellectuels, sociaux et affectifs et le respect de ses droits.
- Le droit des parents à être respectés dans l'exercice de leurs responsabilités parentales, à être secondés par les pouvoirs publics lorsqu'ils ne peuvent assurer la protection de leurs enfants et à participer à toutes les prises de décision relatives au mineur.
- Le maintien de l'enfant dans sa famille, sans toutefois subordonner son intérêt à poursuivre à tout prix les liens avec les détenteurs de l'autorité parentale.

II- Les enjeux de la réforme de la protection de l'enfance

Sous l'impulsion de la loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance, de nouvelles exigences s'imposent et conduisent à reconsidérer les modalités d'intervention des acteurs de ce secteur.

Sur le terrain de la protection de l'enfance, les dernières années ont été marquées par l'incompréhension de l'opinion, des médias et des politiques devant la survenue d'un certain nombre d'affaires, telles qu'Outreau bien sûr, Le Mans, Angers, ... À chaque affaire, répond la création d'une commission, le mandat donné à une mission, ou un rapport officiel accompagné de préconisations. Les derniers rapports sont encore dans les têtes, tels que Naves, Roméo, De Broissia, Nogrix, Défenseur des Enfants, I.G.A.S., mission parlementaire sur la famille et les droits des enfants, ...

Ces affaires ont ainsi eu une double répercussion : d'une part, elles ont ému l'opinion publique et lui ont rappelé la nécessité d'une intervention sociale et / ou judiciaire; d'autre part, elles ont contribué à une remise en question en profondeur du dispositif existant.

Certes, par leur écho médiatique, elles ont eu tendance à éclipser le discret et quotidien travail de prévention et de protection opéré par de nombreux professionnels de terrain. Néanmoins, ces événements ont inévitablement contribué à susciter des interrogations, sur l'organisation des dispositifs et sur les pratiques en matière de protection de l'enfance.

Les différents travaux cités en amont ont tissé l'écheveau des innovations apportées par la nouvelle loi du 5 mars 2007.

Philippe BAS, alors Ministre délégué à la famille, promoteur de la loi du 5 mars 2007, déclarait vouloir : "mettre fin dans notre pays, aux situations encore si nombreuses où tant d'enfants souffrent en secret, en silence pendant des années sans que personne s'en aperçoive et leur vienne en aide".

Cette loi, se voulant une véritable refonte législative, est basée sur des principes d'unité, de cohérence et de lisibilité. Les grands axes de cette réforme sont :

- Clarifier le rôle des acteurs, avec le renforcement de celui du Département, qui devient la clé de voûte de la protection de l'enfance.
- Partager légalement des informations, avec la notion de secret partagé.
- Réformer les procédures, en particulier celle du signalement, clarifier l'évaluation de la gravité des risques ou du danger.
- Introduire le parcours de protection (protection administrative, puis judiciaire) permettant de privilégier les actions sociales administratives.
- Encourager l'éventail des réponses, en reconnaissant les formules intermédiaires.
- Développer les actions de prévention.

Elle vise à donner aux Conseils généraux de nouveaux moyens pour exercer cette responsabilité essentielle, en mettant en œuvre les trois objectifs prioritaires suivants : renforcer la prévention, organiser le recueil des Informations Préoccupantes et diversifier les actions et les modes de prise en charge des enfants.

1) La place de la prévention réaffirmée

Les actions de prévention des risques de danger pour l'enfant sont donc renforcées à plusieurs stades :

- Pendant la grossesse, l'entretien du quatrième mois sera proposé à toutes les femmes, afin de pouvoir détecter d'éventuelles difficultés, d'ordre psychologique ou social. Lorsqu'il fera apparaître la nécessité d'un suivi, celui-ci devra être proposé et assuré par les services de la Protection Maternelle et Infantile, plus communément appelée PMI
- A la maternité, les parents seront mis en contact avec la PMI. Au domicile des parents, une visite de ces services pourra être prévue dans les jours qui suivent la naissance de l'enfant, afin de leur apporter une aide à la parentalité. Cette visite sera automatique « lorsque les services de la maternité auront identifié des difficultés particulières pour la mère, ou pour la relation mère - enfant ».
- A l'école maternelle, pour tous les enfants de trois à quatre ans et à l'entrée en primaire, pour tous ceux de cinq à six ans, les bilans seront généralisés, afin de détecter des difficultés, ou des déficiences. En outre, des services sociaux seront implantés dans les écoles primaires, qui « en sont aujourd'hui souvent dépourvues ».

2) L'organisation du recueil des Informations Préoccupantes

Pour permettre une réaction fiable et rapide aux Informations Préoccupantes concernant la situation d'un mineur, la loi organise la procédure de signalement.

À cette fin, elle crée, dans chaque département, une cellule de signalement, composée de professionnels de la protection de l'enfance. L'objectif est de réunir toutes les informations permettant d'apprécier la situation dans sa globalité, de l'évaluer et de proposer des réponses de manière collégiale. La loi rend possible cette collégialité, en autorisant le partage d'informations entre professionnels du travail social et de la protection de l'enfance, habilités au secret professionnel.

La loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance complète l'architecture du dispositif d'observation, consacré à l'échelle nationale par la mise en place de l'O.N.E.D., en 2004 et par la création d'un Observatoire de la protection de l'enfance, dans chaque département. Elle confère à cet Observatoire une place stratégique dans la définition et le suivi des politiques locales de protection de l'enfance. En outre, elle confie au Président du Conseil général le soin de créer et d'animer l'Observatoire départemental, en y associant les acteurs locaux.

3) Des modes de prise en charge diversifiés

Enfin, la loi ouvre l'éventail des possibilités entre le maintien de l'enfant dans sa famille et le placement en établissement, ou en famille d'accueil : chaque mineur doit pouvoir bénéficier de la solution la plus adaptée à sa situation.

Ainsi, la loi permet des accueils ponctuels, ou périodiques, hors du toit familial, quand les moments de crise nécessitent la mise à distance de l'enfant.

Par ailleurs, l'accueil des enfants séparés de leurs parents sera amélioré. Chaque mineur faisant l'objet d'une mesure d'assistance éducative bénéficiera d'une évaluation globale

III- La démarche d'élaboration du Schéma altiligérien

1) Un Schéma global et prospectif

Le Schéma présente l'ensemble des orientations politiques du Conseil général, dans un domaine de plein exercice de ses compétences, mais dont l'efficacité d'action résulte d'une mise en œuvre coordonnée, avec différentes autres institutions. C'est à ce titre qu'ont été associés et le seront sur toute la durée du Schéma, d'autres établissements et organismes, partenaires directs ou indirects des actions menées.

Le Schéma de prévention et de protection pour l'enfant, l'adolescent et la famille 2013 - 2017 porte divers enjeux qui sont déterminants dans la mise en œuvre progressive de cette politique publique de prévention et de protection de l'enfance :

- **Un enjeu de politique publique** avec la poursuite et le renforcement d'une politique volontariste en matière de prévention.
- **Un enjeu de modernisation** des pratiques professionnelles et de qualité, au travers du travail en réseau et des actions collectives, une attention particulière à l'association des parents aux prises en charge en garantissant leurs droits et ceux de leurs enfants.
- **Un enjeu d'équipement** en équilibrant et territorialisant en Haute-Loire l'offre d'hébergement pour les enfants confiés à l'Aide Sociale à l'Enfance.
- **Un enjeu financier** en maîtrisant l'évolution des dépenses, tout en développant de nouvelles actions de prévention et en s'inscrivant résolument dans une volonté de développer les complémentarités avec les différents partenaires et institutions.
- **Un enjeu éthique** en plaçant l'usager au cœur de cette politique publique, usager « sujet d'aide » plus qu'« objet de mesure ».

2) Une démarche participative

En amont de la phase de diagnostic, plus de 600 questionnaires ont été envoyés aux multiples acteurs internes et externes.

Une méthode d'élaboration participative a ensuite été mise en place, dès septembre 2012. Elle avait pour finalité de permettre une implication de tous les professionnels de l'enfance, tout en impulsant une démarche pluripartenariale et pluriprofessionnelle, en vue de constituer un réseau de réflexion et d'échange, destiné à perdurer.

Les mois d'octobre, de novembre et de décembre 2012 furent, entre autre, rythmés par douze réunions de travail, associant les différents partenaires. Au total, elles ont approximativement réuni 200 participants.

La réflexion autour du Schéma a été marquée par les étapes majeures suivantes :

- Le **13 septembre 2012** : Lancement des travaux du Schéma avec la projection du film « Polisse » de Maïwenn, suivie d'un débat. L'objectif était de montrer le travail réalisé par tous les partenaires et professionnels collaborant au quotidien.
- Le **26 octobre 2012** : Troisième journée de protection de l'enfance en Haute-Loire, sur le thème « La protection de l'enfance depuis la loi du 5 mars 2007, parlons-en ».

Quatre rencontres ont été effectuées, fin janvier et début février, au sein de chaque Unité Territoriale. Des groupes de travail furent constitués, intégrant cadres et travailleurs sociaux, dans le but de réfléchir aux problématiques constatées sur le terrain.

Enfin, sept réunions ont eu lieu durant le mois de mars, afin que les acteurs de la protection de l'enfance contribuent à l'élaboration des fiches actions.

3) Les instances de pilotage du Schéma

Le Comité de Pilotage est l'instance décisionnelle en charge de la définition des axes et de la validation des travaux du Schéma.

Le Comité de Suivi constitue l'instance qui assure la coordination des groupes de travail et la synthèse des travaux.

Le pilote du Schéma est le garant de sa réalisation dans le calendrier fixé.

PARTIE 1

État des lieux

La photographie de la Haute-Loire et évaluation des actions

Afin d'obtenir un diagnostic le plus pertinent possible, la situation de la Haute-Loire doit être analysée, à la fois au regard de la situation nationale, régionale, mais également en comparaison d'un échantillon de départements limitrophes.

Pour ce faire, différentes données sont issues de l'I.N.S.E.E. ; en effet, l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques collecte, produit, analyse et diffuse des informations sur l'économie et la société française. Il assure également la coordination du service statistique public français et veille au respect du secret statistique.

Certains résultats décimaux ont, par conséquent, été arrondis à l'unité, ce qui peut expliquer des variations à plus ou moins un.

Prendre en compte les évolutions socio-démographiques est essentielle pour l'analyse du contexte altiligérien en protection de l'enfance. Les indicateurs de cohésion sociale sont aussi importants, car les conséquences de difficultés financières, de logement, d'emploi peuvent se répercuter sur toute la cellule familiale.

Introduction

La Haute-Loire est à la frontière de la Loire, de l'Ardèche, de la Lozère, du Cantal et du Puy-de-Dôme.

La Préfecture ailligérienne est au Puy-en-Velay, commune la plus peuplée, avec 18 810 habitants en 2009, d'après l'I.N.S.E.E. Deux Sous-Préfectures sont implantées à Brioude, qui compte 6 670 personnes et Yssingeaux, agglomération de 6 946 individus. Ces municipalités correspondent, en sus, aux trois arrondissements.

Le département est également subdivisé en 35 cantons et 260 communes.

À dominante rurale, la Haute-Loire est le second département le moins peuplé de la région.

On dénombre 44 888 Ailligériens de 65 ans et plus, en 2010. La part de cette classe d'âge reste sensiblement importante, avec plus de 20 %, signe que la Haute-Loire concentre une population relativement âgée. Ce taux reste toutefois inférieur à celui de l'Auvergne, qui est de 20,3 % ; en revanche, il dépasse, de plus de trois points, la moyenne nationale.



I- Photographie de la Haute-Loire

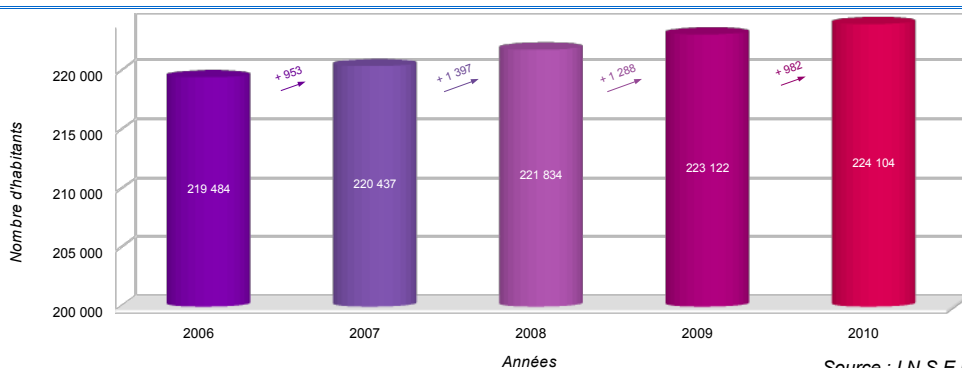
1) La situation démographique du département

a) L'évolution de la population

En 2010, la population altiligérienne est de 224 104 habitants, ce qui représente une hausse de 14 991 personnes depuis le recensement de 1999.

Avec environ 1100 individus de plus par an, soit 0,5 %, la Haute-Loire est le département auvergnat dont la population croît le plus rapidement. Voir illustration 2 ci-contre.

Illustration 2 : Population en Haute-Loire entre 2006 et 2010



Source : I.N.S.E.E.

En observant de plus près la répartition de la population selon l'U.T., on note que celle d'Yssingeaux est la plus peuplée, concentrant plus de 35 % des citoyens totaux. Voir illustration 3 ci-contre.

De surcroît, elle augmente rapidement, avec 2 702 Altiligériens supplémentaires en trois ans.

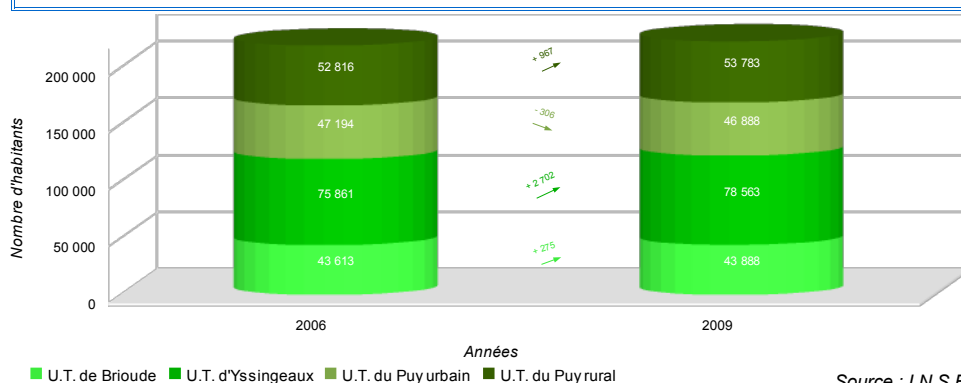
Seuls les habitants du Puy urbain régressent, plaçant cette partie du territoire en avant dernière position en terme de recensement.

La superficie de la Haute-Loire est de 4 977,14 km² ; ainsi, d'après l'I.N.S.E.E., la densité de population s'élève à 44,8 habitants au km² en 2009. Le département présente donc un taux inférieur à la moyenne régionale, qui est de 51,7.

L'illustration 4 ci-dessous expose bien les disparités altiligériennes ; on remarque trois zones principales comprenant une densité de population entre 100 et 1 600 individus au km². Celles-ci sont situées sur chaque Unité Territoriale, et plus précisément vers les villes de Brioude, du Puy-en-Velay et de Monistrol-sur-Loire.

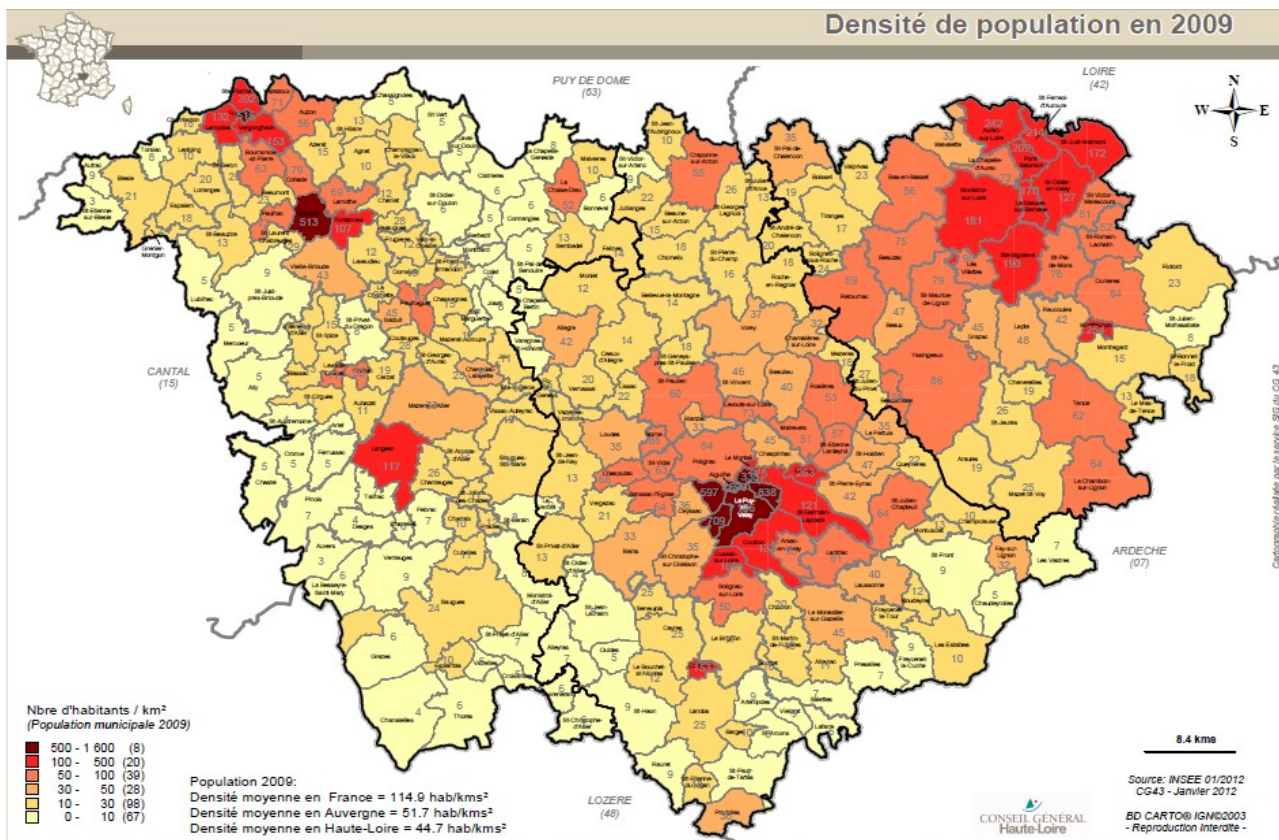
À contrario, certaines aires sont quasiment désertes, ne recensant qu'entre 0 et 10 personnes au km². Il s'agit principalement du Brivadois et des municipalités à la frontière de la Lozère et de l'Ardèche.

Illustration 3 : Population en Haute-Loire, selon l'U.T., entre 2006 et 2009



Source : I.N.S.E.E.

Illustration 4 : Densité de population en 2009



D'après l'I.N.S.E.E., une famille est la partie d'un ménage comprenant au moins deux personnes et constituée d'un couple marié, ou non, avec, le cas échéant ses enfants appartenant au même ménage.

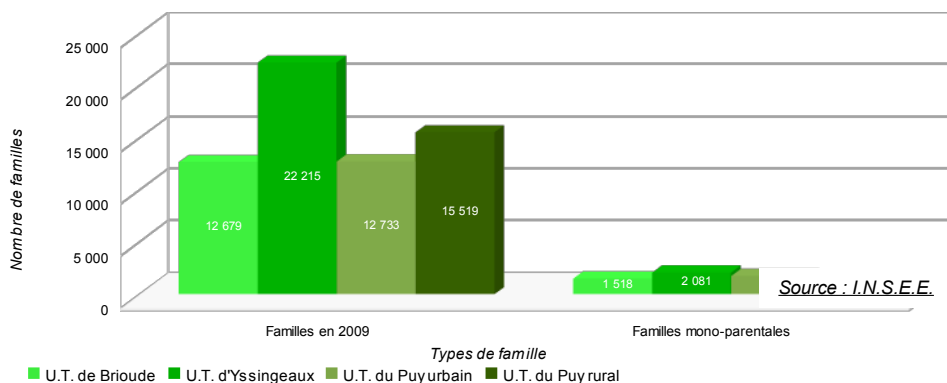
La majorité des familles est située dans l'Yssingelais. Voir *illustration 5 ci-contre*. Les U.T. de Brioude et du Puy urbain sont, quant à elles, les plus dépourvues de ce type de foyer.

Une famille mono-parentale comprend un parent isolé et un, ou plusieurs enfants célibataires, n'ayant eux-mêmes pas d'enfant.

Cette catégorie concerne principalement les habitants de l'U.T. d'Yssingeaux, avec presque 31 % du total, suivie par celle du Puy urbain, avec quasiment 26 %. On remarque donc que cette tendance touche davantage les urbains que les ruraux.

Illustration 5 : Familles mono-parentales en Haute-Loire, selon l'Unité Territoriale, en 2009

Familles monoparentales en Haute-Loire, selon l'U.T., en 2009



b) Les naissances

Le taux de fécondité est le rapport du nombre de naissances vivantes de l'année, à l'ensemble de la population féminine en âge de procréer. Pour ce calcul, on comptabilise le nombre moyen de femmes âgées de quinze à cinquante ans sur l'année.

De manière générale, on peut dire que les femmes de 25 à 34 ans représentent la catégorie ayant le plus fort taux de fécondité. Voir *illustration 6 ci-contre*. La Haute-Loire a d'ailleurs un pourcentage supérieur à celui de l'Auvergne et à celui de la France.

D'après l'I.N.S.E.E., l'indicateur conjoncturel de fécondité, ou somme des naissances réduites, mesure le nombre d'enfants qu'aurait une femme tout au long de sa vie, si les taux de fécondité observés l'année considérée, à chaque âge, demeuraient inchangés. Il traduit donc la capacité de la population à se renouveler à long terme. Pour l'obtenir, il faut additionner ces proportions par âge.

D'après *l'illustration 7 ci-dessous*, l'année 1999 connaît, de façon globale, le plus faible taux ; en revanche, 2005 et 2009 semblent être des périodes plus fertiles.

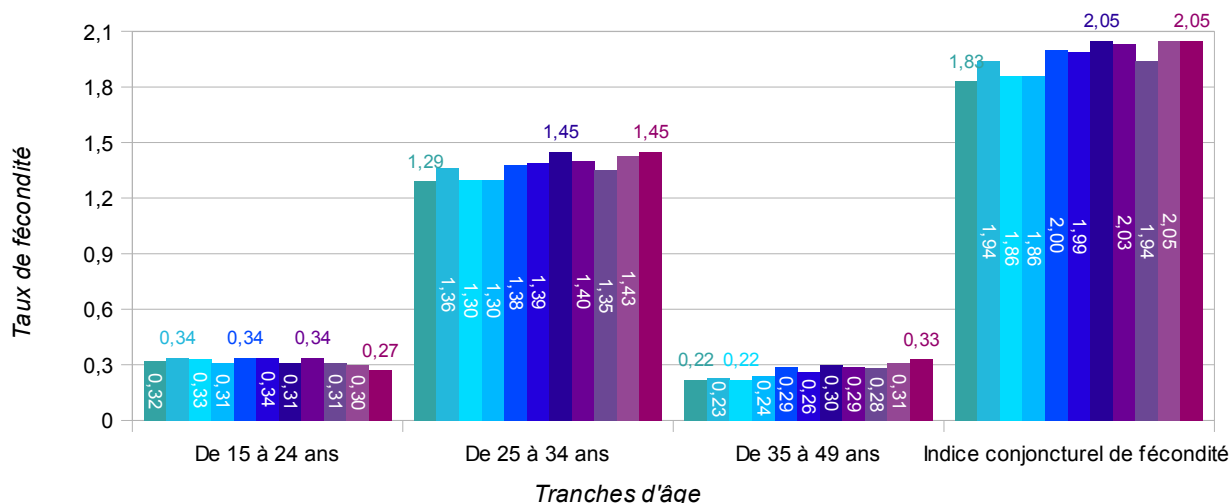
Le taux de fécondité est le plus élevé entre 25 et 34 ans, avec un maximum de 1,45 enfant par femme en 2005 et en 2009. À contrario, il est le plus faible entre 35 et 49 ans, avec un minimum à 0,22 en 1999 et en 2001.

Illustration 6 : Moyenne du taux de fécondité selon l'âge de la mère, entre 1999 et 2009

	Haute-Loire	Auvergne	France
De 15 à 24 ans	0,32	0,28	0,33
De 25 à 34 ans	1,37	1,19	1,26
De 35 à 49 ans	0,27	0,27	0,34
Indice conjoncturel de fécondité	1,96	1,74	1,92

Source : I.N.S.E.E.

Illustration 7 : Fécondité en Haute-Loire, selon l'âge de la mère, entre 1999 et 2009



■ Année 1999 ■ Année 2000 ■ Année 2001 ■ Année 2002 ■ Année 2003 ■ Année 2004 ■ Année 2005
 ■ Année 2006 ■ Année 2007 ■ Année 2008 ■ Année 2009

Source : I.N.S.E.E.

Toutefois, on note une évolution selon l'âge ; en effet, pour les femmes entre 15 et 24 ans, on constate une baisse du taux de fécondité. Cela peut s'expliquer car davantage de personnes utilisent des moyens de contraception, limitant ainsi les naissances non désirées, mais également car elles font de longues études.

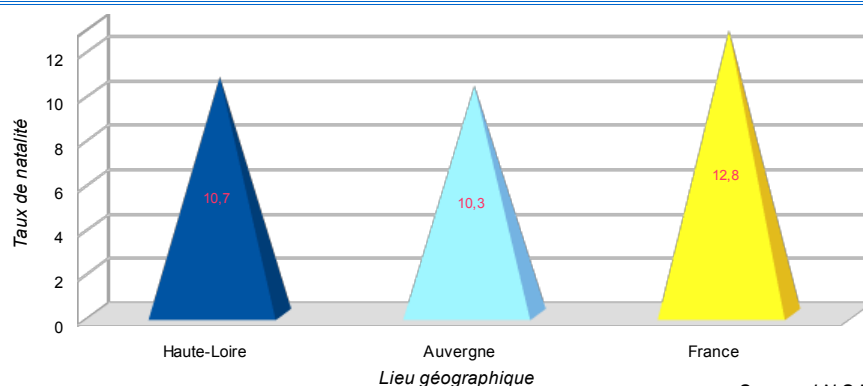
Pour les mères entre 25 et 34 ans, donc en activité professionnelle, on remarque une hausse significative de ce taux, à hauteur de 0,16 en l'espace de dix ans. Le travail féminin a conduit à l'élévation de l'âge de la maternité, qui est passé de 23,5 ans en 1974 à 29 ans en 2010. De surcroît, la politique familiale apporte un soutien aux familles, via l'existence de crèches, de la maternelle gratuite dès les trois ans de l'enfant et des allocations familiales.

Enfin, pour la tranche d'âge de 35 à 49 ans, le pourcentage a aussi augmenté entre 1999 et 2009. De plus en plus de femmes accouchent à quarante ans, ou ultérieurement ; en effet, cela concernait 2,2 % des mères en 1991 et près de 5 % en 2011.

Le taux de natalité est le rapport du nombre de naissances vivantes à la population totale moyenne de l'année.

Le département a la plus forte proportion d'Auvergne, à égalité avec le Puy-de-Dôme, soit 10,7; l'Allier et le Cantal avoisinent les 9. Toutefois, celui-ci reste inférieur de deux points à celui de la France, qui est de 12,8. Voir illustration 8 ci-contre.

Illustration 8 : Taux de natalité en ‰ en 2009

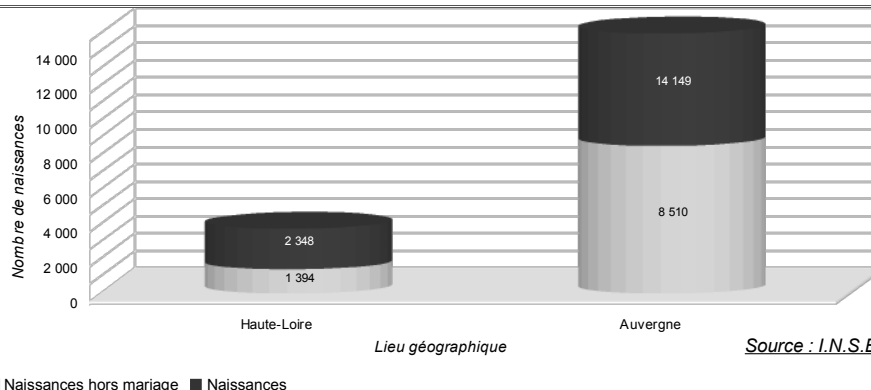


Source : I.N.S.E.E.

En observant l'illustration 9 ci-contre, on note que 60 % des naissances ailligériennes ont lieu hors mariage, tout comme c'est le cas pour la région. Cette proportion est supérieure à la moyenne nationale, qui est de 55 %.

On constate que les couples ne s'unissent plus autant qu'avant, même lors de l'arrivée d'un enfant. La notion de famille a donc évolué.

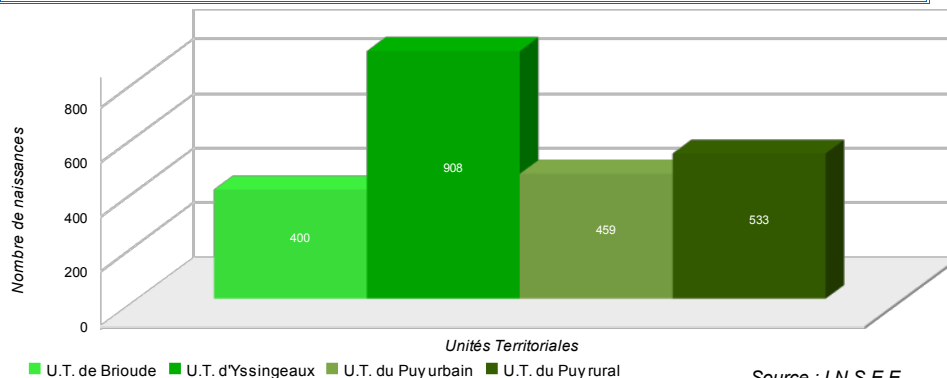
Illustration 9 : Naissances en 2010



Source : I.N.S.E.E.

Lorsque l'on s'intéresse de plus près à la répartition des naissances, on distingue clairement que l'U.T. d'Yssingeaux en compte 908 en 2011, soit quasiment deux fois plus que sur le reste de la Haute-Loire. Voir illustration 10 ci-contre.

Illustration 10 : Naissances domiciliées en Haute-Loire, selon l'Unité Territoriale, en 2011



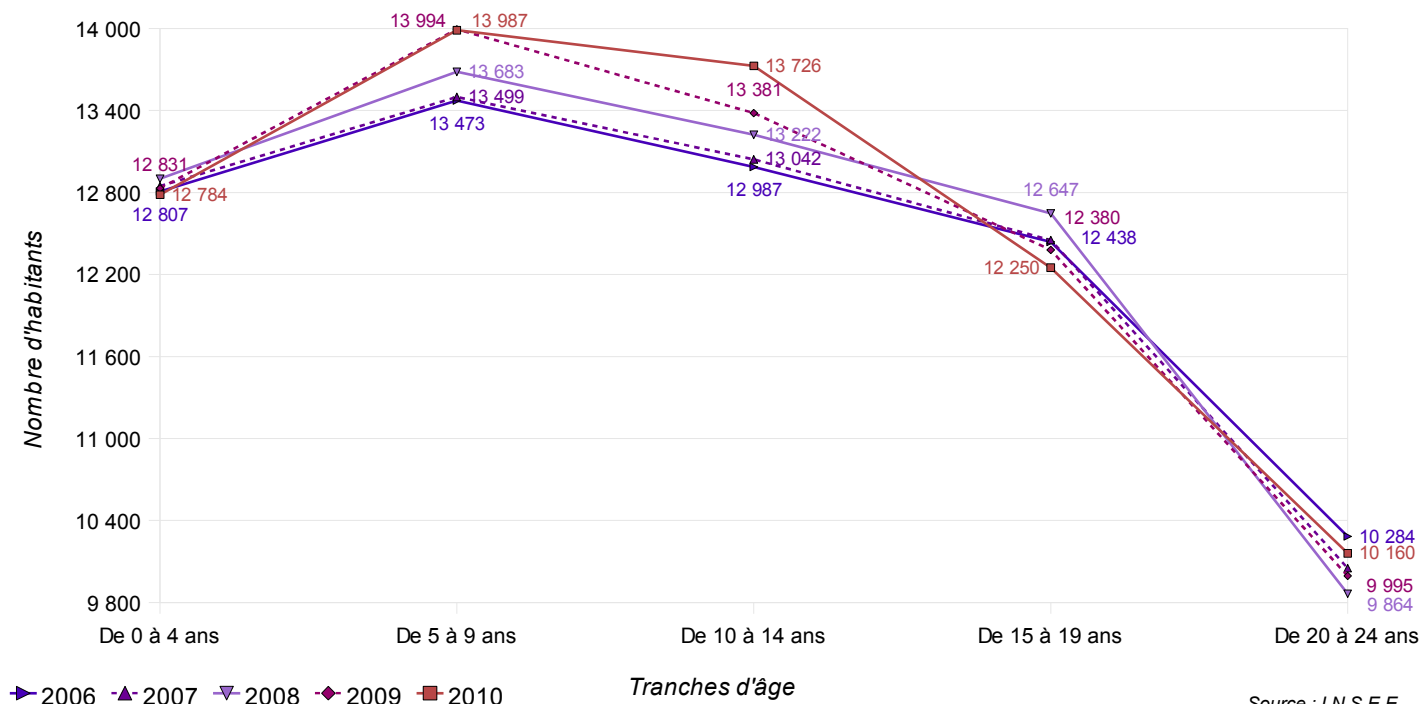
Source : I.N.S.E.E.

c) Les jeunes en Haute-Loire

Au 1^{er} janvier 2008, 120 775 jeunes de 18 à 25 ans résident en Auvergne. Leur part dans la population régionale a constamment baissé depuis les années 1980. Cette tranche d'âge représente 9 % des Auvergnats, soit un point de moins que la moyenne métropolitaine. La circonscription se classe ainsi parmi les trois régions françaises ayant le taux le plus faible, devançant seulement le Limousin et la Corse.

Ce déficit de jeunes concerne surtout le Cantal, la Haute-Loire et l'Allier, où la part des habitants de 18 à 25 ans ne dépasse pas 8 % de la population. Seul le Puy-de-Dôme, fort de ses 28 000 étudiants, se maintient dans le premier quart du classement.

Illustration 11 : Évolution de la population des moins de 25 ans en Haute-Loire, entre 2006 et 2010



De manière générale, on peut dire que la population altiligérienne des moins de 25 ans n'a cessé de croître entre 2006 et 2010, avec une hausse de 1,5 %, soit 918 enfants.

Les mineurs de 10 à 14 ans concentrent la plus forte hausse, avec 739 individus supplémentaires au cours de ces quatre années. Voir illustration 11 ci-dessus.

On note cependant des réductions pour la tranche des 0 à 4 ans, qui est passée de 12 807 en 2006 à 12 784 en 2010, ainsi que pour celle des 15 à 19 ans et des 20 à 24 ans. Cela représente notamment une perte de 188 jeunes en quatre ans, pour les 15 à 19 ans.

D'après l'I.N.S.E.E., l'Auvergne compte 1 345 712 habitants en 2010, pour une population française totale s'élevant à 64 647 600, ce qui représente 2,1 % de Français dans cette région.

224 104 personnes résident en Haute-Loire, soit 16,7 % de citoyens auvergnats.

En 2010, 62 907 Altiligériens ont moins de 25 ans, dont 52 747 sont âgés de moins de vingt ans, soit 23,5 % de la population départementale totale.

D'après l'illustration 12 ci-contre, les enfants de 5 à 9 ans sont la tranche de population la plus importante, avec 13 987 enfants, soit 22,2 % d'individus, suivis de près par ceux de 10 à 14 ans, avec 21,8 %. À elles deux, ces catégories concentrent presque la moitié des moins de 25 ans, avec 44,1 %.

Il est important de penser que, d'ici cinq ans, ces jeunes auront entre 10 et 19 ans et seront donc toujours des mineurs, ou de jeunes majeurs.

À contrario, les Altligériens de 20 à 24 ans sont les moins nombreux. Cela peut s'expliquer du fait que, dans le département, peu d'opportunités permettent de faire des études supérieures. Ces personnes vivent donc principalement hors de la Haute-Loire, dans des villes étudiantes.

En observant l'illustration 13 ci-contre, on constate que la population masculine est plus nombreuse que la féminine ; pour les Altligériens de moins de vingt ans, on comptabilise ainsi 27 103 hommes, contre 25 644 femmes et respectivement 32 490 contre 30 417, pour les moins de 25 ans.

2) La situation économique du département

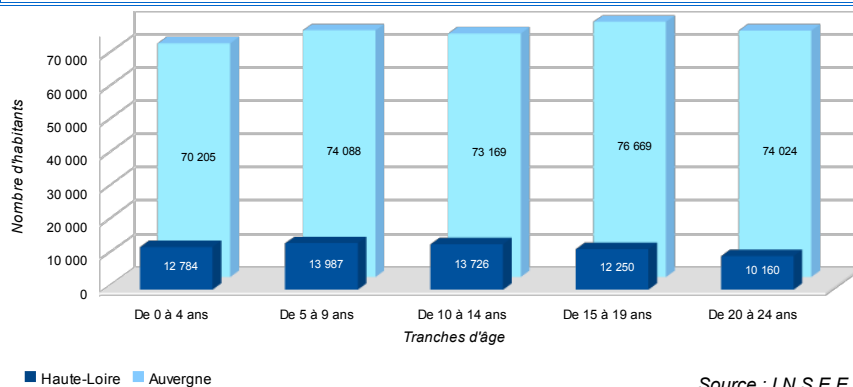
Le tissu économique est essentiellement constitué d'entreprises de taille artisanale, type T.P.E. et P.M.E., relativement bien réparties sur l'ensemble du territoire.

La Haute-Loire compte une cinquantaine de grands établissements, répartis le long de la RN 88 et de la RN 102. Quatre secteurs d'activité représentent les 2/3 de ces sociétés, à savoir, l'industrie du plastique et du caoutchouc, le travail des métaux, l'industrie agroalimentaire et le textile.

À proximité des grandes agglomérations que sont Clermont-Ferrand, Saint-Étienne et Lyon, le département dispose d'atouts propices à un développement équilibré de l'économie et de l'industrie locale.

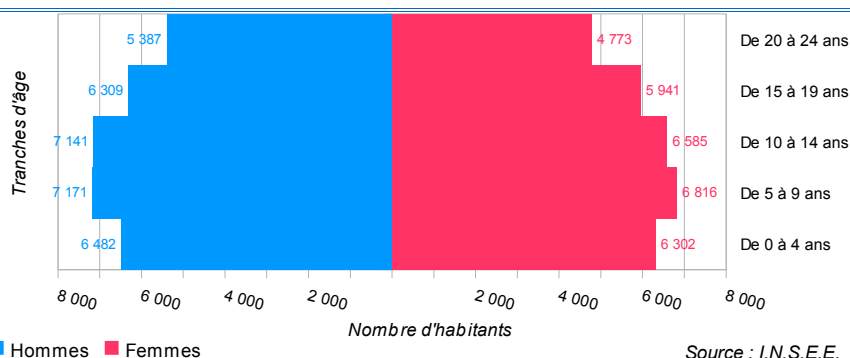


Illustration 12 : Population des moins de 25 ans au 1-01-2010



Source : I.N.S.E.E.

Illustration 13 : Les moins de 25 ans en Haute-Loire, selon le sexe, au 1-01-2010



Source : I.N.S.E.E.

Un département à taille humaine.
Une qualité de vie qui repose sur un cadre naturel, patrimonial et culturel, d'une richesse exceptionnelle.

a) L'emploi en Haute-Loire

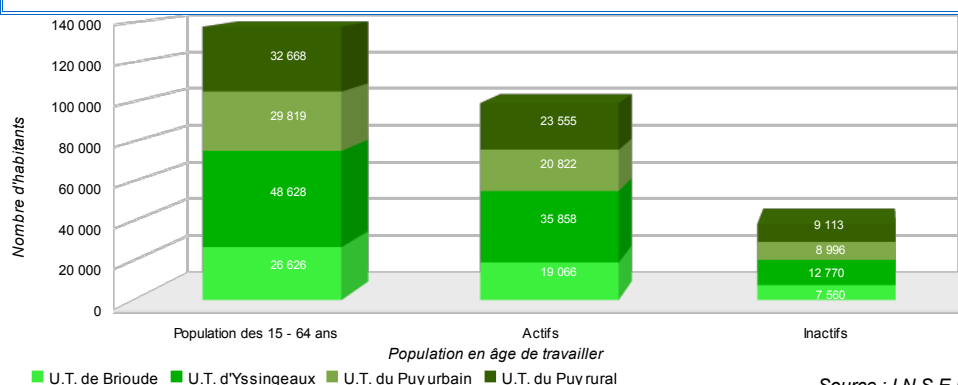
En 2009, sur les 137 741 Altilligériens de 15 à 64 ans, l'U.T. d'Yssingeaux en regroupe 48 628, soit 35,3 % du département. À contrario, le Brivadois en compte le moins, avec 26 626 habitants, ce qui représente 19,3 %.

Parmi cette tranche d'âge, 99 301 citoyens sont actifs, les autres 38 439 étant donc inactifs.

Ces derniers ne sont ni en emploi, ni au chômage ; il s'agit d'étudiants, de retraités, de femmes au foyer ou de personnes en incapacité de travailler. On constate alors que 72,1 % de la population est active, contre 27,9 % inactive.

Sur l'U.T. d'Yssingeaux, 73,7 % des habitants sont actifs.

Illustration 14 : Population en âge de travailler en Haute-Loire, selon l'U.T., en 2009

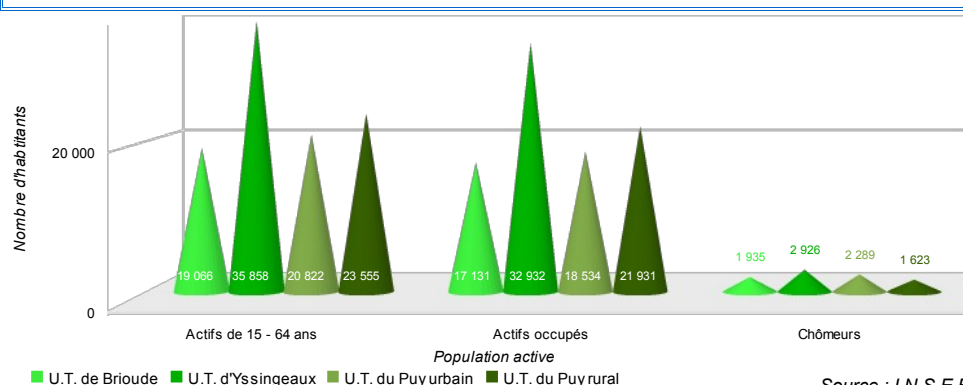


Source : I.N.S.E.E.

L'U.T. d'Yssingeaux concentre 35 858 actifs, nombre le plus important du territoire en 2009, contrairement à celle de Brioude. Voir illustration 14 ci-contre.

Toutefois, la population des 15 - 64 ans du Puy urbain ne totalise que 69,8 % d'actifs, contre un maximum de 73,7% pour l'Yssingelais.

Illustration 15 : Population active en Haute-Loire, selon l'U.T., en 2009



Source : I.N.S.E.E.

Cette partie du territoire comptabilise aussi le nombre d'actifs occupés le plus élevé de la Haute-Loire, qui s'élève à 32 932, à l'inverse du Brivadois qui n'en compte que 17 131.

Mais au sein des Unités Territoriales, c'est le Puy rural qui a le plus fort taux en 2009, avec 93,1 % de personnes ayant un emploi, alors que le Puy urbain a le plus faible, avec 89 %.

Dans la même logique, cette U.T. a le pourcentage le plus fort de chômeurs, ceux-ci représentant 11 %, contre 6,9 % pour le Puy rural.

Au 2^{ème} trimestre 2012, le taux de chômage du département est de 8,1 %, soit une hausse de 0,3 point par rapport au trimestre précédent. Au niveau régional, il atteint les 8,9 % contre 9,7 % au niveau national.

Fin octobre 2012, la Haute-Loire connaît une hausse de la demande d'emploi sur un mois, de 1,1 % ; cela représente 96 demandeurs d'emploi supplémentaires en catégorie A. Le reste de l'Auvergne est également affecté par cette augmentation, à hauteur de 0,7 % au niveau régional, à l'exception du Puy-de-Dôme.

Par rapport aux mois précédents, l'offre d'emploi connaît une légère amélioration mensuelle de 18 %, soit trente offres d'emploi durables et soixante offres non durables.

La demande d'emploi par sexe reste toujours stable : La demande masculine représente 50,4 %, contre 49,6 % pour la féminine.

Sur un mois, le public le plus touché est les femmes de plus de cinquante ans, à hauteur de 4,7 %, de même que sur un an, les femmes seniors sont les plus impactées avec 27,5 %.

Les seniors représentent toujours 27,5 % DEFM en catégorie A, avec une évolution de +23.2 % sur un an (soit + 451 sur un an).

La demande d'emploi des jeunes continue de progresser sur un an (+13.7%). Leur part dans la demande d'emploi globale reste stable à 16, 2 %, soit + 170 sur un an.

Enfants dont les parents sont sans emploi en 2009

Département		Part des enfants vivant dans une famille dont les parents n'ont pas d'emploi et ne sont ni retraité ni étudiant						Part des enfants vivants dans une famille monoparentale parmi l'ensemble des enfants	
		Parmi l'ensemble des enfants		Parmi les enfants vivants dans une famille monoparentale		Parmi les enfants vivant dans une famille constituée d'un couple		(en %)	Rang
		(en %)	Rang	(en %)	Rang	(en %)	Rang		
03	Allier	10,4	72	36,2	81	4,4	51	18,9	69
07	Ardèche	8,2	37	31,3	48	3,6	35	16,3	32
15	Cantal	6,1	14	27,0	27	3,1	26	12,8	3
42	Loire	9,4	56	32,9	64	5,1	70	15,4	20
43	Haute-Loire	6,7	24	31,3	47	2,7	14	13,9	7
48	Lozère	4,9	2	19,7	4	2,3	4	14,9	15
63	Puy-de-Dôme	7,7	33	27,9	35	3,6	34	17,0	45
PRO	Province	9,7		33,0		4,7		17,6	
M	France métropolitaine	9,3		31,1		4,6		17,9	
F	France	10,4		33,4		5,1		18,7	

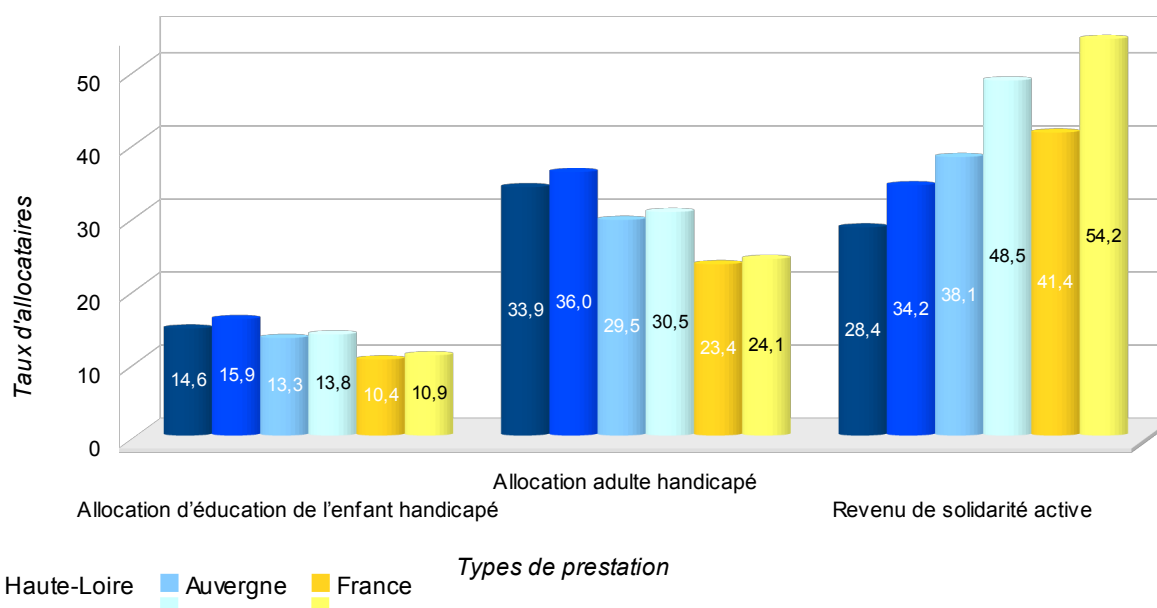
Source : I.N.S.E.E.

À peine 7 % des enfants de Haute-Loire vivent dans une famille dont les parents n'ont pas d'emploi. Un peu moins de 3 % de ces enfants vivent dans un ménage constitué d'un couple, sans activité professionnelle. En revanche, plus de 31 % des mineurs résident dans une famille monoparentale n'ayant pas de travail ; cette dernière catégorie est donc la plus touchée.

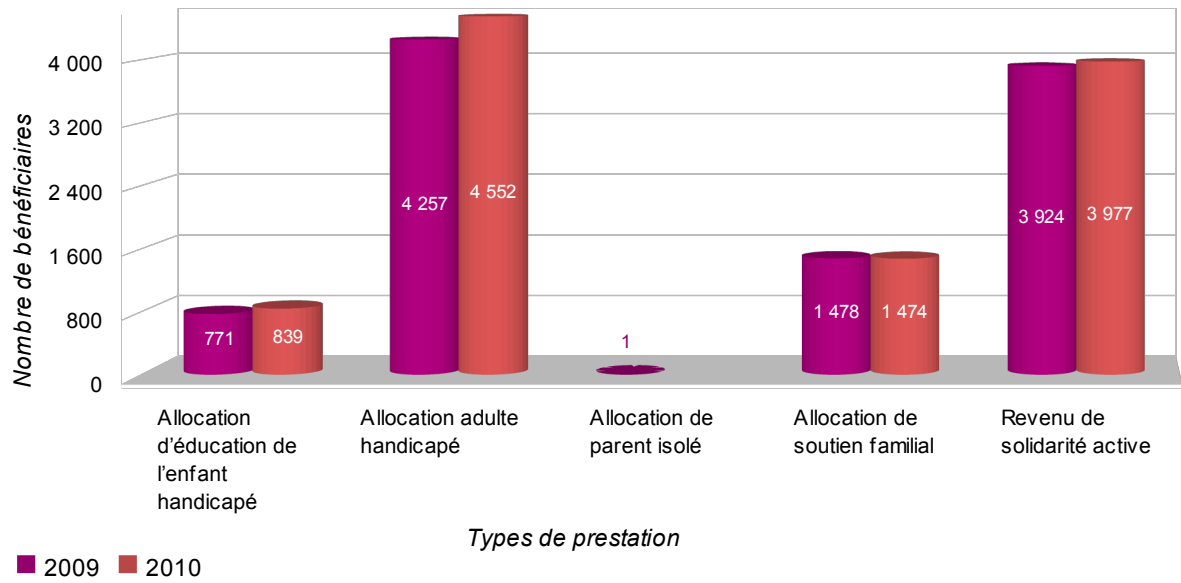
De surcroît, on note que les enfants issus de familles monoparentales comptabilisent presque 14 % du total.

b) La précarité des familles

Bénéficiaires de prestations entre 2009 et 2010



Bénéficiaires de prestations en Haute-Loire entre 2009 et 2010



II- Le deuxième Schéma 2007 - 2011

1. Le bilan

Afin d'aborder l'actualisation du Schéma, il convient dans un premier temps d'établir un bilan détaillé de la réalisation de chaque projet envisagé. Une première évaluation des axes, déclinés en 24 fiches actions, a donc été effectuée en mai 2012 ; puis, un atelier « bilan du précédent Schéma » a été organisé le 4 octobre suivant, pour échanger à ce sujet avec les acteurs de la protection de l'enfance, avant d'être mis définitivement à jour en décembre.

Sur le plan des organisations, des évolutions importantes ont été mises en œuvre, pour permettre une meilleure lisibilité de la politique du Conseil général et poursuivre la déconcentration territoriale des actions menées en protection de l'enfance auprès des enfants et de leur famille (déconcentration des services de la PMI et de l'ASE sur les Unités Territoriales).

Les actions menées ont aussi permis d'amorcer de façon positive la place à donner aux familles et aux parents des enfants accompagnés. Au sein des établissements d'accueil, une attention particulière a été apportée à la place des usagers, avec la mise en œuvre des dispositions de la loi de 2002, notamment le livret d'accueil et le Projet Personnalisé pour l'Enfant.

Pour soutenir et accompagner les professionnels sociaux et médico-sociaux, une nouvelle procédure d'évaluation des Informations Préoccupantes a été travaillée sur 2011 et 2012.

Le travail avec le personnel de la Direction de la Vie sociale et les partenaires montre que plusieurs problématiques sont présentes :

- Des familles vulnérables avec accroissement de la précarité notamment pour les familles mono parentales et des jeunes couples avec une parentalité fragile
- un contexte de conflits familiaux, parentaux ou de séparation conflictuelle avec des enfants au cœur de ces conflits
- des publics tant jeunes parents qu'adolescents avec des conduites addictives
- un public avec des troubles du comportement tant enfants que parents

2. L'état des réalisations

Les objectifs retenus, dans le cadre du précédent Schéma départemental de la protection de l'enfance de la Haute-Loire, s'articulaient autour de quatre grands axes, à savoir :

Axe 1 : Soutenir les parents.

Axe 2 : Améliorer le dispositif de signalement.

Axe 3 : Améliorer le dispositif d'accueil physique.

Axe 4 : Piloter le dispositif.

L'état des réalisations présenté ci-dessous illustre le chemin parcouru, ainsi que les marges de progrès encore existantes, qui devraient en grande partie se concrétiser à l'occasion du nouveau Schéma.

Sur les 24 fiches actions décrites dans le Schéma 2007 - 2011 et présentées ci-dessous, deux restaient à réaliser, huit sont en cours et quatorze ont été achevées.

Axe 1. Soutenir les parents	
Actions	Réalisation 2011
1) améliorer le suivi et l'accompagnement santé et post natal	-Projet de service PMI en cours de réalisation, avec notamment création de 10,5 postes sur 5 ans dont 5 en 2007-2008 -Gel des créations de postes depuis 2009
2) développer les actions de prévention et de soutien des compétences parentales	-Colloque en octobre 2008 par le réseau REAAP (réseau d'écoute, d'appui et d'accompagnement des parents) en direction des élus locaux sur le soutien à la parentalité -Actions REAAP
3) intensifier l'action des TISF	-Convention de partenariat avec la CAF et la MSA -Augmentation en 2007 de 10% du volume d'heures enveloppe Conseil général -Maintien du volume horaire de 2008 à 2011
4) repositionner les mesures éducatives à domicile	-Lancement de la réflexion au sein de chaque institution (Conseil général et AEMO); -Travail à poursuivre en intégrant l'innovation législative donnant la primauté à l'action administrative
5) favoriser la médiation familiale	-Signature le 9 juillet 2007 d'une convention CAF-MSA-DDASS-Justice-Conseil général pour la mise en place de la médiation familiale en Haute-Loire (cette mission est confiée à Justice et Partage).
6) positiver les séparations parents enfants	-Un travail sur les protocoles de visites médiatisées est en cours d'élaboration
7) améliorer le partenariat pour l'accueil mère enfant	-lancement d'un groupe de travail inter institution
8) conduire des actions expérimentales de soutien à la parentalité	-lancement dans les services du Conseil général d'un appel à projets pour des actions collectives -Engagement du service social dans le soutien à la parentalité
9) confirmer la prévention spécialisée et réfléchir à son développement	-Signature, dans le cadre du CUCS, d'une convention Conseil général, Mairies du PUY en Velay, Chadrac et Espaly confirmant les actions de prévention spécialisée et portant en 2008 la participation annuelle du Conseil général de 61 000 € à 90 000 €. -En 2011 compte tenu des contraintes budgétaires et des listes d'attente à l'ASE, redéploiement des moyens de la prévention spécialisée pour renforcer l'ASE (création 1 poste éducateur prévention insertion pour les jeunes sur le PUY)

Axe 2. Améliorer le dispositif de signalement

Actions	Réalisation 2007
10) installer la cellule du signalement et affirmer la procédure enfance en danger	-Mise en place en juin 2007 de la cellule CASED -Diffusion du guide des Informations Préoccupantes en direction des professionnels en cours
11) développer une culture de l'évaluation partagée	-Élaboration d'une nouvelle procédure d'évaluation des Informations Préoccupantes et formation des travailleurs sociaux
12) diffuser les règles du secret professionnel et les principes du secret partagé	-Groupe de travail à lancer, nécessité de coordonner les initiatives de chaque institution

Axe 3. Améliorer le dispositif d'accueil physique standard

Actions	Réalisation 2010
13) définir et mettre en œuvre l'accueil d'urgence	-L'équipe du Foyer de l'enfance se centre sur ses missions d'accueil d'urgence, -nouveau projet de service diffusé à l'automne 2012 -L'aménagement d'une unité spécifique "petits " est opérationnelle en avril 2011
14) adapter l'offre d'accueil aux besoins des territoires	-Les appels à projets pour une MECS 3-18 ans (15 places) dans le secteur du Brivadois et des places d'accueil d'enfants 3-14 ans (10 places) dans le secteur du Puy ont été lancés en février 2007 : la maison les Mauves 10 places MECS sur le Puy a été ouverte en février 2009, la Maison de St Georges d'Aurac 30 places ouverte en 2009
15) favoriser des mobilisations croisées pour des jeunes à la frontière des dispositifs	-La commission permanente " cas complexes s'est réunie en cas de besoin, -Pérenniser le dispositif REHLAIS : le dispositif a été positionné à proximité du service d'activité de jour des Gouspins, le Conseil général contribue financièrement à son fonctionnement
16) maintenir un dispositif de réponse aux jeunes majeurs	-Le travail a été engagé, à poursuivre et à concrétiser
17) assurer le suivi des mineurs délinquants	-Renforcer les postes éducatifs en milieu ouvert afin de les ajuster à l'évolution des besoins, -Attention annuelle aux évolutions de l'équilibre moyens/besoins de la DDPJJ, -Meilleure articulation avec les supports en CER/CEF de la région, avec assouplissement des conditions d'utilisation
18) diversifier l'accueil	-Groupe de travail lancé avec les MECS et lieux de vie en septembre 2007, le conseil général a lancé la mise en œuvre et crée en sept 2011: •9 places d'accueil externalisé sur l'Ouest du département •20 places d'accueil externalisé sur le Centre •9 places d'accueil externalisé sur l'Est •par redéploiement de places d'internat soit au total 58 places
19) développer les partenariats avec le secteur psychiatrique	-Le travail a été engagé avec la DDASS/ARS et le Centre Hospitalier Ste Marie, à poursuivre pour définir un protocole de coopération inter-institutionnelle autour de projets complémentaires -Une convention en cours d'élaboration avec l'hôpital Sainte Marie en prolongement de la coopération pour la maison des ados
20) renforcer la proximité de l'ASE	-La réflexion a été engagée avec le personnel ASE, la mise en territoire doit se poursuivre.
21) développer la culture du fil rouge	<i>A travailler</i>

Axe 4. Piloter le dispositif	
Actions	Réalisation 2010
22)mettre en œuvre un comité de suivi et un comité de pilotage	-Mise en place de l'observatoire départemental de la protection de l'enfance et de sa cellule technique, l'observatoire s'est réuni en 2007,2008 et 2011
23) animer et former	-Une journée départementale annuelle a été conduite en 2009, 2010,2012
24) associer les partenaires	-Une coordination enfance en danger est en place, elle s'est réunie 13 fois -la convention de partenariat pour la coordination médico-sociale précoce n'est pas finalisée.

3. L'action des services du département de 2007 à 2012, traits dominants

Afin de compléter cette phase d'analyse et de diagnostic, un retour sur 5 années d'activité des services du Département a été réalisé afin d'en saisir les évolutions majeures constatées de 2007 à 2012 et d'en dégager les marges de progrès; ce travail d'analyse a pris pour appui les statistiques annuelles d'activité transmises au Ministère des Affaires sociales (DRESS) ; il est évident que les chiffres bruts n'ont de valeur qu'après une analyse et une prise en considération des réalités humaines. Les actions de prévention et de protection de l'enfance sont largement portées par plus de 150 personnes intégrées aux quatre services du Département:

Ce bilan par service sera complété in fine par un bilan financier sur la période 2007-2012.

Service de protection maternelle infantile (PMI)

Le service PMI est organisé en quatre équipes territorialisées (Yssingelais, Puy urbain, Puy rural, Brivadois) composées de médecins, puéricultrices, sages femmes ; en 2006 un projet de service a été élaboré pour le service PMI en mettant l'accent sur le travail de prévention. 5,7 ETP ont pu être recrutés progressivement dès 2007. Les contraintes financières subies par le Département ont freiné la mise en œuvre totale du projet de service ; cependant il est à noter que le personnel a augmenté de 27% durant la période 2006-2012.

	2006	2012
médecins	5,4	6,1
sages femmes	2,4	3,4
puéricultrices	13	17
total	20,8	26,5

Évolution du nombre de naissances

Nombre de naissances	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
	2330	2242	2307	2242	2196	2460	2191

Évolution de l'activité des sages femmes

La sage femme reçoit toutes les déclarations de grossesse, peut faire un suivi pour les grossesses à risque (médical, social ou psychologue), lieu de repérage des difficultés familiales.

Elle organise des séances de préparation à l'accouchement et au rôle de parents, travaille avec le réseau (médecin, puéricultrice, assistant social...) et les partenaires extérieurs (maternités, médecins libéraux...)

actions prénatales et post natales en faveurs futures mères	2006	2012
Nb visites pré et post natales	1237	1147
Nb femmes vues à domicile au moins une fois	363	429
Nb femmes entretien prénatal précoce 4ème mois		172

En application de la loi du 5 mars 2007, l'entretien prénatal précoce a été mis en place en Haute Loire en 2008 : la PMI a piloté cette initiative et a permis la création des réseaux périnataux sur Brioude, Monistrol-sur-Loire et Le Puy pour développer l'offre pour cet outil et la prise en charge des fragilités repérées pendant la grossesse.

L'entretien prénatal précoce permet à la femme enceinte mais aussi aux futurs parents de partager leurs souhaits et leurs préoccupations pour la grossesse, l'accouchement et l'accueil du futur bébé. Cet entretien confidentiel, est proposé en individuel ou en couple, dès le quatrième mois de grossesse. Il peut donc être effectué, dès la déclaration de grossesse, par une sage-femme (PMI, libérale ou hospitalière) ou par un autre professionnel de la naissance.

Ce dispositif s'appuie sur la plaquette multipartenaire élaborée en 2009, de même que celle de l'annuaire des professionnels appartenant aux quatre réseaux de périnatalité situés dans le Brivadois, le secteur Nord-est, l'Yssingelais et le secteur du Puy en Velay et du livret composé de 8 fiches techniques thématiques (grossesse et alimentation, grossesse et diabète, grossesse et alcool, grossesse et tabac...). Il est confirmé que c'est un véritable outil de transversalité et de communication visant à rapprocher les différents professionnels médicaux et sociaux.

Les marges de progrès

Le nombre de sages femmes libérales a augmenté durant la période 2007-2012 pour atteindre le nombre de 13 sur le département de la Haute Loire (source ARS 2011), les quatre réseaux de périnatalité doivent être réactivés pour avoir une meilleure offre et une plus grande fréquentation à l'entretien prénatal précoce.

Évolution de l'activité des médecins et des puéricultrices

La fonction du médecin est multiple :

- Conseiller technique pour l'équipe PMI
- Instruit l'agrément des structures d'accueil du jeune enfant, suit les structures d'accueil et les RAM, participe à l'agrément et au suivi des assistantes maternelles et des assistants familiaux,
- Participe à la procédure enfance en danger
- Participe à l'intégration des enfants porteurs de maladies chroniques ou porteurs de handicaps
Travaille avec les partenaires (CAF,...)
- Suit les projets (parentalité,...)
- Réalise la consultation en équipe médecin + puéricultrice des enfants de 0 à 6 ans
- Fait des bilans de santé des enfants 3-4ans en école maternelle,

La puéricultrice :

- Reçoit toutes les déclarations de naissance et se met à disposition des familles
- Fait des visites à domicile sur critères, sur demande des familles, ou en lien avec les hôpitaux, le service social pour favoriser le lien mère enfant, détecter les difficultés le plus précocement
- Suit les familles en difficulté et des enfants en situation de risque.
- Participe à la Procédure enfance en danger par une co-évaluation avec l'Assistant social
- Organise des réunions d'information pour les assistants maternels et familiaux et instruit les demandes d'agrément et en assure le suivi.
- Assure une fonction d'accueil et permanence téléphonique, **allo petite enfance 0810 000 430**

actions en faveur des enfants	2006	2012
nombre de séances de consultations	304	355
nombre d'enfants ayant bénéficié d'au moins 1 consultation	1467	946
Visite à domicile VAD effectives dont le motif est un enfant	2397	2042
enfants ayant bénéficié d'au moins 1 VAD	1467	1198
nombre enfants vus bilans de santé	1491	253

En moyenne 120 visites à domicile par an et par puéricultrice

La difficulté de recrutement de médecin explique la baisse significative des enfants vus en bilan de santé en école maternelle ; de plus les difficultés de recrutement de puéricultrices n'ont aussi pas permis de développer les activités de prévention sur les exercices 2011-2012.

Les puéricultrices sont sollicitées de plus en plus sur le curatif notamment sur les évaluations des Informations Préoccupantes. La nouvelle procédure d'évaluation positionne les puéricultrices sur les enfants de 0-10 ans et doit leur permettre de s'engager davantage dans les actions de prévention.

De plus, tout suivi est souvent lourd d'emblée car les fragilités parentales sont majeures. Il y a une dizaine d'années, les professionnels intervenaient directement sur les compétences parentales, c'est-à-dire sur ce qui s'apprend; aujourd'hui, il faut soutenir les parents dans leur capacités parentales, ce qui fait appel au psychisme des parents et surtout à leurs difficultés psychologiques quelles qu'elles soient, d'où des suivis plus longs, plus compliqués.

Les marges de progrès

Le travail de prévention notamment par les VAD peut être développé ; il y a nécessité de définir les modalités de prévention dans le projet de service de la P.M.I

Les agréments assistants maternels et assistants familiaux

agréments assistants maternels	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
demande 1er agrément	188	176	nd	141	143	141	115
Accord 1er agrément assistant maternel	165	128	142	129	106	120	111
refus première demande	23	48	nd	12	37	21	22

Moins de demandes de premier agrément ; en moyenne 128 par an avec un taux moyen de refus de 18% ; ce travail sur l'instruction des agréments se complète par le suivi régulier des assistants maternels.

agréments assistants familiaux	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
demande 1er agrément	45	36	nd	41	39	37	33
1er agrément assistant familial	23	25	17	28	14	22	15
refus 1ere demande	22	11	nd	13	25	15	18

Un tassement sur les demandes de premier agrément, en moyenne 20 premiers agréments par an avec un taux moyen de refus de 42%.

Les marges de progrès

Compte tenu de la volonté affichée de développer l'accueil familial, un travail doit être réalisé sur la communication concernant le métier d'assistant familial et les modalités d'agrément conformément aux dispositions réglementaires en partenariat avec le service ASE.

Les centres de planification

Le Département délègue la compétence des centres de planification et d'éducation familiale au Centre Hospitalier du Puy, au Centre Hospitalier de Brioude et au Planning familial de Monistrol sur Loire et verse des contributions financières pour leur fonctionnement :

	2007	2012
Subventions versées aux 3 centres	65 544,00 €	79 455 €

Les centres de planification familiale ont communiqué les données d'activité suivantes :

activités	2007	2012
Personnes ayant bénéficié d'au moins une consultation (par médecin, sage-femme)	571	1506
Personnes ayant bénéficié d'au moins un entretien de conseil conjugal ou de planification	1292	517

Les marges de progrès

- Une augmentation significative de l'activité des centres de planification familiale est constatée depuis 2007; le changement de critères statistiques ne permet pas d'en mesurer le volume:le nombre de séances offertes a évolué de 95 n 2007 à 236 en 2012 ; il est utile de parfaire l'outil de retour d'activité.
- Meilleure articulation avec le service PMI

Travail de prévention et de coordination

Une coordination médico-sociale périnatale existe au Puy-en-Velay depuis 2002. Elle rassemble les acteurs de la périnatalité : PMI, maternité du Puy, équipe de pédopsychiatrie; elle se réunit mensuellement pour élaborer une prise en charge post-natale dans des situations difficiles évoquées pendant la grossesse.

En 2011, elle a examiné 42 situations (40 en 2007, 25 en 2008, 30 en 2009). La gravité et la complexité des situations augmentent avec le temps, avec un nombre important de situations en lien avec soit des pathologies psychiatriques ou conduites addictives. Ces dernières font que le service d'addictologie de l'Hôpital Emile Roux a intégré ce groupe de réflexion pour les situations qui le concernent.

Les marges de progrès

Cette coordination est le fruit de la collaboration entre institutions , elle doit être reconnue par les partenaires institutionnels eu égard aux propositions faites et dans l'esprit de la loi de 2002 sur le respect de l'usager.

Autres interventions de la PMI

- Travail auprès des parents et assistants maternels avec la brochure « grandir avec des limites » outil pour aborder les besoins de l'enfant dans le domaine des limites ; cette brochure a servi comme l'année dernière de support aux actions de formation ou de sensibilisation aux assistants maternels, aux techniciens en intervention sociale et familiale.
- les animations salles d'attente PMI (lecture, musique, jeux,...) pour éveiller les parents à une forme ludique d'exercice de parentalité
- travail en réseau violences intra familiales: construction avec le droit des femmes d'une brochure «Santé de l'enfant victime de violences conjugales» , des réseaux « violences conjugales » actifs à Brioude et à Yssingeaux. Ce réseau a été un peu moins actif en 2011, du fait du départ d'« éléments moteurs ».

Les marges de progrès

Poursuivre la coopération sur le dépistage précoce (travail avec le CAMPS) et le travail en partenariat tant avec le réseau violences intra familiales et enfants victimes de violences que sur le soutien à la parentalité (REAAP)

CASED le recueil Informations Préoccupantes la CASED (0810 043 119)

Dans le cadre de l'accord multi partenariat signé en mars 2007 et en cohérence avec la loi du 5 mars 2007, la cellule de recueil d'Informations Préoccupantes a été mise en place en juin 2007 ; la cellule de notre département, dénommée CASED (Cellule d'Aide et de Soutien pour l'Enfance et l'Adolescence) constitue une interface, en premier lieu, avec les services propres au Département (Service Social, PMI, ASE), mais également avec les juridictions et en particulier avec le Parquet dont elle est l'interlocuteur privilégiée. Elle travaille aussi avec l'ensemble des professionnels et notamment ceux de l'Education nationale, des divers services sociaux, des hôpitaux, des médecins, des associations, des services de police, de gendarmerie, des élus locaux etc...

Elle est aussi en lien avec le Service National d'Accueil Téléphonique de l'Enfance en Danger qui répond de manière permanente au n°119 aux appels émanant notamment des particuliers. Ce service informe chaque Département des appels reçus concernant des mineurs en danger ou susceptibles de l'être.

La CASED est animée par une responsable, cadre de la protection de l'enfance et par 2 agents administratifs (1 rédacteur principal et un adjoint administratif) à mi-temps chacun.

Années	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Enfants concernés	571	828	845	962	953	892
Informations Préoccupantes	477	514	537	542	544	533

Le nombre d'Informations Préoccupantes tend à se stabiliser depuis quelques années. Les I.P. peuvent provenir de sources diverses, bien que majoritairement des services du Conseil général.

type de décisions suite à IP	2006	2012
sans suite	35	152
accompagnement médico social	24	74
mesure administrative ASE	42	115
mesure judiciaire	325	325
TOTAL	426	666

L'analyse des décisions montre:

- une nette augmentation des sans suite c'est à dire des Informations Préoccupantes qui donnent lieu à un recueil d'informations mais ne donnent pas lieu à une action particulière; cela a conduit le Département à distinguer information occupante de l'information préoccupante dans sa nouvelle procédure d'évaluation,
- une augmentation des mesures administratives : effet de la loi du 5 mars 2007 donnant priorité au travail avec les familles et faisant du recours à la justice, la subsidiarité.

Les marges de progrès

En Haute-Loire, cette cellule est identifiée, notamment par les professionnels de l'enfance, mais un travail de communication reste à réaliser auprès notamment des médecins libéraux et de l'Education nationale.

AIDE SOCIALE A L'ENFANCE (ASE)

Le service ASE a connu de grandes évolutions depuis 2004. Il était alors composé de deux équipes (action éducative et placement familial) centralisées au Puy puis successivement en 2007 trois équipes (une pour l'action éducative et deux pour le placement familial) à quatre équipes en 2013 (une pour l'action éducative et trois pour le placement familial)

Les allocations mensuelles

allocations mensuelles	Exercice 2006	Exercice 2012
nombre allocations mensuelles	1880	1549
total montant allocations mensuelles	463 350 €	344 527 €

Après des exercices 2005 et 2006 exceptionnellement hauts en consommation de crédits, l'enveloppe se maintient à un niveau moyen de 350 000 € ; les contraintes financières ont conduit les décideurs à être plus rigoureux dans la décision d'attribution et à prioriser les aides pour les besoins essentiels ; par ailleurs les familles ont orienté leurs demandes vers des aides adaptées aux besoins, notamment le Fonds de solidarité logement.

Les marges de progrès

Formaliser les règles d'attribution dans le cadre de la révision du Règlement d'Aide Sociale.

Les actions éducatives à domicile

Deux types de mesures :

- En accord avec les parents, cette mesure est dénommée action éducative à domicile AED, elle est réalisée par le service ASE
- Ordonnée par le juge des enfants, elle est dénommée aide éducative en milieu ouvert AEMO ; elle est réalisée par le service d'action éducative de la Sauvegarde de l'Enfant à l'Adulte (ASEA)

Le travailleur social référent va donner avec la famille un sens aux problèmes, aux symptômes et aux souffrances exprimés, tout en tenant compte de l'évolution et des relations intra et extra familiales.

S'appuyant sur les ressources et compétences familiales, il s'agit de viser à des changements ; par exemple, permettre à un parent de prendre sa place et d'avoir un rôle parental plus fonctionnel, de réintroduire une hiérarchie en soulageant un enfant parentifié, rétablir des frontières, des zones d'intimité, etc.

Le travailleur social référent travaille en lien avec les autres professionnels de la DIVIS (puéricultrices, assistantes sociales, conseillères en économie sociale et familiale) ou partenaires participant à la protection de l'enfance (service de TISF, éducation nationale, centre médico-psychologique, associations, etc).

Nombre d'enfants ou jeunes en action éducative	31/12/06	31/12/12
AED mineurs	150	160
AED jeunes majeurs	10	25
AEMO	441	454

Les marges de progrès

Les bilans en terme d'activité sont précis mais il serait utile de connaître :

- les problématiques rencontrées : la majorité des situations relève de carences éducatives et conflits parentaux mais l'exercice de la mesure répond-elle à ces problématiques? les réponses sont-elles adaptées?
- les actions conduites; en effet, plusieurs partenaires soulignent qu'il ne suffit pas de protéger l'enfant mais qu'il faut « éduquer les parents » ;les mesures AED et AEMO font elles progresser les parents ? les rapports d'activité de ces mesures doivent pouvoir apporter des réponses.

Les techniciens en intervention sociale et familiale (TISF)

L'intervention des TISF fait l'objet d'une convention multipartenariale entre la CAF, la MSA, l'ADMR, l'UNA et le Département

Heures TISF au titre de la protection enfance	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
	10 293	12 100	11 000	17 608	12 582	13940	17 348

En lien avec les différents intervenants auprès d'une même famille, les TISF effectuent une intervention sociale préventive, éducative visant à favoriser l'autonomie des personnes et leur intégration dans leur environnement et à créer ou restaurer le lien social.

Les TISF accompagnent et aident la famille à partir de la gestion de la vie quotidienne :

- appropriation du cadre de vie (découverte et fréquentation des structures et équipements du quartier...);
- organisation de la vie quotidienne (tâches ménagères...);
- accompagnement de la famille sur la partie du budget liée au bien-être des enfants.

Les TISF accompagnent et aident au maintien de l'environnement familial : activités avec l'environnement social (lieux d'éveil, centres sociaux...).

Les interventions d'une TISF se font à la demande des familles sur décision et financement du Département en protection de l'enfance, et, financement mutipartenarial pour les autres situations.

L'augmentation du nombre d'heures TISF était un axe important du Schéma 2007-2012.

Les marges de progrès

- Davantage cibler les objectifs d'intervention des T.I.S.F. est indispensable, ainsi que de les coordonner avec les autres intervenants dans la famille,
- Inscrire l'action des T.I.S.F. dans le cadre du projet global construit avec la famille.
- Renouveler la convention multipartenariale entre la CAF, la MSA, l'ADMR, l'UNA et le Département.

L'accueil d'enfants ou le placement

L'accueil d'enfants est réalisé:

- soit en accord avec les parents (on parle d'accueil administratif ou d'accueil provisoire)
- soit sur décision du Juge des enfants en application de l'article L 375-3 du code civil :

"Si la protection de l'enfant l'exige, le juge des enfants peut décider de le confier :

1° A l'autre parent ;

2° A un autre membre de la famille ou à un tiers digne de confiance ;

3° A un service départemental de l'aide sociale à l'enfance ;

4° A un service ou à un établissement habilité pour l'accueil de mineurs à la journée ou suivant toute autre modalité de prise en charge ;

5° A un service ou à un établissement sanitaire ou d'éducation, ordinaire ou spécialisé. "

L'équipe éducative du placement a pour mission de :

- _ garantir à l'enfant les conditions favorables à son développement physique, psychique, intellectuel, affectif et social
- accompagner les parents dans le maintien du lien à leur enfant, les soutenir, les informer des décisions concernant la prise en charge de leur enfant
- soutenir les assistants familiaux dans la complexité de cette profession.

« Un long travail intérieur est nécessaire pour se débarrasser de ce désir d'éliminer les parents, tolérer tant soit peu leur défaillance à l'égard de l'enfant, accepter leur existence et leur droits, leur laisser leur place, trouver la sienne ».

Les évolutions 2006-2012 sont significatives

1/ Enfants confiés ASE	31/12/06	31/12/12	Variation
total enfants confiés ASE	263	412	149

A noter l'augmentation très importante des enfants confiés ASE: +149 enfants

Nature du placement des enfants confiés ASE	31/12/06	31/12/12	Variation
total familles accueil	147	156	9
total établissements (1)	106	250	144
total autres	10	6	-4
total enfants confiés ASE	263	412	149

(1) tout type d'accueil : accueil familial, internat, placement externalisé

A noter l'augmentation très importante des enfants confiés ASE et accueillis en établissements : +144 enfants

	31/12/06	31/12/12	Variation
2/ autres accueils placement direct	148	112	-36

	31/12/06	31/12/12	Variation
3/ contrat jeunes majeurs	0	25	+25

	31/12/06	31/12/12	Variation
total enfants et jeunes pris en charge 1+2+3	411	549	+138

Age des enfants confiés à l'ASE

âge enfants confiés ASE	31/12/06		31/12/12	
0 à 2 ans	26	10%	33	8%
3 à 5 ans	37	14%	58	14%
6 à 10 ans	61	23%	110	27%
11 à 15 ans	74	28%	140	34%
16 à 17 ans	31	12%	52	13%
18 ans et plus	34	13%	19	5%
TOTAL	263		412	

A noter une augmentation des 11-15 ans

Analyse des types de placement

	enfants du 43 au 31/12/06	enfants du 43 au 31/12/2012	Variation 2012/2006
Total foyer enfance	24	18	-6
total internat établissements	145	147	+2
total accueil familial	169	211	+42
Total placement externalisé	15	70	+55
Total enfants accueillis hors département	24	29	+5
total général	377	475	+98

Augmentation de 98 enfants dont:

- 55 en placement externalisé
- 42 en accueil familial

Les autorisations d'ouverture ou de fermeture de places

Le Président du Conseil général a autorisé pour l'ouverture ou la transformation de places d'accueil ;

accueil	nb places autorisées 2007	nb places autorisées 2012
Foyer enfance	24	23
total établissements	214	216
total accueil familial	201	207
total placement externalisé	20	58
total général	459	510

Les événements significatifs sont :

En 2009 : ouverture de la MECS les Mauves au Puy 12 places et augmentation de la MECS St Georges d'Aurac + 15 places

En 2011 : fermeture du Petit Vienne 9 places et gel de 6 places d'internat pour ouvrir 38 places de placement externalisé

A noter: un nombre de familles d'accueil en moindre importance par rapport aux autres départements de même strate démographique dont le nombre se situe entre 250 et 300 familles d'accueil.

Le suivi des enfants confiés à l'Aide sociale à l'enfance

Cette évolution du nombre d'enfants confiés à l'ASE a eu des conséquences sur la charge de travail du service de l'Aide sociale à l'Enfance notamment en terme de moyens humains :

	2007	2012
Educateurs AED	6	8
Educateurs placement et adoption	10	14
Psychologues	2,3	3,3
Encadrement	4	5
total	22,3	30,3

Des renforts de personnel ont été réalisés en 2009 pour faire face à l'augmentation de la charge de travail.

Cependant, fin 2010 la situation était tendue; en effet, le Département devait faire face à :

- la prise en charge des jeunes majeurs : ce sont des jeunes qui ont été pris en charge par l'ASE et qui, antérieurement étaient pris en charge par la PJJ
- la liste d'attente de 40 enfants et jeunes en attente d'une mesure d'action éducative à domicile par un éducateur ;
- la liste d'attente de 65 enfants ou jeunes confiés ASE et accueillis en maisons d'enfant sans référent
- l'augmentation des visites médiatisées (jusqu'à 3 visites par enfant et par semaine)

La décision a été prise fin 2010 de conforter le service ASE

- avec 4 éducateurs en plus par redéploiement des moyens affectés à la prévention spécialisée et 1 renfort financé par le redéploiement de moyens financiers
- augmentation du nombre de mesures par éducateur AED de 14 à 16 mesures par éducateur

Les marges de progrès

- Nécessité de définir la place du référent ASE pour un enfant accueilli en établissement.
- Importance de développer l'accueil familial.

LE FOYER DE L'ENFANCE (FDE)

Le Foyer de l'Enfance est un établissement à caractère public, non personnalisé, financé et géré par le Conseil général. Il assure une protection d'accueil immédiat et reçoit 24 heures sur 24 et 365 jours par an, des enfants de 3 à 18 ans voire des jeunes majeurs, dans le cadre d'une protection administrative ou judiciaire.

Service complémentaire de l'Aide sociale à l'enfance, l'équipe éducative du Foyer doit être en capacité, après un temps d'observation de quelques mois, de proposer les solutions de vie les plus adaptées possibles aux mineurs qui lui sont confiés. Ces orientations, élaborées en concertation avec les familles sont toujours soumises à la décision de l'autorité administrative ou judiciaire.

Depuis 2007, le positionnement sur l'accueil d'urgence se traduit par la baisse de la durée moyenne de séjour :

Indicateurs	2007	2012
Nombre d'enfants accueillis	58	52
Durée moyenne séjour	116	91
Taux occupation	77,00%	74,00%

2011 a été une année riche d'évolution pour le Foyer de l'Enfance concrétisée par le déménagement du groupe des plus jeunes (3-11 ans) dans une maison « le Passadou » située à proximité de l'établissement afin de leur garantir un climat de vie paisible, les adolescents restent dans le bâtiment actuel.

Fin 2012, début 2013 des difficultés sont apparues dans la vie quotidienne au Foyer, notamment dans la prise en charge du groupe ados, difficultés liées:

- Au public accueilli : des ados sans limite, sans repère éducatif, avec troubles du comportement
- A l'équipe éducative jeune et fragilisée par un grand turn-over du personnel
- A un cadre éducatif insuffisamment porté et rappelé.

Ces difficultés ont conduit à un sentiment de dépassement total ; ainsi le Département a lancé une réflexion à travers diverses questions :

- A quelles urgences doit répondre le Département eu égard aux problématiques des ados?
- Quelle organisation pour l'accueil mettre en place (lieu central, lieu éclaté ou accueil délégué à des MECS)?
- Quelles pratiques éducatives, quels modes d'élaboration du projet pour l'enfant? quelles articulations avec le service ASE?

Les marges de progrès

- Satisfaire aux besoins d'accueil d'urgence, en organisant de manière homogène, les conditions d'accueil des adolescents.
- Réfléchir à une autre organisation du Foyer pour répondre aux difficultés rencontrées
- Améliorer la fluidité du dispositif d'accueil au FDE

LE SERVICE SOCIAL DEPARTEMENTAL (SSD)

Le service social est donc engagé dans des actions de soutien aux familles et à la protection de l'enfance

- ◆ Instruction des demandes d'aides financières et accès aux droits
- ◆ Soutien à la parentalité pour la prise en compte des besoins des enfants (alimentation, sommeil, hygiène, socialisation, loisirs, scolarité, santé ,...)
- ◆ Aide à domicile au travers de l'intervention d'aides ménagères ou de travailleuses familiales
- ◆ Évaluation des Informations Préoccupantes et participation à la mise en œuvre des mesures de protection

L'année 2011 aura aussi été marquée par la **démarche d'évaluation interne** du service social afin de répondre aux questions posées par les agents et liées :

- à l'évolution des métiers et des pratiques : place du secrétariat et valorisation de cette fonction
- mise en œuvre de nouveaux dispositifs ou de réformes, apparition de nouvelles problématiques sociales et de nouvelles demandes des publics,
- aux charges de travail et à la gestion des temps de travail au regard de l'obligation de continuité de service,
- aux conditions matérielles de travail: adaptation des locaux, définition des modalités de remboursement des frais de déplacement,
- à la place des référents spécialisés RSA,
- à l'isolement de certains travailleurs sociaux ou secrétaires sur le lieu de travail.

Cette réflexion a été menée en tenant compte de trois commandes de l'institution :

- 1. la prise en compte du soutien à la parentalité par la polyvalence de secteur,**
- 2. le rattachement des AS PA PH et du SAFA au service prestations PA PH,**
- 3. le remplacement à coût constant des départs des travailleurs sociaux de la MSA.**

Le nombre d'enquêtes ou d'évaluation varie de 7 100 à 9 800 par an, l'absence d'outils de gestion ne permet pas d'affiner le nombre d'enquêtes et le motif.

Les marges de progrès

Certaines familles ont besoin d'un soutien plus présent, sans toutefois mettre en place les dispositifs de protection, un besoin apparaît de graduer les accompagnements des familles en fonction des difficultés rencontrées.

Nécessité de définir les modalités de soutien et d'accompagnement dans le projet de service de la PMI et du S.S.D

4. Le département et les actions de partenariat

Durant ce dernier Schéma 2007-2011, le travail en partenariat s'est poursuivi à plusieurs niveaux :

La réalisation d'actions collectives notamment sur le soutien à la parentalité sur les 4 unités territoriales du service social :

- animation de l'aire d'accueil des gens du voyage à Brioude autour de la lecture avec les enfants,
- groupe parentalité au Val-Vert, des parents à Yssingeaux et ateliers parents d'ados à Sainte-Sigolène,
- action de Saint Julien Chapeuil autour de la petite enfance
- action autour du jeu au Pays du Mézenc
- action sur le quartier de Guitard avec des mères de jeunes enfants
- action Primère en coopération avec la Mission locale du Puy.

Pour illustrer ces actions collectives, un exemple concret à travers le goûter des parents; cette action est portée par l'association Familles rurales d'Yssingeaux, la MSA, la communauté de communes des Sucs et le service social du Conseil général.

Cette action vise à mettre en place une action collective auprès de parents de jeunes enfants avec les objectifs suivants :

- apporter un soutien à la parentalité en informant les parents sur leurs interrogations relatives aux besoins des jeunes enfants
- rompre l'isolement social et familial des familles en favorisant les échanges entre parents
- s'appuyer sur une structure locale pour favoriser la pérennité des rencontres
- apprendre à se séparer en expérimentant l'utilisation d'un mode de garde proposé pendant les séances

Plusieurs thèmes sont abordés : le massage des bébés, le portage en écharpe, la prévention des accidents domestiques, la découverte de la musique, l'orthophonie, l'éveil corporel.

Les REAAP et les actions de soutien à la parentalité

Le Département a participé au REAAP (réseau d'écoute, d'appui et d'accompagnement des parents). Ce réseau a pour mission de coordonner les initiatives locales, d'instaurer un échange autour des moyens de soutien à la parentalité et de labelliser des projets qui peuvent alors être financés par les partenaires.

Ces projets doivent être conformes à un cahier des charges répondant aux objectifs du dispositif à savoir:

- s'adresser à toutes les familles,
- s'efforcer de répondre à leurs besoins concrets et, avant tout, les conforter dans l'exercice d'une responsabilité éducative,
- reconnaître et valoriser la compétence des parents, en incitant au partage et à la confrontation des expériences,
- s'appuyer sur l'existant, en créant des liens entre les diverses initiatives dans une dynamique de partenariat,
- favoriser une animation partagée entre les parents et les initiateurs de l'action

De 2007 à 2011 de nombreux projets se sont réalisés :

- ◆ Atelier portage par l'association Graine de Vie
- ◆ Ateliers formation pour les bénévoles de Halte familles
- ◆ Association "les DIABLATOUS" de Saugues pour l'organisation de conférences en direction des parents,
- ◆ Les "restaurants du cœur" pour une action en direction des bébés,
- ◆ L'UDAF pour l'organisation avec le CDDP d'ateliers informatiques "l'internet sans embrouilles" en direction des parents,
- ◆ L'association CHAMP POINTU pour l'organisation d'un point rencontre rencontres enfants parents à Lorlanges.
- ◆ Ateliers Parents et conférence au Chambon sur Lignon multi-accueil les Piousous
- ◆ Action "goûter des parents" par l'association Familles rurales Yssingaux
- ◆ Ateliers ludothèque par l'association RICOCHET
- ◆ Ateliers Parents et conférence sur l'Emblavez
- ◆ Atelier portage par l'association « La lune est ronde »
- ◆ Lieu d'expression Maison de quartier Germaine Tillon au Puy en Velay
- ◆ Action « adolescence, une autre naissance » le CCAS de Ste Sigolène
- ◆ Action « à l'écoute des parents » par le SIVU de Solignac sur Loire
- ◆ Rencontres de mères de jeunes enfants portées par l'association VIVRE ENSEMBLE à GUITARD.

Le colloque PARENTALITE du 4 octobre 2008

Ce colloque s'est déroulé le 4 octobre 2008 sur le thème :

« Les élus locaux face aux réalités familiales : aux nouveaux besoins, quelles nouvelles réponses ? » *La famille change, la société change, l'animation de la cité change*

*Entre sphère privée et sphère publique, entre attentes des citoyens et directives nationales,
Quelle place et initiative des acteurs locaux ?*

Sur proposition du comité de pilotage du REAAP (DDASS, CAF MSA, UDAF, Conseil général), l'ensemble des élus du département (Maires, Présidents de communautés de communes, Conseillers généraux) a été convié à une journée de réflexion autour des réalités familiales ; des conférences et des échanges d'expérience ont animé ce colloque ; quelques idées force en sont ressorties :

- Avoir un enfant n'est la même chose que de devenir père ou mère, être parent, la parentalité est un processus qui se construit et qui peut parfois nécessiter un accompagnement
- L'évolution de la société, les changements de mode de vie peuvent conduire les parents à avoir besoin d'échanger, de parler, pour trouver des points de repères; la stratégie est celle d'un accompagnement social des évolutions de la famille :

Les élus locaux ont bénéficié d'un retour d'expériences et ont pu échanger sur ces nouvelles

problématiques afin de trouver des réponses adaptées. L'ensemble des débats a mis en évidence deux points d'attention:

- Décloisonner les actions des institutions pour ouvrir sur de nouveaux partenariats
- Mettre à l'ordre du jour la parentalité comme thème d'intérêt collectif et appui à la parentalité comme objet de politique publique.

La Commission départementale d'accueil du jeune enfant (CDAJE)

La commission départementale d'accueil du jeune enfant, présidée par le Président du Conseil général, est une instance de réflexion, de conseil, de proposition et de suivi concernant toutes questions relatives à l'organisation, au fonctionnement et au développement des modes d'accueil des jeunes enfants et à la politique générale conduite en faveur des jeunes enfants dans le département.

Dans le cadre de son fonctionnement, la CDAJE a mis en place trois sous groupes de travail :

- l'accueil du jeune enfant en situation de handicap
- l'accueil du jeune enfant et les horaires atypiques
- le développement des actions passerelles pour l'accueil des 2-3 ans à l'école maternelle.

L'animation de ces sous groupes a permis un travail en réseau et a produit divers outils dont la charte pour faciliter l'accès des jeunes enfants en situation de handicap à un mode d'accueil, le groupe ressources pour faciliter et accompagner l'accueil du jeune enfant.

L'ensemble de ces travaux a permis un travail en commun entre tous les partenaires de l'accueil du jeune enfant et a contribué à développer ainsi les outils de soutien à la parentalité.

La CDAJE s'est réunie en 2012 pour faire le bilan des actions et a décidé de poursuivre ce travail collectif autour de deux dossiers :

- l'accueil du jeune enfant en situation de handicap
- l'accueil du jeune enfant et les horaires de garde atypiques

Un travail en réseau multi partenariat

La prévention repose sur un travail de partenariat, Durant ce Schéma trois actions illustrent ce travail en réseau :

La convention du 26 février 2007 destinée à améliorer la coordination des interventions relatives aux mineurs à protéger et à leur accompagnement, a prévu plusieurs actions :

- Création d'une cellule départementale de coordination et d'information pour l'enfance en danger en Haute Loire dite cellule unique du signalement
- Création d'une unité médico-judiciaire dans le service de pédiatrie de l'hôpital Emile Roux
- Développement des moyens permettant l'accompagnement et les soins nécessaires aux mineurs plaignants dès le dépôt de plainte en s'appuyant sur les ressources locales, institutionnelles, associatives et individuelles.
- Création d'un observatoire de l'enfance en danger chargé de mettre en place l'observation départementale de l'enfance en danger
- Création d'un site Internet " Enfance en danger 43 "
- Organisation pour l'information de tous les professionnels en contact avec l'enfant (édition d'un guide pratique du signalement)

Des actions se sont réalisées durant ce Schéma notamment :

- la mise en place de la cellule unique de recueil des Informations Préoccupantes dénommée la CASED,
- l'Unité Médico Judiciaire (UMJ) au sein de l'Hôpital E. ROUX : celle-ci a pour vocation d'accueillir, d'examiner, d'accompagner et d'orienter les victimes de violences que celles-ci soient des femmes, des hommes, des enfants, des mineurs ou des adultes; pour les enfants victimes, leur audition est filmée. Cette UMJ a pour objectif de pratiquer un examen médico légal par un spécialiste et de faciliter l'expertise psychologique de l'enfant victime mais aussi d'accueillir l'enfant dans un lieu neutre et adapté.
- une formation commune à tous les intervenants a permis de s'approprier le fonctionnement de l'UMJ.

Création d' outils destinés aux professionnels :

Deux guides ont été édités:

« Grandir avec des limites et des repères » : sur la base d'un document gracieusement offert par l'Office belge de la Naissance et de l'Enfance (ONE) une brochure a été éditée conjointement par la CAF, la MSA et le Conseil général ; elle donne des pistes que chaque parent pourra adapter en fonction de l'âge, des difficultés pour mettre des limites, les maintenir et accompagner l'enfant vers le chemin de l'autonomie.

« la santé des enfants exposés aux violences conjugales » : par un travail conjoint de la Délégation aux droits des femmes, DDCSP, Conseil général service PMI pour la création d'une brochure sur la santé des enfants exposés aux violences conjugales avec formation des travailleurs sociaux pour l'utilisation de cette brochure et mise en place d'une exposition itinérante.

5. Synthèse des groupes de travail

Début 2013, un atelier de travail par Unité Territoriale (4) a permis aux travailleurs sociaux des services Social, de PMI, de l'ASE de s'exprimer sur les constats de leur réalité de terrain.

Le public Qui ?	Les besoins Comment ?	Les partenaires Avec qui ?
1 : Familles vulnérables : Précarité. Mono-parentales, jeunes mères Parentalités fragiles	Accès aux droits. Médiation familiale. Accueil mère - enfant. Acquisition des apprentissages. Lieu pour « souffler » : Journée ou nuit. Acquisition des apprentissages.	Coopération avec le S.S.D. Convention 63, sollicitation 42. P.M.I., accueil de jour. P.M.I., crèche, AS.MAT. Construire des réponses. Accueil de jour.
2 : Conflits familiaux, parentaux. Séparation conflictuelle. Enfant au cœur des violences.	Médiation familiale. Articulation J.A.F. et J.E.	Justice, S.S.D., A.S.E. Justice et Partage. Police / Gendarmerie
3 : Public avec des conduites addictives : Enfants et parents.	Formation des T.S. Développer les articulations avec dispositifs existants.	Maison des adolescents, La Plage, service d'addictologie, éducation nationale, enseignement catholique, Police / Gendarmerie
4 : Troubles du comportement des enfants. Troubles du comportement des parents.	Diagnostic précoce. Articulation avec l'éducation nationale. Renforcer le travail avec la M.D.P.H., Sainte-Marie, C.M.P.P. Prévention : Bilan de santé. Accès aux soins. On décèle des troubles du comportement : Qui fait quoi ? Comment ? Continuité de la prise en charge. Partenariat avec les I.T.E.P. et I.M.E. Accès aux soins / Diagnostic / Travailler sur les conséquences subies par les enfants.	Pédopsychiatrie. Éducation nationale. Sainte-Marie. I.T.E.P., I.M.E. Sainte-Marie.

Ce tableau de synthèse fait apparaître de façon très succincte les thématiques abordées dans les 4 unités territoriales.

L'ensemble des travailleurs sociaux présents (soit environ 130 professionnels), ont souligné de façon importante une nécessité de décloisonner les services et de mieux connaître les interventions de chacun pour améliorer l'accompagnement des familles.

Le principe d'actions collectives au niveau du soutien à la parentalité est à renforcer dans un cadre local et partenarial.

Il est noté des besoins parfois nommés par les parents et un temps de mise en œuvre de la réponse souvent long (exemples : AED, accueil à la journée pour une mère seule qui a besoin de « souffler »....).

Il est observé une plus grande difficulté des parents à rentrer en relation avec leur enfant, quelque soit l'âge. L'intervention précoce et la visite à domicile sont des outils fondamentaux pour les services.

L'action de l'Aide sociale à l'enfance doit aussi s'orienter sur un travail plus important avec les parents.

6. Approche budgétaire

Les principaux postes budgétaires sont les suivants (hors frais de personnel) :

Coût en euros	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Assistants familiaux ASE	3 410 540	3 478 576	3 617 832	3 573 658	3 799 440	4 190 790
Accueil Etablissements	8 652 951	9 391 741	10 597 090	11 793 903	11 577 824	12 387 782
Allocations mensuelles	474 771	535 124	479 990	322 953	347 529	343 788
AEMO	1 056 252	927 760	923 010	1 144 622	1 146 513	1 191 693
TISF	256 366	410 822	470 201	340 037	437 276	529 868
Prévention spécialisée	90 000	90 000	90 000	90 000	-	-
total	13 940 880	14 834 023	16 178 123	17 265 173	17 308 582	18 643 921

Les relevés d'activités exposés supra donnent les explications à ces fortes évolutions de dépenses; le taux d'augmentation sur 5 ans est de 34 %, bien supérieur à la moyenne nationale de 17 %.

Les marges de progrès

Les contraintes financières sont importantes: les recettes de fonctionnement du Département vont diminuer en 2014 et 2015, le taux d'évolution des dépenses liées à la protection de l'enfance pourra-t-il être maintenu ?

Les dépenses du budget primitif du Conseil général en 2012 :

	En M€	En %	
• SERVICES GENERAUX (frais de personnel compris)*	30,84	12,68	
- dont annuités des emprunts	16,20		
• SECURITE	6,72	2,76	
• ENSEIGNEMENT	15,89	6,54	
- Enseignement du second degré	9,97		
- Autres dépenses (frais de personnel compris)*	5,92		
• CULTURE, JEUNESSE, SPORTS, LOISIRS	10,97	4,51	
- Culture	5,04		
- Sports, Jeunesse et Loisirs	2,58		
- Autres dépenses (frais de personnel compris)*	3,35		
• ACTION SOCIALE ET MEDICO-SOCIALE (frais de personnel compris)*	113,78	46,80	
- Famille et enfance	20,36		
- Personnes handicapées	30,58		
- Personnes âgées	11,91		
- Insertion	14,19		
- Personnes dépendantes (APA)	24,40		
- Autres dépenses	12,34		
• RESEAUX ET INFRASTRUCTURES	40,74	16,76	
- Eaux et assainissement	2,19		
- Routes et voirie	24,40		
- Autres dépenses (frais de personnel compris)*	14,15		
• AMENAGEMENT ET ENVIRONNEMENT	3,91	1,61	
- Environnement	1,65		
- Autres dépenses (frais de personnel compris)*	2,26		
• TRANSPORTS	11,87	4,88	
- Transports scolaires	10,80		
- Autres dépenses (frais de personnel compris)*	1,07		
• DEVELOPPEMENT ECONOMIQUE	8,41	3,46	
- Agriculture	1,62		
- Industrie, commerce, artisanat	1,80		
- Développement touristique	3,54		
- Autres dépenses (frais de personnel compris)*	1,45		
* Pour info, total des frais de personnel	44,61		

Source : Conseil Général 43

Le montant total des dépenses du budget s'élève à 243,14 M€ ; 19,33 % de celui-ci sont destinés à l'investissement, soit 46,99 M€ et 80,67 % sont consacrés au fonctionnement, soit 196,15 M€.

L'action sociale et médico-sociale est la dépense principale du Conseil général; elle représente 46,8 % du budget 2012 et atteint 113,78 M€.

Dans ce montant, 20,36 M€ sont dédiés à la famille et l'enfance, soit 17,9 % du coût total.

En terme de comparaison, l'Allier est à 20,1 %, le Cantal à 14,9 % et le Puy-de-Dôme à 17,1 %.

PARTIE 2

ANALYSE ET OBJECTIFS

I- Analyse du dispositif de protection de l'enfance et des propositions d'actions

L'objectif de cette analyse doit aussi permettre de nourrir les réflexions et débats qui constitueront le cœur des prochains travaux auxquels il se rattache; en l'occurrence, le Schéma Départemental de la Protection de l'Enfance 2013-2017, pour définir notre prochaine politique de Protection de l'Enfance.

Pour cela, nous avons choisi de solliciter les acteurs de terrain, l'ensemble de nos partenaires. Cette démarche a favorisé la production de connaissances sociales destinée à appréhender les caractéristiques d'une réalité de territoire. Notre conduite de diagnostic est aussi à comprendre comme un objectif de rapprochement des acteurs.

Donner du sens à notre action a été fortement présent dans toutes les réflexions des groupes de travail.

Lors de la phase de diagnostic menée de septembre à décembre 2012 avec les acteurs de la protection de l'enfance sur le département de la Haute-Loire (services du Conseil général, autorité judiciaire, établissements et services, partenaires institutionnels), un certain nombre de caractéristiques et problématiques dominantes ont été identifiées, notamment une augmentation croissante des situations présentant des difficultés multiples, des problématiques associées :

- Précarité socio-économique.
- « Conjugopathie » : conflits parentaux, violences conjugales.
- Fragmentation de la cellule familiale : Familles monoparentales et familles recomposées.
- Problématiques addictives.
- Pathologies psychiatriques, déni de soin.

L'ensemble des acteurs du département de La Haute-Loire a ainsi souligné que les situations qui peuvent conduire à l'intervention de l'aide sociale à l'enfance, et éventuellement déboucher sur un placement de l'enfant, sont extrêmement variées (situation sociale difficile de la famille, problèmes socio-économiques, situation médicale des parents qui entraîne une incapacité à s'occuper des enfants, famille qui rencontre des difficultés éducatives face à des enfants ayant des comportements difficiles ou déroutants, etc.).

Par ailleurs, bien que les études chiffrées fassent défaut, de nombreux professionnels évoquent l'existence d'un lien entre pauvreté des familles et difficultés avec leurs enfants. S'il faut se garder de toute généralisation hâtive qui assimilerait pauvreté et placement, la précarité seule ne motive jamais la décision de placement, il a été constaté que la précarité accrue des familles a une influence sur l'activité de l'ensemble des travailleurs médico-sociaux et, de fait sur l'Aide sociale à l'enfance.

En effet, la précarisation des familles liée à des instabilités professionnelles et/ou de logement et une fragilité du réseau relationnel et de solidarité ont des conséquences lourdes sur la qualité des relations parents-enfants.

De façon générale, ont été observées une montée de l'individualisme et de l'isolement social, une évolution négative du rapport à la loi et à l'autorité notamment chez les adolescents, une persistance des phénomènes d'éclatement et de recomposition familiale dont résulte une augmentation des situations de familles monoparentales.

Les prises en charge des familles en difficulté sont souvent fractionnées (SSD, PMI, ASE, PJJ, juge des enfants, juge aux affaires familiales, etc.), et donc perdent en efficacité, avec le risque d'aboutir à l'aggravation des situations et à la mise en danger des enfants, entraînant parfois un placement qui aurait pu être évité par une réelle action de prévention. Les acteurs de protection de l'enfance ont souligné le besoin de mieux connaître les missions de chacun, de formaliser les procédures d'accompagnement de la situation, en veillant à favoriser aussi souvent que possible l'approche collégiale et pluridisciplinaire, en concertation avec les parents.

Le Schéma départemental de prévention et de protection pour l'enfant, l'adolescent et la famille 2013-2017 affirme la nécessité de cette formalisation.

Prenant en compte les évolutions du contexte législatif, les participants au travail d'élaboration du Schéma départemental 2013-2017 se sont appuyés sur des points fondamentaux pour procéder à l'analyse du dispositif de protection de l'enfance en Haute-Loire:

- **L'intérêt supérieur de l'enfant**
- **La place de la famille**
- **La cohérence dans les parcours**
- **L'action de proximité et sa coordination**
- **La souplesse et la diversification des réponses.**

Ces cinq items ont souvent été cités comme repères de travail dans les différents échanges.

Sur la base du diagnostic, le comité de pilotage a validé **cinq axes** pour formuler des propositions d'actions :

- x **Axe 1 Soutien à la parentalité,**
- x **Axe 2 Repérage, traitement et évaluation des situations de danger,**
- x **Axe 3 Amélioration des réponses aux besoins de l'enfant**
- x **Axe 4 Prise en charge des mineurs à problématiques complexes**
- x **Axe 5 Mise en œuvre et suivi du Schéma**

Les propositions d'actions ont été soumises à l'avis de groupes de travail ; ce travail en groupe thématique sur chacun des axes a permis de modifier et valider les propositions de fiches actions tout en leur donnant du sens.

Thématique 1 : Soutien à la parentalité.

Le soutien à la parentalité a mobilisé un très grand nombre de partenaires et les apports ont été riches et variés tant le titre de cette thématique recouvrait un domaine étendu.

Le premier constat est la difficulté à partager une définition du soutien à la parentalité : chacun le considère au regard de ses missions et compétences, posant ainsi les questions des limites d'intervention et de complémentarité d'actions.

La famille est le premier lieu de construction de l'enfant, elle joue ainsi un rôle fondamental dans la cohésion sociale. Cependant, dans cette fonction d'éducation de leurs enfants, tous les parents sont susceptibles de rencontrer des difficultés, parfois accrues du fait de l'existence de problèmes sociaux.

Les actions de soutien à la parentalité visent à appuyer et à soutenir les parents en difficulté durable ou passagère dans leur rôle au quotidien vis-à-vis de leurs enfants. Elles se différencient des dispositifs de responsabilisation parentale qui ont pour objet d'inciter voire d'obliger les parents à assumer leurs responsabilités éducatives.

Les discussions ont porté sur de nombreux points, la plupart en rapport avec des besoins en prévention.

Ainsi, à travers plusieurs propositions, la nécessité d'**améliorer les dispositifs de soutien à la parentalité** a été tracée selon plusieurs voies, et notamment par le développement :

- d'actions de prévention précoce de diverses natures aussi bien dans le champ social que médico-social,
- d'actions collectives de développement des compétences parentales,
- de lieux d'écoute et d'accueil de proximité parents-enfants,
- du recours à la médiation familiale,
- d'une collaboration et d'une proximité avec la Maison des Adolescents,
- du recensement des actions de soutien à la parentalité existantes pour mieux informer les professionnels puis, les familles,
- de la coordination des dispositifs autour du soutien à la parentalité.

Toujours dans un souci d'interventions les plus précoces possibles, **la prévention périnatale** a également fait l'objet de propositions de poursuite ou de renforcement d'actions existantes telles que :

- les visites à domicile des sages-femmes et puéricultrices de PMI ou les aides au foyer par les TISF,
- la poursuite ou le renforcement des liens avec les maternités, le réseau périnatal,
- le développement de l'entretien prénatal précoce du 4ème mois de grossesse.
- associer les professionnels de PMI du Conseil général au réseau d'information collective créé par la CAF et la CPAM.
- recenser les plaquettes, brochures destinées aux futurs parents pour diffuser plus efficacement l'information.

Les échanges autour de cette thématique ont démontré une richesse d'actions en place mais une qualité d'information insuffisante, et le besoin de renforcer la coordination et le partenariat. La notion de travail en réseau local semblait faire l'unanimité pour mieux répondre en termes de prévention.

Les participants ont aussi amené l'idée de mieux articuler une offre généraliste d'information avec une autre destinée à répondre aux besoins spécifiques de certains publics, de façon à couvrir toute la population et à ne pas stigmatiser les plus en difficultés. Le comité départemental de la parentalité permettra-t-il de répondre à ces attentes?

L'organisation d'une information de proximité, destinée aux familles, demeurent donc à construire. La parentalité implique les idées de proximité et de dynamique entre les institutions, les associations.

Le soutien à la parentalité mérite d'être considéré comme un investissement social "rentable" permettant de renforcer la cohésion sociale et d'éviter des interventions curatives ultérieures. Les professionnels de terrain ont le sentiment de négliger le préventif et insistent sur l'intérêt de le développer, dans l'intérêt des familles, mais également dans l'objectif à long terme de réduire les coûts du curatif. Il contribue à éviter de tomber dans l'urgence sociale.

Deux âges de la vie semblent faire l'objet de plus de besoins de la part des parents : la petite enfance et l'adolescence.

Les professionnels de la pédopsychiatrie et de la PMI ont en effet rappelé que la période prénatale serait la plus propice à un travail de mobilisation psychique des parents et au développement des capacités et compétences parentales. Elle est à privilégier en matière de prévention de maltraitance à l'égard des enfants.

Les facteurs de risque peuvent être aussi bien somatiques (grossesses pathologiques, accouchements difficiles ou traumatiques, séparation mère-enfant dès la naissance...) que psychologiques (isolement social, problèmes conjugaux, deuil ou stress important...). La rencontre avec un nouveau-né » dont on n'a pas le mode d'emploi » peut occasionner un sentiment d'incompétence, de solitude. Il est important que chaque nouveau parent, dès la période de la grossesse, puisse bénéficier d'une écoute professionnelle où les angoisses, inquiétudes, appréhensions, pourront être accueillies.

Pour répondre au plus près des besoins et des attentes des familles, il est souhaitable de proposer une prise en charge le plus en amont possible des troubles de la relation mère/enfant, dans une prévention précoce autour de deux événements clés pour la famille :

- ✓ l'entretien du 4ème mois de grossesse,
- ✓ le retour au domicile de l'enfant et de sa mère.

Au sein des familles, les écrans se sont multipliés : le numérique omniprésent inquiète souvent les professionnels de terrain. De nombreux parents se sentent parfois seuls et isolés face à leurs questionnements, ne sachant quelle attitude adopter pour protéger leurs enfants des déviances du numérique, tout en leur permettant de profiter d'outils ou de pratiques devenus incontournables. D'autres parents, en grandes difficultés, autorisent l'utilisation des écrans à leurs enfants de façon abusive, y trouvant là un moyen de «les occuper».

Les parents sont en attente de conseils pratiques et simples; l'écoute et le partage entre parents permettrait un passage de relais entre pairs, d'échanger sur des comportements de bon sens.

La question du numérique, écrans en est une parmi tant d'autres qui pourrait être abordée dans le cadre de lieux ressources favorisant la réflexion entre parents et la transmission des repères éducatifs.

Les relations parents/établissements scolaires ont aussi été à l'ordre du jour. Pour toutes les difficultés rencontrées par un enfant ou un adolescent (absentéisme, comportement, difficultés d'apprentissage...), la concertation école/parent/élève doit se faire suffisamment tôt. Les élèves sont souvent dans la souffrance pour des raisons très variées et l'investissement à l'école est alors complexe pour eux. Les parents ont bien souvent besoin de soutien concernant leur compréhension des difficultés de l'enfant et leur relation avec l'école.

Le sommeil et l'alimentation sont aussi malmenés par de nouvelles habitudes de vie. Les professionnels constatent des besoins sur ces questions qui ont des conséquences sur le bon développement de l'enfant et de l'adolescent. L'hygiène et l'accès aux soins sont également défaillants dans l'éducation des enfants.

Globalement, certains parents isolés et en difficultés ne sont pas entrés dans les apprentissages sur des besoins essentiels de l'enfant, lesquels se transmettaient davantage par le passé de génération à génération. Il est difficile d'être parent aujourd'hui, il est devenu impossible de s'appuyer sur les modèles éducatifs du passé. Ils ont besoin d'être confortés dans leurs ressources pour mobiliser et valoriser leurs compétences.

La parentalité est un processus dynamique du « devenir parent », c'est un phénomène évolutif nécessitant des réaménagements à chaque étape du développement de l'enfant, mais aussi en fonction des problématiques familiales, financières, sociales...

Les participants aux ateliers ont complété le travail d'analyse par des échanges riches en constats et propositions :

Les conflits extrêmes entre parents séparés ont des incidences psychiques parfois dévastatrices pour l'enfant. Cependant, ces éléments psychiques sont difficilement repérables et exigent en termes d'évaluation des outils spécifiques et des compétences qui ne sont pas toujours disponibles. Ces dimensions sont d'autant plus critiques que ces situations, sans mauvais traitements physiques, donc plus difficilement repérables, concernent souvent des familles sans difficulté socio-économique et moins connues du Service Social ou du service de PMI.

Les échanges sur les situations portées à la connaissance du service de l'Aide Sociale à l'Enfance et des partenaires indiquent une nette augmentation des cas d'enfants impactés par des conflits parentaux et des violences conjugales.

La violence conjugale fait partie des problématiques les plus associées aux mauvais traitements envers les enfants; elles sont :

- 1) la toxicomanie, les addictions.
- 2) les problèmes de santé mentale.
- 3) la violence conjugale.
- 4) les déficits cognitifs.

Ces problématiques sont repérées en évolution sur le plan national et ce même constat est présent en Haute-Loire.

Des représentants des services de Police et de Gendarmerie se sont mobilisés tout au long des travaux du Schéma par une participation active aux groupes de travail. Ils ont aussi souligné ces mêmes problématiques dans leurs interventions et un besoin de mieux connaître les rôles des différents acteurs présents sur le terrain.

● Focus sur les évolutions des caractéristiques des femmes enceintes, des mères et de leurs enfants dans le champ de la prévention précoce en périnatalité

La situation sociale, familiale et / ou économique, peut avoir des conséquences préjudiciables sur la grossesse et l'accueil de l'enfant. Les sages-femmes de la PMI lisent attentivement toutes les déclarations de grossesse transmises par la C.A.F. et portent une attention particulière à certains «clignotants» :

- Grossesse déclarée tardivement.
- Jeune âge de la future mère, en particulier pour les mineures.
- Primipares âgées.
- Multipares.
- Femmes isolées.

À ces éléments s'ajoutent d'autres situations à risque : violence conjugale, rupture familiale,

addictions, pathologies psychiatriques, situation de handicap, ... repérées par les services médico-sociaux des Unités Territoriales, les maternités, les partenaires, ...

Ces situations qui peuvent être source de difficultés de prise en charge pour les équipes nécessitent un travail en réseau.

L'évolution des modes de vie et des liens intergénérationnels, la fréquence des situations de monoparentalité, renforcent l'isolement des nouvelles mères face à leur bébé. Parallèlement, les séjours en maternité se sont notablement réduits (3 à 5 jours), le dispositif de permanence des soins assurée par les médecins généralistes présente des insuffisances et l'accès à un pédiatre de ville demande un délai très important, voire impossible.

La précarité des situations de travail de nombreuses familles ne leur permet pas de bénéficier d'une assurance complémentaire, alors qu'elles sont hors du cadre de la C.M.U. Pour ces familles, l'accès aux soins est un problème qui conduit à limiter et à retarder la sollicitation des professionnels de santé de ville, comme le recours aux établissements de santé.

Les addictions chez les femmes enceintes constituent aussi un indicateur peu favorable, à prendre en compte dans le cadre de la prévention précoce en périnatalité.

Les adultes handicapés mentaux qui deviennent parents méritent aussi un accompagnement et un suivi adapté en matière de périnatalité.

La PMI a plusieurs outils d'intervention :

Les suivis et permanences effectués par les puéricultrices, ainsi que les consultations des médecins de la PMI permettent aussi d'accompagner la relation parent - enfant et de prévenir d'éventuels mauvais traitements en essayant d'instaurer un climat de confiance avec la famille, afin de lui apporter le soutien nécessaire.

Les consultations sont un outil de prévention et de diagnostic, à la croisée du médical, du social et du psychologique, qui s'adressent aux familles en complémentarité du médecin traitant et du pédiatre. Elles sont un lieu d'observation, de pratique clinique, d'éducation à la santé et d'accompagnement du lien parent - enfant. En Haute-Loire, le service de PMI organise entre autres 17 lieux de consultations médicales de prévention pour jeunes enfants ; ces derniers bénéficient, pour la majorité, d'une animation en salle d'attente qui devient un lieu de rencontres enfants - parents. La lecture, la musique, les jeux, ... sont alors des outils pour éveiller les parents à une forme ludique d'exercice de parentalité.

Depuis quelques années, les sorties de maternité se font de plus en plus précocement, ce qui implique un soutien plus intense lors du retour au domicile de la mère et du bébé. À la différence des permanences et des consultations, les visites à domicile sont un outil essentiel qui permet d'observer le cadre de vie offert à l'enfant au sein de sa famille, élément important dans la prévention.

Les interventions des professionnels de la PMI relèvent aussi de la protection de l'enfance dans le cadre des évaluations d'Informations Préoccupantes, part importante de leur activité. Cette mission prioritaire réduit le temps disponible pour les actions de prévention.

Les suivis PMI mis en œuvre du fait des fragilités parentales sont souvent lourds d'emblée car les difficultés sont majeures. Il y a une dizaine d'années, on intervenait directement sur les compétences parentales, c'est à dire sur ce qui s'apprend ; aujourd'hui, il faut soutenir les parents dans leurs capacités parentales, ce qui fait appel au psychisme des parents et surtout à leurs difficultés psychologiques quelles qu'elles soient, d'où des suivis plus longs, plus compliqués.

Dans ce contexte, il convient de réaffirmer que le repérage des parents vulnérables ou fragiles pour prévenir leurs difficultés demande du temps et de l'écoute. Ces temps sont indispensables

pour remplir les fonctions d'information, de suivi, de coordination et de relais au cœur de la prévention précoce en périnatalité. En effet, si les situations les plus difficiles sont relativement bien prises en charge aujourd'hui (mères toxicomanes par exemple), la question critique reste l'accès de toutes les mères à la prévention précoce en périnatalité et au service de Protection Maternelle et Infantile.

Dans cette perspective, il s'agit :

De réaffirmer la vocation « universelle » de ces missions, à destination de tous les publics, non ciblés ; elle touche à la fois les familles ne faisant pas volontairement la démarche de contacter un professionnel et celles qui ont été repérées.

D'adapter les modalités actuelles d'organisation pour accompagner les mères les plus vulnérables, mais aussi celles qui se révèlent démunies face à leur nourrisson.

D'accompagner les mères dans ce parcours périnatal pour qu'elles bénéficient pleinement de ce qui est mis en place.

Il s'agit également d'intervenir le plus en amont possible pour aider les parents et leurs enfants, avant que des difficultés majeures n'apparaissent, dans l'idée d'une prévention générale permettant de soutenir les familles, de prévenir l'apparition de difficultés ou de les repérer le plus précocement possible pour éviter leur aggravation.

Les actions collectives sont aussi des lieux de rencontres et d'échanges entre parents et entre parent - enfant, soutenus par un, ou des professionnels. En milieu rural, c'est souvent le seul lieu propice à ce type de rencontres, permettant ainsi de favoriser la socialisation et de rompre l'isolement.

L'importance de ces actions collectives montre la nécessité de les développer, de davantage en communiquer l'existence aux familles et à l'ensemble des professionnels sur tout le département et de pérenniser celles pertinentes, qui existent déjà.

Le service social est aussi engagé dans des actions de soutien aux familles et à la protection de l'enfance :

- Instruction des demandes d'aides financières et accès aux droits
- Soutien à la parentalité pour la prise en compte des besoins des enfants (alimentation, sommeil, hygiène, socialisation, loisirs, scolarité, santé ,...)
- Aide à domicile au travers de l'intervention d'aides ménagères ou de travailleuses familiales
- Évaluation des Informations Préoccupantes et participation à la mise en œuvre des mesures de protection

Les difficultés de certains partenaires et de nouveaux positionnements institutionnels induisent des sollicitations nouvelles qui interrogent sur les limites d'intervention et sur le cadre des missions du service social départemental (SSD), notamment en zones rurales.

Ce désengagement est perceptible aussi bien dans le domaine de l'accès aux droits (Caisse d'Allocations Familiales, Caisse Primaire d'Assurance Maladie, Caisse d'Assurance Retraite) que dans le suivi des publics (service social scolaire, psychiatrie...), Les réalités des unités territoriales sont différentes et la question de la prise en compte des besoins de chaque territoire est soulevée.

Les demandes d'accès aux droits augmentent avec, pour certaines prestations, un passage obligé par le travailleur social et une complexité accrue de la constitution des dossiers administratifs.

Le sentiment de perte de sens des interventions se développe pour les assistants sociaux de secteur avec pourtant une volonté de revaloriser le travail d'écoute, de diagnostic et d'accompagnement.

Les professionnels s'interrogent pour résoudre un certain nombre de «contradictions» :

- prévention / protection,
- contractualisation / assistance,

- approche globale/ actions ciblées,
- actions dans l'urgence/ actions dans la durée...

Conformément à l'article L123-2 du code de l'action sociale et des familles, « le service public départemental d'action sociale a pour mission générale d'aider les personnes en difficulté à retrouver ou à développer leur autonomie de vie ». Il s'agit d'écouter, d'aider, de conseiller, d'orienter et d'accompagner la population, dans la résolution des difficultés qu'elle rencontre, dans le cadre des missions dévolues au Département. Le soutien à la parentalité trouve là toute sa place.

Les assistants sociaux de secteur constatent que certains parents ne savent pas effectuer certains gestes éducatifs, parce qu'ils ne les ont pas appris. D'autres les ont appris mais d'une façon rudimentaire. Ils ne savent pas qu'on peut parler à un nourrisson, qu'on peut expliquer à un enfant les événements dont il est témoin, qu'on peut écouter sa souffrance, qu'il est important d'établir des rythmes et des habitudes de vie. D'autres sont débordés. Ils ont du mal à se faire obéir, à dire « non », à organiser le quotidien.

Les problématiques et besoins des familles étaient les mêmes dans les échanges sur les 4 unités territoriales.

Les constats issus du diagnostic des travailleurs sociaux de secteur sont donc les suivants :

- des usagers qui ont de plus en plus de difficultés à se positionner en tant que parents,
- la crise de l'autorité parentale qui se répercute chez l'enfant par un manque de repères et de limites éducatives et concerne les enfants dès le plus jeune âge,
- la fragilité de la cellule familiale (des familles monoparentales ou recomposées en nombre croissant),
- l'enfant instrumentalisé, devenant un enjeu lors de relations conflictuelles dans le couple.

Les difficultés liées à la fonction parentale, les bouleversements des modèles familiaux et sociaux, bousculent les repères éducatifs. Les mutations de la cellule familiale (monoparentale, recomposée, en crise...) engagent des accompagnements toujours plus denses et complexes. Des problèmes d'addiction et des troubles psychiatriques sont davantage repérés tant au niveau des adultes que des jeunes. Le contexte économique en difficulté accentue la précarité des familles, ce qui a des conséquences sur la prise en charge au quotidien des enfants et sur les liens parents-enfant.

Des axes d'actions prioritaires sont ainsi identifiés :

- rompre l'isolement des parents,
- soutenir les personnes ayant des difficultés conjugales ou ayant subi des violences intrafamiliales,
- favoriser l'insertion sociale et professionnelle des parents isolés,
- développer les partenariats en matière de prévention et de prise en charge des situations, notamment en renforçant la collaboration avec les acteurs locaux.

Qu'elles s'inscrivent dans le cadre de la prévention primaire ou de la prévention secondaire, des réponses diverses concernant le soutien à la parentalité existent dans les territoires, sans que, pour autant, les acteurs et les publics concernés en aient une connaissance exhaustive. Mais des problématiques spécifiques sont aujourd'hui à prendre en compte, telles que l'accompagnement des jeunes parents. Au-delà de l'accompagnement individuel, le soutien à la parentalité peut être opérant par le moyen des actions collectives qui émergent sur les territoires et qui sont encore à développer.

Le travail de partenariat

Les **REAAP** existent en Haute-Loire et ont été évoqués : ils visent à combattre l'isolement et la solitude, à offrir aux enfants un lieu d'apprentissage de la vie sociale, à faciliter la vie des familles. Ils abordent notamment les questions relatives aux besoins de l'enfant, aux relations parents-enfants et à l'éducation dans le milieu familial : l'autorité, la gestion des conflits, le respect des règles de vie, la fixation des repères et de limites, les relations familles écoles... Il s'agit de valoriser les compétences des parents, de les aider à surmonter les difficultés ponctuelles liées à l'exercice de la fonction parentale. Le REAAP est un réseau d'associations et d'institutions qui proposent des actions à des parents de notre département.

En Haute-Loire, une convention intervient avec la CAF, la MSA, la Fédération ADMR, la Fédération UNA et le Conseil général pour la mise en place de **TISF** et d'auxiliaires de vie sociale. Elle est un outil multipartenarial de qualité pour prévenir les difficultés familiales ou sociales, renforcer le maintien de l'autonomie des familles et, soutenir la fonction parentale.

La TISF a un type d'intervention ancrée dans la vie des familles et peut ainsi aider la mère à construire ses propres compétences de parent. La pertinence du dispositif TISF a été soulignée. Mais là encore, nous retrouvons un besoin de cibler davantage les objectifs d'intervention et de renforcer la coordination des actions des différents intervenants au sein d'une même famille.

La loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance consacre la mesure judiciaire d'aide à la gestion du budget familial (**MJAGBF**). Cette mesure confie aux délégués aux prestations familiales une vraie mission éducative auprès des parents visant à redonner aux familles une autonomie administrative et financière et, par voie de conséquence, à garantir une plus grande protection pour les enfants. L'UDAF de Haute-Loire, qui exerce une soixantaine de mesures sur le département souligne l'intérêt de cet outil reconnu de soutien à la fonction parentale et d'aide à la gestion du budget familial.

En mai 2012, **l'UDAF et la CAF de la Haute-Loire** ont reçu du Ministère des Solidarités et de la Cohésion sociale, le label : "Maison pour les familles". Le projet que portaient l'UDAF et la CAF sur le département de la Haute-Loire s'est alors concrétisé avec l'ouverture le 17 janvier 2013 d'un lieu identifié pour les familles, dénommé : «Côté Parents».

«Côté Parents» est un lieu d'accueil, d'écoute, d'orientation et d'information pour les familles afin de les accompagner dans leur fonction parentale.

En plus de recevoir les familles qui le souhaitent sur des plages horaires très larges et adaptées, cette maison est aussi le lieu de croisement de tous les partenaires départementaux agissant dans le champ de la parentalité et de la conjugalité et a donc une vocation de valoriser ce formidable réseau altiligérien.

Des ateliers collectifs et des groupes de paroles se réunissent dans ces locaux. Le double objectif, et il rejoint celui du réseau se constituant, est de faire un diagnostic territorial de la situation de la Haute-Loire en matière de soutien à la parentalité et de pouvoir ainsi impulser et mettre en place de nouveaux collectifs et de nouvelles structures là où la demande est constatée.

La convention d'objectifs et de gestion de la CNAF 2009-2012 visant à développer des services pour les familles et à optimiser la gestion de la branche Famille est mise en évidence par les participants aux travaux de la CAF de Haute-Loire. Ils ont le souci de conduire une action sociale familiale par de multiples interventions qui permettent d'apporter des réponses globales aux familles. Leur engagement est important pour développer l'accueil des jeunes enfants, pour accompagner les familles dans leur cadre de vie et soutenir les personnes vulnérables de notre département.

La **MSA de Haute-Loire** pointe l'isolement géographique et donc social de certaines familles dans un territoire rural comme la Haute-Loire. Partenaire du monde agricole, elle mène des actions pour lutter contre les situations précaires et les difficultés de mobilité. Les territoires ruraux forts d'une solidarité très présente par le passé, connaissent plus d'isolement et les liens sociaux sont plus

précaires. Ce constat l'amène à renforcer ses interventions sur les services d'aide à la personne et à dynamiser les emplois agricoles.

Des **difficultés d'accès aux soins** ont été relevées et particulièrement l'accès aux soins de santé mentale. Différents facteurs qui en sont à l'origine ont été décrits :

- une file d'attente importante pour les consultations dans les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile, CMPP ;
- un désajustement, une inadéquation entre l'offre de services et les besoins en consultation de pédopsychiatrie ;
- des difficultés d'accès aux soins pour les familles en grande précarité sans couverture sociale ;
- des difficultés de déplacements des familles, particulièrement en milieu rural, vers les lieux de soins.

Faciliter l'accès aux soins en général et en raccourcir les délais sont apparus comme des priorités dans ce domaine, notamment pour les enfants et leurs parents nécessitant des soins de santé mentale, les enfants et familles en grande précarité.

De nombreux travailleurs sociaux constatent une dégradation de l'état des jeunes en souffrance psychosociale avec son cortège d'addictions, d'isolement, de pression scolaire, d'insertion retardée, de relations familiales tendues, de difficulté d'accès aux soins, etc.

Des difficultés d'articulation sont soulignées entre les différentes prestations offertes aux familles (AED/TISF/AEMO/Accueil externalisé) et, la multiplicité des intervenants peut entraîner une perte de repères pour les familles (et parfois même pour les professionnels). De ce fait, la juxtaposition de mesures dans les situations les plus complexes n'est pas toujours efficiente.

Les travailleurs sociaux de secteur font part de difficultés rencontrées du fait d'Ordonnances de Placements Provisoires parfois non exécutées (accueil externalisé...) en raison d'absence de réponses immédiates et adéquates: sur-effectif du dispositif départemental, problématiques multiples.. Ils peuvent se sentir responsables d'une mise en danger aggravée du fait de la non-exécution de certaines mesures dans un délai proche et questionnent leur rôle dans ce contexte.

Dans ce contexte sociétal fragilisé, la structure familiale a connu des évolutions importantes et profondes (monoparentalité, familles recomposées, liens entre les générations...).

La place de chacun, adulte, jeune, enfant, s'est modifiée, parfois fragilisée autant au sein de la famille que dans la société.

La montée en charge du nombre des situations familiales repérées, la complexité des problématiques rencontrées, l'augmentation du nombre d'enfants en risque ou en danger, interrogent leurs pratiques professionnelles, leurs modes d'intervention.

La prévention et la protection de l'enfance nécessitent de conduire un travail multipartenarial. La connaissance partagée des savoir-faire, missions, règles de fonctionnement de chaque type d'intervenant apparaît indispensable et à entretenir dans la durée. Ainsi, ils préconisent de mieux connaître les acteurs intervenants afin d'offrir une lisibilité et une visibilité des différentes formes d'intervention pour mieux accompagner les familles.

Les services social et de PMI constatent un besoin d'accueil pour des parents ayant besoin de « souffler » et un travail est à engager auprès des assistants maternels et des structures collectives pour le développer.

En réponse à ces situations, le constat suivant est fait :

- Repérage complexe du « qui fait quoi » dans le soutien à la parentalité.
- Absence d'outil récapitulatif des rôles, des missions et des articulations entre les acteurs.
- Les professionnels ont besoin de repères partagés sur le contenu de l'autorité parentale.

- Questionnement sur les nouvelles problématiques familiales rencontrées et sur les réponses à apporter.
- Accès à l'information et aux droits insuffisamment développé pour les familles.
- La contractualisation des suivis n'est pas suffisamment formalisée.

Chacun est conscient que la prévention est à développer tant dans l'intérêt des familles que pour éviter à moyen ou à long terme, des coûts importants de traitement des difficultés bien ancrées. La prévention est un domaine dans lequel le Conseil général a mis en œuvre un certain nombre d'actions et de moyens qu'il est nécessaire de développer, de mieux coordonner et qui doit prendre plus en compte le travail collectif.

Le Conseil général a réorganisé ces services enfance famille afin de développer plus de proximité avec les usagers. Cette organisation doit permettre de développer une politique de prévention plus particulièrement dans le domaine éducatif et la parentalité, de faciliter et impulser une approche par projet, tant dans le travail individuel que collectif.

Le soutien à la parentalité est une ambition sans cesse à actualiser au regard des évolutions sociales. Les difficultés rencontrées par les parents sont complexes, tant dans leur variétés que dans leurs évolutions, ou leurs interactions. La volonté du Conseil général de maintenir les liens familiaux, d'éviter les séparations oblige à repenser les priorités d'actions en fonction des évolutions qui sont observées. L'approche globale des besoins de l'enfant et de sa famille doit être favorisée pour mobiliser toutes les ressources et les acteurs de façon coordonnée et efficiente.

Les fiches action de l'axe 1 ont été modifiées avec la prise en compte des observations et validées.

La prévention constitue le fondement de toute intervention sociale et médico-sociale.

Les orientations de ce Schéma seront adossées à la nécessité de renforcer toutes les interventions précoces, en vue d'enrayer le développement de troubles ou de souffrances affectant l'équilibre des enfants et de leurs familles.

Les services de PMI, du SSD et de l'ASE du Conseil général mettent en œuvre une politique de prévention des difficultés sociales, médico-sociales mais aussi d'accompagnement de celles-ci.

Il conviendra d'étayer la complémentarité entre ces services, mais aussi avec les partenaires pour gagner en cohérence et en efficacité.

La territorialisation de l'action médico-sociale encouragera la prise en compte des facteurs locaux dans l'adaptation de nos soutiens auprès des familles au sein de leur environnement habituel.



Thématique 2 : Repérage, traitement et évaluation des situations de danger.

Le système de repérage des situations de danger ou de risque de danger se situe au cœur du dispositif départemental de protection de l'enfance. Il constitue en effet la principale voie d'accès des publics aux services de l'Aide sociale à l'enfance, autant que le premier porteur de l'application, dans le département, du principe de subsidiarité de l'intervention de l'autorité judiciaire.

En 1993, 114 Informations Préoccupantes étaient dénombrées en Haute-Loire, ce chiffre passant à 533 en 2012, soit une hausse de 368 % qui représentent 419 Informations Préoccupantes supplémentaires à traiter. L'explication de ce phénomène est liée à l'évolution de la législation et du contexte social, plus qu'à celle de la démographie. On constate sur 2012 et l'année en cours, à ce jour, une stabilisation du nombre d'informations reçues.

La loi de mars 2007 instituant un lieu unique de recueil des Informations Préoccupantes a permis un meilleur repérage et une coordination des actions. Le travail d'observation et d'évaluation sur les situations est plus pertinent et repère mieux les risques de danger. Ces dernières années, les carences éducatives, les violences familiales et les séparations conflictuelles sont les critères majoritaires du déclenchement d'une Information Préoccupante.

L'organisation d'une cellule départementale unique de recueil et de traitement des Informations Préoccupantes est un point central de la loi du 5 mars 2007 portant réforme de la protection de l'enfance. Cette cellule a été mise en place dès avril 2007 en Haute-Loire. La notion d'Information Préoccupante permet d'envisager la possibilité d'une intervention précoce auprès des mineurs et des familles avant l'apparition même d'une situation de danger. De plus, la CASSED permet de renforcer :

- ♦ Tant la cohérence des démarches d'évaluation des Informations Préoccupantes.
- ♦ Que l'organisation et la coordination des contributions des différents acteurs à l'évaluation de l'Information Préoccupante.

Le dispositif enfance en danger doit à la fois minimiser le risque de non détection d'enfants en danger, mais, également, éviter l'afflux massif d'informations infondées. Le nombre d'Informations Préoccupantes reçues par le Conseil général pose la question des conditions de leur traitement, y compris en terme de moyens que cela implique. Par ailleurs, cela pose aussi la question de l'organisation de l'information, de la sensibilisation des professionnels et de leur formation à l'évaluation. Le renforcement de l'expertise en matière d'évaluation des équipes du Conseil général constitue un enjeu important d'autant que les responsabilités du Département se sont accrues en la matière et que, par ailleurs, cela constitue bien souvent le point de départ de l'accompagnement proposé aux familles. En 2011 et 2012, le Conseil général de la Haute-Loire a retravaillé sur sa procédure d'évaluation, a distingué l'information occupante de l'Information Préoccupante, a rédigé une trame de rapport type et a enfin accompagné les professionnels par une formation leur permettant de la mettre en œuvre. Ce travail a nécessité l'implication des cadres et des professionnels de terrain, les a conduits à une réflexion et à une construction de cette nouvelle procédure de façon transversale.

Un signalement est fait à l'autorité judiciaire par les services du Conseil général quand :

- il n'est pas possible d'évaluer la situation de danger signalée ou que la famille refuse l'intervention des travailleurs sociaux,
- les mesures d'accompagnement entreprises ne sont plus opérantes et l'enfant est en danger,
- il y a suspicion ou plainte concernant des abus sexuels ou toute autre infraction pénale susceptible d'être commise au préjudice d'un mineur.

Comptant parmi les principaux pourvoyeurs d'Informations préoccupantes, l'Inspection Académique et l'Enseignement privé sont des partenaires privilégiés du Conseil général dans sa mission de protection de l'enfance. Afin de compléter les interventions du service social en faveur des élèves de l'Inspection académique, centrées sur les collèges et les lycées, tous les

enseignants ont un rôle fondamental dans les établissements scolaires afin de garantir une veille sur les difficultés des enfants.

Les acteurs soulignent l'importance de la clarté, de la simplicité et de l'exactitude des informations délivrées à l'enfant et à ses parents autour du recours à la cellule départementale unique, tant sur la nature des éléments transmis que sur la procédure qui s'engage et les délais probables de décision.

La situation des enfants victimes de mauvais traitement est à envisager de manière spécifique, en termes de délais, notamment au regard de la nécessité de protéger l'enfant.

La question des délais est d'abord envisagée à travers l'exigence ou non d'une protection immédiate du mineur. Lorsqu'une protection immédiate est nécessaire, les acteurs de la protection font preuve de la réactivité nécessaire. Le seul bémol porte sur l'appréciation de l'urgence et du danger en-dehors des situations qui relèvent clairement d'infractions pénales commises à l'encontre du mineur.

Un guide départemental de procédure enfance en danger est en cours de diffusion. Une communication est réalisée auprès des partenaires concernés.

Les constats du groupe de travail :

- **Des notions de danger et d'urgence imprécises et non partagées.**
- **Le besoin d'un soutien technique renforcé auprès des T.S. dans le cadre de l'évaluation.**
- **Le rôle de la C.ASED. est peu repéré par certains professionnels (enseignants, centres de loisirs et les médecins libéraux).**

Conclusions du groupe de travail :

Cette mission d'évaluation mobilise en premier chef les Travailleurs Médico-Sociaux des services du SSD et de la PMI, mais également ceux des services spécialisés.

L'identification positive de la Cellule dans notre département a été largement soulignée même si le travail, de communication sur son existence, est à poursuivre.

Le travail engagé par le Département sur la nouvelle procédure d'évaluation et de traitement des situations d'enfants en danger, ou en risque de danger nécessitera d'en mesurer l'efficacité et la plus-value.

Malgré ces progrès, des marges d'évolution sont encore à envisager :

- La mise en œuvre de la nouvelle procédure à étayer avec certains partenaires.
- Une révision des conventions et protocoles existants entre le Parquet, le Département, la Préfecture, l'Inspection Académique, ...
- Des actions d'information à destination de personnes en contact professionnel avec des enfants : Enseignants, personnels des cantines, des centres de loisirs et des structures d'accueil petite enfance, médecins libéraux, ...

La cellule en Haute-Loire constitue bien l'interface avec les services départementaux (protection maternelle et infantile, action sociale et aide sociale à l'enfance) et les juridictions, principalement le parquet, dont elle est l'interlocuteur privilégié. Elle travaille également avec l'ensemble des acteurs concernés par la protection de l'enfance (éducation nationale, services sociaux, établissements de santé, médecins, associations, police et gendarmerie, élus...) et est parfois en relation avec le service national d'accueil téléphonique pour l'enfance en danger, qui lui communique les Informations Préoccupantes que lui-même a reçues.

L'intention, avec la création de cette nouvelle structure, était d'éviter la déperdition des Informations Préoccupantes concernant les mineurs en danger ou risquant de l'être en s'assurant que toutes ces informations convergent vers un même lieu. Dans notre département, les statistiques des dernières années montrent bien qu'elle est clairement identifiée et qu'elle remplit efficacement sa mission.

Les fiches action de l'axe 2 ont été modifiées avec la prise en compte des observations et validées.



Thématique 3 : Amélioration des réponses aux besoins de l'enfant.

Depuis le dernier Schéma, les « outils » ont évolué, une palette de possibilités a pris place entre la mesure éducative à domicile et le placement : augmentation des TISF, accueil séquentiel expérimental, accueil externalisé, accueil d'urgence au foyer de l'enfance, meilleure couverture territoriale par les maisons d'enfants. Il reste à améliorer ces dispositifs : tel est le sens de cette thématique.

Les observations de l'état des lieux actuel du département, de celui des mineurs en difficultés, des problématiques rencontrées par les familles, des réponses institutionnelles apportées ont facilité l'élaboration de notre diagnostic sur cette thématique.

Les équipes intervenant en **AED, AEMO, accueil externalisé** insistent sur le besoin d'interventions le plus en amont possible. Des carences éducatives majeures, des situations de danger provoquées par un conflit parental et un besoin de soins face à des états psychiques dégradés sont des constats marquants. Ces besoins de soins non satisfaits rendent leur travail inopérant et très complexe.

À la faveur du Schéma départemental, il convient d'engager des travaux sur les modalités d'intervention en AED et AEMO, ainsi que sur l'amélioration des articulations de service à service.

Un référentiel sera à élaborer, devant permettre de définir et de formaliser les modalités pratiques de l'intervention de **l'AED et de l'AEMO**, pour l'ensemble des professionnels.

Il est souligné la difficulté en AED de l'évaluation de l'adhésion des parents dès le stade de leur information (point qui risque de mettre en échec la mesure).

Lorsqu'une mesure d' AED tarde à se mettre en place, il est à craindre que la situation ne se dégrade.

Aussi, il convient d'engager une réflexion sur le positionnement de la PMI et du SSD sur ce laps de temps. Une articulation entre ces services et l'équipe d' AED, est à construire sur le rôle de chacun avant, pendant et en fin de mesure.

Cette question d'articulation se pose aussi lors des interventions de l' AEMO et des mesures de placement externalisé, voire de placement.

L'organisation de la transition entre une mesure d'action éducative et un placement, ou, inversement, lorsqu'un placement est sur le point de s'achever et d'aboutir à un retour en famille reste à travailler davantage sur le département.

L'articulation des mesures de chacun et les échanges entre professionnels sont nécessaires au bon exercice de nos **missions au pénal et en assistance éducative**. Les familles doivent aussi être informées de ces échanges afin d'explicitier le « qui fait quoi ». Il paraît indispensable de connaître l'existence d'une mesure d'assistance éducative quand une mesure **PJJ** doit se mettre en place. Le lien semble se faire de façon informelle et ponctuelle entre la PJJ et l' ASE par des appels téléphoniques ou des rencontres, des synthèses pour échanger sur des situations.

L'accueil familial est assuré en grande partie par les Assistants Familiaux employés par le C.G., dont la gestion est assurée par l'Aide Sociale à l'Enfance. Parallèlement, des enfants sont confiés à des associations habilitées gérant des services de placement familial.

Accueil familial	nombre places autorisées 2012	enfants du 43 au 31/12/12
Conseil général	164	164
LE MAZEL AF	28	20
les Ecureuils	10	8
La Renouée AF	16	25
Total accueil familial	218	217

Au total ce sont **217 enfants** de la Haute-Loire qui sont accueillis chez un(e) assistant(e) familial(e).

L'objectif du Département est d'employer cinquante assistants familiaux. en plus durant la mise en œuvre du Schéma 2013 - 2017, sachant que plus de vingt départs à la retraite s'effectueront et devront également être remplacés.

Les familles d'accueil sont majoritairement présentes sur l'Est du département. La Haute-Loire n'est pas couverte de façon équilibrée ; il résulte de cette répartition de l'offre un éloignement entre le lieu de placement et le domicile parental. La distance peut aussi être préjudiciable tant pour l'accompagnement des mineurs (accès aux structures de soins, structures scolaires, ...) que pour l'exercice des droits de visite et d'hébergement.

Le dispositif ne comprend pas d'accueil familial spécialisé et des besoins sont à couvrir :

- L'urgence pour les enfants de zéro à trois ans.
- Le relais pour la prise de congés des assistants familiaux, la participation aux formations, ...
- Un plus grand nombre d'assistants familiaux permettrait d'exercer un vrai choix éducatif dans l'intérêt des enfants, favoriserait une correspondance au profil de l'enfant à accueillir.

Les enfants comme les adolescents placés en familles d'accueil sont souvent sujets à des troubles du comportement qui peuvent se manifester par des actes de mise en danger d'eux-mêmes ou d'autrui, des conduites violentes, ou encore des fugues, ceci à des âges parfois très précoces. Ces accueils posent des difficultés majeures, non pas parce que l'orientation vers l'accueil familial est inadaptée, mais parce que les assistants familiaux ne sont pas préparés ni formés pour leur mise en œuvre.

C'est un métier difficile qui s'exerce au domicile et non dans une institution. Ces professionnels sont donc relativement seuls pour faire face aux responsabilités importantes qu'exige la prise en charge éducative des enfants au quotidien. Les assistants familiaux évoquent d'ailleurs cette difficulté à laquelle ils sont confrontés : l'isolement.

Les situations et les problématiques des enfants confiés au service de l'ASE sont en effet de plus en plus complexes. Le besoin d'écoute et de communication régulière des assistants familiaux doit donc être pris en compte.

La reconnaissance, en tant que professionnels à part entière est une demande des assistants familiaux. Ils soulèvent aussi le besoin de plus de formation continue sur des thèmes particuliers, notamment sur la sexualité, la prise en charge des enfants abusés, les mineurs maltraités, l'adolescence..., pour ceux qui ont terminé la formation initiale.

Nos constats :

- Pas de spécialisation d'assistants familiaux sur les 0 - 3 ans.
- Une demande de place en accueil familial supérieure à l'offre et une répartition déséquilibrée sur le département.
- Besoin de soutien des assistants familiaux et d'une formation continue
- Besoin de familles d'accueil relais..

Le dispositif d'accueil d'urgence départemental repose sur le F.D.E. mais aussi sur le placement familial, notamment pour les zéro - 3 ans. La durée de séjour au foyer révèle une fluidité encore insuffisante du dispositif et une difficulté d'orientation des enfants accueillis. Le F.D.E. doit faire l'objet d'une fiche action afin d'engager un travail de réflexion sur une réorganisation (locaux, missions, fonctionnement).

Les missions du F.D.E. se déclinent selon trois modalités :

- Accueil et accompagnement.
- Observation et évaluation.
- Orientation.

L'équipe éducative du Foyer doit être en capacité, après un temps d'observation de quelques mois, de proposer des solutions de vie les plus adaptées possibles aux enfants qui lui sont confiés. Ces orientations, élaborées en concertation avec les familles sont toujours soumises à la décision de l'autorité administrative ou judiciaire.

Fin 2012, le constat d'une forte tendance à la complexification des profils des enfants et des jeunes pris en charge a conduit à un questionnement de la structure sur son organisation et son fonctionnement. La complexité et la diversité des problématiques, alliées à un collectif de 15 jeunes, dont la tranche d'âge varie de 12 à 18 ans, obligent à engager une réflexion institutionnelle sur une réorganisation nécessaire de l'établissement dès 2013. Un projet personnel dans le temps de son accueil en urgence doit constituer une priorité.

Nos constats :

- Un besoin de réorganisation sur son fonctionnement et ses locaux.
- Le cadre de l'accueil en urgence, dans un contexte de difficultés familiales parfois très lourdes, atteste d'un vécu difficile, parfois de crises douloureuses et renforce pour l'équipe la nécessité d'offrir à ces enfants un cadre d'accueil apaisant, sécurisant, épanouissant et protecteur.
- Plus d'articulations est à mettre en œuvre avec le service de l' ASE pour que soit élaborée l'orientation, chaque fois que cela est possible avec le jeune, la famille et les partenaires, dans une volonté de co-construction et d'adéquation des réponses proposées.
- Le dispositif d'accueil d'urgence repose essentiellement sur le FDE et les acteurs partagent ce principe : il soulève en effet un enjeu de qualification des professionnels qui remplissent cette mission.

L'accueil en établissement :

La Haute-Loire dispose d'une capacité d'accueil physique globalement adaptée aux besoins. Le tableau ci-dessous indique le nombre de places par établissement :

Etablissements (MECS et LDV)	type	enfants du 43 au 31/12/2012	nombre places autorisées 2012
Les GOUSPINS ROCHENEGLY 15/17 ans le Puy	MECS	40	54
LES MAUVES 5-11 ANS le Puy	MECS	12	10
LA RENOUÉE Pradelles St Georges d'Aurac	MECS	46	57
PRA BARNIER 13-20 ans Mazeyrat d' allier	MECS	7	8
LE MAZEL 5 -18 ans le Chambon sur Lignon	MECS	16	24
ECUREUILS 3-18 ans le Chambon sur Lignon	MECS	20	27
La Maison du Montillon 2-18 ans Ste Sigolène	MECS	4	10
la Luciole 4-12 ans Chenereilles	Lieu de vie	1	4
Pourquoi Pas 8-18 ans Tence	Lieu de vie	1	4
Los NINOS 12-18 ans Aurec sur Loire	Lieu de vie	0	6
Fariès Fay sur Lignon	Lieu de vie	0	4
le Refuge 3-12 ans Les Vastres	Lieu de vie	2	4
TOTAL		149	212

Concernant les **placements**, il est constaté qu'ils se réalisent majoritairement en judiciaire. La création des services d'accueil externalisé n'a pas conduit à une baisse des placements internat comme il était supposé. Les placements directs sont à la baisse : les magistrats privilégient une admission à l'ASE afin que soit apporté un soutien aux MECS en cas de situations très complexes ou de relations conflictuelles parents/établissement.

Les services sont régulièrement confrontés à des difficultés pour trouver dans les établissements existants des prises en charge adaptées aux problématiques des jeunes à accueillir.

Les équipes éducatives sont amenées à accueillir de plus en plus souvent des enfants présentant :

- de graves troubles du comportement se manifestant par des troubles d'ordre sexuel (auteur ou victime) ou des problèmes psychologiques profonds voire psychiatrique,
- des passages à l'acte violents,
- des inadaptations scolaires,
- des handicaps.

Il s'avère que la prise en charge de certains enfants confiés, soit à des assistants familiaux, soit à des établissements devient au fil du temps difficilement supportable. La charge permanente d'un mineur présentant des troubles graves peut amener les professionnels à ne plus pouvoir assumer sur un lieu unique l'accompagnement du jeune.

Le travail à engager nécessite alors une grande connaissance de la problématique de l'enfant et de sa famille, une fine perception des rôles et missions de chacun et un partage des objectifs de l'accompagnement.

Les nouvelles formes de prise en charge doivent se caractériser par des modes d'interventions individualisés prenant appui sur des équipements de proximité, sécurisants, cadrants, de petites tailles, inscrits dans l'environnement.

Certains enfants placés se retrouvent sans solution de prise en charge adaptée lorsque l'accueil dont ils relèvent à titre principal n'est pas assuré le week-end, ou durant les périodes de congés (fermeture des internats d'ITEP, IME). La continuité du suivi n'est alors pas garantie.

Le **maintien des liens parents-enfants** est un axe de travail essentiel qui fait partie des projets d'établissements et qui se met en œuvre. Par contre, un **référentiel des visites médiatisées** a déjà été réfléchi mais reste à faire aboutir. Une formation sur la pratique des visites médiatisées est sollicitée unanimement par tous les professionnels qui les réalisent. Depuis 2013, les TISF peuvent être sollicitées pour effectuer des visites accompagnées afin de soutenir les parents dans leur fonction de parents.

Elles sont en forte augmentation depuis ces dernières années. À l'ASE, elles représentent actuellement, en moyenne, une journée de travail par éducateur et par semaine.

Les M.E.C.S. font aussi le constat de cette augmentation qui représente une difficulté d'élaboration des plannings de travail pour les professionnels d'internat.

Cette évolution répond à une préoccupation des juges pour maintenir le lien parents-enfant.

De plus en plus, on se retrouve face à des parents, notamment d'adolescents, qui sont dans le rejet de leurs enfants. Ils sont ainsi mis à l'écart de la famille et ne sont plus accueillis ou irrégulièrement au domicile familial. Si le placement doit permettre une mise à distance, il ne doit pas permettre que s'installent le rejet et l'abandon. On constate que l'adolescence vient souvent révéler ou souligner les incohérences éducatives qui peuvent même aller jusqu'à des violences intra-familiales. On note aussi souvent des problématiques de confusion des places de chacun (parents-enfants) et de l'indifférenciation des rôles.

Il apparaît donc nécessaire d'accompagner les parents pour lutter contre un certain défaitisme et une fois encore, les acteurs soulignent l'intérêt d'intervenir le plus précocement possible.

Le **Projet pour l'enfant (PPE)** est largement mis en œuvre par les MECS et doit être plus formalisé à l'ASE. Il permet de mettre en exergue les compétences parentales et de clarifier les objectifs et modalités d'intervention.

Le placement demeure encore à démystifier auprès de certains professionnels qui sont dans la difficulté de séparer l'enfant de ses parents. Le placement représente une mesure de protection pour l'enfant mais lorsque la situation le permet, son objectif est toujours le retour au domicile. Les placements des enfants accompagnés d'un travail sur les compétences parentales permettent d'envisager cet objectif; chez les adolescents, le travail est plus complexe. L'adolescent est souvent en désaccord avec la mesure et il mobilise beaucoup les professionnels en terme de respect de l'autorité, des règles, de l'acceptation des conseils apportés et des repères à intégrer.

Les M.E.C.S. reçoivent massivement des candidatures en mai et juin, bien que ce ne soit pas le moment propice ; en effet, les repères des jeunes ne sont pas les mêmes que s'ils avaient été reçus à un autre moment sur la période d'été, car il y a plus de va-et-vient, des prises de congés du personnel, ...

L'ensemble des établissements ont des procédures d'admission proches : visite, rencontre, rapport,...; tous considèrent que ces étapes permettent de rassurer parents et enfants, qui ont souvent une image négative de la vie en M.E.C.S.

Aux Écureuils, l'ensemble des personnels est rencontré, même les cuisiniers et la lingère. Avant la signature du D.I.P.C., soit quinze jours avant l'entrée, les professionnels vont au domicile de

l'enfant. Cette démarche permet un recueil d'informations sur la réalité de vie de l'enfant et facilite la compréhension de ses comportements.

Le service de l'ASE est régulièrement confronté à des difficultés pour trouver dans les établissements existants des prises en charge adaptées aux problématiques des jeunes à accueillir.

En effet, les accueils concernent de plus en plus souvent des enfants et des jeunes présentant de graves troubles du comportement, des inadaptations scolaires et des passages à l'acte violents, ...

De nouvelles formes de prise en charge ont souvent été évoquées dans les échanges, se caractérisant par des modes d'intervention plus individualisés et co-construits.

Il est souligné le besoin de travailler plus en partenariat pour la mise en œuvre des prises en charge partagées sur les situations les plus complexes.

La dichotomie entre action à domicile et hébergement du mineur n'est plus aussi adaptée dans un contexte où la recherche de solutions individualisées est privilégiée. Le constat est aussi un besoin de solutions souples, intermédiaires et évolutives pour mieux répondre aux besoins de l'enfant et de sa famille.

Placement externalisé :

La loi du 5 mars 2007 a ouvert des possibilités d'intervention entre milieu ouvert et placement. En Haute-Loire s'est ainsi développé **l'accueil externalisé** à partir de l'ensemble de 4 MECS permettant ainsi la création de 58 places, évoluant vers 70 places pour répondre à une demande croissante.

Le Conseil général a favorisé la mise en place de ce dispositif, à moyens constants, lequel apporte pleinement satisfaction tant au niveau des magistrats que des professionnels. Il complète la palette des interventions à domicile. Par contre, dans certaines situations, la multiplicité des intervenants demande à être mieux coordonnée pour la bonne définition et efficacité du rôle de chacun. Trop souvent, les intervenants ont le sentiment d'une juxtaposition des interventions de chacun qui nuit à la bonne compréhension des familles et à l'efficacité de chacun. Les participants eux-mêmes rappellent un contexte budgétaire tendu et la nécessité d'un travail à engager sur ce point au regard du coût des interventions.

Une offre de service existait à hauteur de 20 places; le Schéma précédent prévoyait de développer cette formule; après concertation avec les établissements, 38 places ont été autorisées par redéploiement des places d'internat :

Placement Externalisé (secteur d'intervention)	nombre de places autorisées 2012	<i>enfants du 43 au 31/12/12</i>
Les Ecureuils (est et centre)	20	20
Le Mazel Est	9	18
Les Gouspins (centre)	20	19
La Renouée (ouest)	9	13
Total	58	70

Actuellement, le dispositif de placement externalisé qui comprend 76 places fait l'objet de dérogations jusqu'à fin novembre 2013 pour deux services, afin de pouvoir répondre à la demande. L'intérêt de ce dispositif est souligné par tous, mais il conviendra d'avoir une réflexion sur son développement.

Le principe est de pouvoir mobiliser autour d'un enfant un maximum de compétences, tant « institutionnelles » que « familiales ».

L'externalisé semble plus adapté entre douze et seize ans et pour des enfants pouvant se protéger eux-mêmes.

Le « placement externalisé » est difficile à comprendre pour les familles. Le terme « placement » leur évoque un lieu de vie, autre que le domicile familial. De plus, chaque service a un « nom » différent.

Il semble impossible de rapatrier trois ou quatre enfants au même moment. Dans certains établissements, les places existent au niveau des lits disponibles, mais pas au niveau de l'encadrement.

Les échanges font aussi remonter un besoin d'**accueils ponctuels** à développer pour des parents qui ne peuvent être parents sur la durée, de jeunes parents ou un parent seul ayant besoin de « souffler ». La demande des partenaires et des Juges est de développer l'accueil externalisé et l'accueil séquentiel qui correspondent à de vrais besoins. Une faiblesse de l'offre d'accueils ponctuels est soulignée de même que la solution parrainage est très faiblement utilisée. Pour certaines familles, il pourrait constituer une alternative intéressante. L'UDAF à ce titre se propose d'engager une recherche auprès d'autres départements pour questionner les modes d'organisation existants.

Les acteurs de l'enfance ont à innover pour créer des réponses « sur mesure » face à des situations de plus en plus complexes et variées. Les **accueils séquentiels** sont une piste à mieux explorer.

L'accueil séquentiel est très intéressant, permettant d'évaluer l'enfant dans un autre contexte de vie, mais il n'apparaît nulle part de façon formalisée. L'accueil séquentiel est un besoin et un outil. Il peut permettre de préparer un placement, avec une adaptation progressive. De plus, on remarque que les parents acceptent plus facilement ce type de placement. Il peut aussi être utilisé lorsque les enfants sont « épuisés » de leur vie à l'internat et ont ainsi tendance à fuguer de façon répétitive.

Aux Mauves et aux Ecureuils, les accueils séquentiels se font régulièrement, en tant qu'outil du S.A.E.

Depuis trois ans, l'accueil séquentiel est expérimenté aux Écureuils. L'ordonnance définit que l'enfant rentre chez lui, mais revient, par exemple, un week-end sur deux et durant une partie des vacances scolaires à l'internat. Ce fonctionnement prépare au retour définitif à domicile. Depuis la création des services externalisés, un axe prioritaire consiste à aménager des solutions intermédiaires, entre le service externalisé et l'internat.

Cependant il convient de réfléchir sur les besoins et une répartition géographique; de plus, du fait de la nouveauté de ce type d'accueil, il y a eu lieu d'échanger sur la pratique de chacun et de vérifier l'efficacité du dispositif.

Deux studios de pré-autonomie ont été aménagés à La Renouée et font une passerelle ; ce sont des outils intéressants, pour des jeunes de plus de seize ans. C'est un tremplin vers l'autonomie. Les relations sont différentes avec les éducateurs qui les accompagnent.

Ce type d'accueil permet aussi de davantage travailler avec des adolescents qui ne supportent pas ou ne s'intègrent pas dans un collectif.

L'accueil mère-enfant concerne les femmes enceintes mineures ou majeures, les femmes isolées avec enfants de moins de trois ans en situation de détresse.

La structure Maison du Montillon dispose d'une place mère-enfant et nous fonctionnons très régulièrement avec les départements de la Loire et du Puy de Dôme pour ce type d'accueils. Un projet de conventionnement avec le Département du Puy de Dôme est en cours d'élaboration, il nous permettra d'avoir la réservation d'une place mère-enfant à l'année.

L'Accueil d'urgence pour femmes majeures avec ou sans enfants en situation de détresse est aussi assuré par La Maison Mambré, l'association Tremplin situés au Puy en Velay et Trait d'Union à Brioude.

Nos constats dans le cadre des accueils en maisons d'enfants :

- Absence de définition du rôle du référent ASE
- Absence de référentiel partagé sur les visites enfants - parents.
- Peu de professionnels formés à l'outil visite médiatisée,
- Suractivité sur tous les services de placement externalisé depuis janvier 2012.
- Prise en charge complexe des enfants avec troubles du comportement.
- Difficulté des M.E.C.S. pour la prise en charge des enfants en rupture scolaire

La scolarité et l'insertion professionnelle:

Les difficultés scolaires et / ou d'insertion professionnelle (ruptures de scolarité ou déscolarisation totale) sont des problématiques fortes pour les adolescents.

Les établissements et lieux de vie, le FDE font part d'un fort intérêt pour faire évoluer les modalités de travail avec une école qui est parfois excluante, pour une mutualisation des moyens autour de la scolarisation des enfants qui présentent des troubles du comportement, pour la mise en œuvre de solutions adaptées. Ils constatent une forte augmentation des adolescents déscolarisés, démobilisés, sans projet de formation, ce qui pose le problème de la prise en charge au quotidien. Le placement ne suffit pas pour un retour à la scolarisation « ordinaire » notamment quand ce sont des situations installées depuis plusieurs mois ou années.

Le développement de l'enfant dépend de multiples facteurs extérieurs. Les rythmes de chacun sont liés au cycles biologiques et psychologiques tels que : contraintes de l'environnement familial ou social, manque de sommeil, difficultés relationnelles, problèmes sociaux au sein de la famille, ... Certains enfants en difficulté cumulent ces différents handicaps. Lorsque les enfants cumulent les difficultés déjà citées, il y a une forte probabilité qu'ils connaissent l'échec à l'école.

Chez l'enfant l'instabilité est le comportement le plus souvent noté. A l'adolescence, ces troubles peuvent se caractériser par des vols, des mensonges, des fugues, du vandalisme..Les acteurs constatent plus de difficultés de l'enfant à intégrer les règles.

L'épanouissement, la relation familiale, et une une bonne hygiène de vie, sont des priorités pour une réussite scolaire. Là encore, nous constatons combien le soutien à la parentalité est un axe de travail majeur.

Le S.A.J. des Gouspins, habilité pour les 14 ans et plus, reçoit des enfants de plus en plus jeunes. Il dispose de 23 places, mais accueille actuellement 26 pré-adolescents ou adolescents. Ce dispositif est mixte, mais à dominante masculine. Le S.A.J. s'adresse surtout à des jeunes exclus des dispositifs de droit commun, en rupture scolaire, en errance. 50 % de ces mineurs ont une reconnaissance M.D.P.H., avec des orientations plus fréquentes sur des I.T.E.P. Les Gouspins font le constat de surtout travailler, aujourd'hui, avec des jeunes présentant des troubles du comportement et relevant moins de la délinquance. La durée maximum de prise en charge est établie à deux ans, car pendant cette période, ils font le tour des ateliers. Le débouché peut être un C.A.P., l' E.S.A.T., ou le domicile.

Une intégration est souvent sollicitée dans le cadre d'un accueil de jour du dispositif S.A.J. des Gouspins. Les autres formes rencontrées sont les classes spécialisées de type S.E.G.P.A., ULIS, ..., les dispositifs d'insertion portés par des organismes de type mission locale, le dispositif R.E.H.L.A.I.S. Le dispositif R.E.H.L.A.I.S, conformément à la circulaire N° 2006-129 du 21 août 2006, s'adresse à des élèves du 2nd degré en risque de marginalisation sociale ou de déscolarisation.

Ce dispositif propose un accueil temporaire aux élèves qui ont bénéficié de toutes les possibilités de prise en charge prévues par les dispositifs d'aide et de soutien existant au sein de l'établissement. Deux classes relais existent sur le département : l'une au Puy en Velay, et depuis peu, l'autre à Monistrol sur Loire.

Les jeunes de 14 et 15 ans rencontrent des difficultés importantes dans leur scolarité. Cette « déscolarisation » affecte leurs conditions d'accueil, notamment au sein des Maisons d'Enfants à Caractère Social, structures collectives qui ne sont pas prévues pour prendre en charge des temps longs de « désœuvrement ».

En outre, le développement de la consommation précoce de drogue et d'alcool, ainsi que les situations d'errance des adolescents en rupture familiale sont à prendre en compte dans le suivi ou la prise en charge.

Il convient de disposer, mais surtout de bien connaître la palette d'outils pour tous les jeunes en grande difficulté d'insertion. Il faudra ensuite veiller à l'articuler étroitement avec les réponses de droit commun de l'Éducation nationale et des Missions locales. Les hébergements collectifs et les services de milieu ouvert ont besoin d'insertion scolaire et professionnelle dès qu'un jeune a été tenu trop longtemps à l'écart des réponses de droit commun. Aux premiers signes d'inadaptation scolaire, il y a nécessité d'un travail de proximité parents-enfant-MECS-établissement scolaire pour élaborer un projet scolaire personnalisé qui peut comporter des dispositifs spécifiques.

CONCLUSION :

En Haute-Loire, un partenariat fort et dynamique a permis de développer un certain nombre d'outils, de protocoles et de prises en charge spécifiques. Pour autant, des manques, ou des articulations insuffisantes sont soulignées, qu'il faut s'attacher à analyser et à combler. Ce Schéma conduit à interroger et à préciser la place de chacun. Il est une chance, une possibilité pour fixer une politique départementale et donner de la cohérence pour une période de cinq ans.

Certaines difficultés sont rencontrées en matière de suivi des enfants placés en établissement. La répartition des rôles entre les différents intervenants peut apparaître parfois extrêmement confuse. L'élaboration concertée d'une définition du rôle de référent de l'ASE sur le suivi des enfants placés en établissement, par les travailleurs sociaux, permettrait de définir précisément les modalités d'intervention de chacun des intervenants.

Les capacités d'adaptabilité aux évolutions des enfants et de leurs familles, la prise en compte des nouvelles formes d'accueil (partagé, séquentiel, modulables, ...), la participation des détenteurs de l'autorité parentale et la recherche de nouvelles réponses spécifiques devront sous-tendre les objectifs d'évolution du dispositif d'hébergement de la protection de l'enfance en Haute-Loire.

Les fiches action de l'axe 3 ont été modifiées avec la prise en compte des observations et validées.



Thématique 4 : Prise en charge des mineurs à problématiques complexes.

Depuis déjà plusieurs années, on constate une augmentation sensible du nombre d'enfants et d'adolescents qui présentent des difficultés multiples, essentiellement d'ordre comportementale, associés à des troubles psychiques parfois sévères. De plus, tout au long des travaux du Schéma, une forte préoccupation des acteurs est apparue autour des enfants et adolescents avec des troubles du comportement. La notion de «problématiques complexes» est floue.

Les lieux d'accueil « classiques » sont déstabilisés et impuissants :

S'agissant de M.E.C.S., l'équilibre des groupes est mis à mal et les problèmes que posent un ou parfois plusieurs mineurs ont des conséquences désastreuses sur l'ensemble des enfants ou adolescents accueillis.

Au sein même des familles d'accueil, c'est l'équilibre de la famille en général qui est mis à mal si des aides spécifiques ne sont pas proposées.

Les MECS sont fortement malmenées pour admettre et conserver les jeunes les plus en difficultés psychiques trouvant rapidement leurs limites dans la préservation des équilibres collectifs au sein des internats et dans la cohabitation de publics très diversifiés.

Parallèlement, l'ASE ne parvient pas toujours à mettre en œuvre des réponses adaptées à ces jeunes dont les besoins relèvent à la fois du soin, de l'éducatif, d'une scolarité ou formation bien spécifique. Il est probable que les établissements type ITEP, IME souffrent aussi d'un manque de moyens en pédopsychiatrie, en plateau technique adapté. De plus, leur fermeture sur les temps de week-end et de vacances reporte sur l'ASE une charge d'activité.

Les délais de prise en charge en pédopsychiatrie sont longs et pendant ce temps, les acteurs de terrain sont en difficulté avec des situations qui aboutissent parfois à des ruptures de placement ou à une hospitalisation en urgence face à une crise aiguë qui n'a pas pu être prévenue, anticipée. Dans ce dernier cas, il n'est de plus pas rare que l'enfant ou l'adolescent ressorte rapidement sans suite prévue. Ni les assistants familiaux ni les MECS ne bénéficient d'un soutien spécialisé.

L'ensemble des participants à la réflexion insiste sur la nécessité d'un travail partenarial devenu essentiel pour ces jeunes et leurs familles. **Cette problématique a été très présente dans le cadre de la réflexion globale, dès l'état des lieux, et nous a conduits à en faire un axe de travail, l'axe 4.**

Quelle réalité ?

Afin de cerner quantitativement ces difficultés, un recensement a été fait en avril 2013 auprès des services et établissements en charge de la protection de l'enfance pour déterminer le nombre d'enfants

- Le type d'handicap (handicap moteur, handicap sensoriel, déficience intellectuelle, troubles du comportement, polyhandicap);
- L'orientation CDAPH;
- L'âge;
- Les bassins de vie.

Sur 436 enfants accueillis en maison d'enfants, lieu de vie ou accueil familial, on dénombre :

- 149 enfants (34 %) porteurs de handicap ou en grande difficulté
- 90 ont une orientation CDAPH ITEP IME AVS, la très grande majorité des orientations est ITEP ; peu d'orientation vers des SSESD ou SESSAD
- pour les enfants non bénéficiaires d'orientation CDAPH, la majorité des symptômes est : troubles du comportement, quelques uns avec des déficiences intellectuelles , 2 avec

handicap moteur (âgés de moins de 3 ans)

Sur le type de handicap :

- handicap moteur : 4 enfants ;
- handicap sensoriel : pas d'enfants ;
- déficience intellectuelle : 12 enfants ;
- troubles du comportement : 87 enfants ;
- polyhandicap : 7 enfants ;
- des handicaps associés notamment déficience intellectuelle, troubles du comportement pour 116 enfants

Sur les 149 enfants, 67 (45%) ont un suivi en pédo psychiatrie CMP ou hôpital de jour

âge :

- moins de 10 ans : 68 enfants
 - de 11 à 15 ans : 59 enfants
 - de 15 à 18 ans : 20 enfants
 - plus de 18 ans : 2 enfants
- âge moyen : 11 ans

origine géographique :

- bassin de santé intermédiaire Puy en Velay : 82 enfants
- bassin de santé intermédiaire Yssingeaux : 43 enfants
- bassin de santé intermédiaire Brioude : 20 enfants

quelles conclusions tirer de ce recensement ?

Parmi les 149 jeunes qui posent problèmes, seulement 90 (60%) ont une décision CDAPH donc un handicap reconnu mais avec des difficultés dans la prise en charge de certains enfants; pour les 59 autres, le handicap est-il avéré ? Peut-on parler de simples troubles de comportement avec comme réponse une prise en charge éducative adaptée ? Et, dans cette hypothèse il est alors nécessaire d'adapter le dispositif d'accueil et de former les équipes éducatives.

Les caractéristiques et situations des mineurs en très grande difficulté

Les situations des mineurs en très grande difficulté, notamment pré-adolescents ou adolescents, sont perçues comme résultant d'une accumulation de facteurs aux sources de leur souffrance et de leur mise en danger :

- Des manifestations de violences extrêmes et des troubles du comportement qui ne ressortent pas forcément d'une pathologie psychiatrique chronique.
- L'absence d'attache familiale associée à des parcours de fugues et d'errance.
- La difficulté d'accès aux structures médico-sociales lorsqu'ils sont confiés à l'Aide Sociale à l'Enfance.
- Des actes de délits commis dans l'institution qui les accueille.

Par ailleurs, il faut rappeler la marginalité des modes de vie de ces mineurs aux franges de l'éducation scolaire, de la santé, de la justice ou des prises en charge médico-sociales.

De plus il convient de noter la précocité d'apparition des troubles du comportement, voire de pathologies psychiatriques, chez les enfants :

La difficulté à repérer et à caractériser à temps ces troubles en fonction de leur nature chronique ou réactionnelle,

Des articulations encore insuffisantes entre les différents professionnels impliqués dans la

prise en charge de ces mineurs, en particulier entre le soin et l'accompagnement éducatif.

Globalement, de l'avis partagé des structures et services, l'évolution des caractéristiques des jeunes accueillis sur ces dernières années, semble s'articuler autour de deux axes liés :

✱ L'aggravation des troubles et une complexification des situations.

✱ Identifier ces jeunes est une difficulté en raison déjà des limites des intervenants, de leurs compétences mais aussi « de leur seuil d'acceptation ». Ainsi, le regard posé sur le jeune concerné peut totalement différer en fonction des professionnels de la pédopsychiatrie ou de services et M.E.C.S.

Pour autant, il ne faut pas non plus évincer que certains jeunes relèvent à la fois de plusieurs dispositifs médico-sociaux, sanitaire, judiciaire ou social, ce qui implique par contre des difficultés dans l'organisation de l'accompagnement, notamment pour le jeune lui-même.

Souplesse des prises en charge et partenariat sont alors les maîtres mots concernant ces situations, avec une nécessaire primauté du partenariat.

Il a été souvent souligné un manque de moyens sur les suivis pédopsychiatriques, psychologiques, avec une liste d'attente pour accéder aux consultations

Au C.M.P.P, 640 enfants sont pris en charge sur les deux sites ; on comptabilise en plus 100 enfants sur liste d'attente. Une réflexion est en cours, afin d'essayer de trouver des critères de priorisation.

Les pathologies psychiatriques des parents comme les addictions dont ils souffrent (alcool, drogues..) soulignent également les difficultés à travailler de manière plus cohérente entre travailleurs sociaux, agissant auprès de la famille et des enfants, et professionnels de santé prenant en charge les parents. En outre, ces situations reposent, du point de vue des participants, la question de la durée nécessaire de la séparation de l'enfant et de sa famille et en même temps du travail sur le lien avec les parents.

De plus en plus de jeunes ont besoin d'une prise en charge externe à caractère sanitaire :

- Des consultations dans le cadre d'un suivi régulier (secteur libéral, C.M.P., C.M.P.P., hôpital de jour);
- Des séjours hospitaliers psychiatriques;
- Des séjours hospitaliers généralistes.

Au-delà du cumul de caractéristiques propres à ces mineurs, il ne faudrait pas éluder les effets que peuvent avoir sur ces adolescents des parcours d'accompagnement et de prise en charge jalonnés de réorientations et de ruptures multiples. Ce constat, largement partagé, interroge :

- La continuité et la cohérence des parcours d'accompagnement des mineurs confiés à l'Aide Sociale à l'Enfance;
- La capacité à anticiper et à agir précocement lorsque des difficultés se multiplient au sein du service, de l'établissement ou de la famille d'accueil qui prend en charge le mineur;
- Les modalités d'accueil, trop souvent limitées à un seul type de service ou d'établissement, quand la complexité et la difficulté que rencontrent ces adolescents exigent une collaboration concertée entre différents professionnels de différentes structures;
- La prise en charge des mineurs confiés à l'Aide Sociale à l'Enfance qui nécessitent une intervention psychiatrique ou médico-sociale (I.T.E.P., I.M.E., ...) et qui sont en grande difficulté au regard des délais longs de décision et de l'insuffisance des réponses possibles à leurs besoins;
- Une vigilance particulière reste à exercer sur ces différents aspects en début et en fin de mesure, étapes qui correspondent à des phases de décompensation» psychique chez les adolescents en très grande difficulté.

Dans ce contexte, l'incapacité d'agir seul tant dans la prise en charge pédopsychiatrique, que dans

l'accueil et l'accompagnement socio-éducatif ou encore par la réponse pénale est très largement affirmée. C'est d'abord le refus de faire face seul à un adolescent dont «plus personne ne veut» qui suscite la prudence, voire la défiance, des acteurs impliqués dans les soins ou l'accueil de ces mineurs, précipitant par la même la rupture et le traitement en urgence de situations «de crise». Les modes d'intervention «classiques» se révèlent donc inopérants; ce défaut de réponse se traduisant, encore trop souvent, par des choix d'accueil inadaptés ou précaires (hôtel par exemple) qui alimentent le risque d'une nouvelle rupture de prise en charge.

La prégnance des problématiques addictives et des pathologies d'ordre psychiatrique et mental est très présente dans les signalements d'enfants en danger. Les parents sont de plus en plus dans l'incapacité de gérer leurs enfants au quotidien et d'être dans le lien.

Le dépistage des troubles du comportement intervient trop tardivement. Les besoins de prise en charge thérapeutique sont fortement ressentis.

Le renforcement du partenariat est nécessaire, afin d'améliorer la prise en charge des mineurs en grandes difficultés.

De plus, les places en hospitalisation sont peu nombreuses et il n'est pas rare, par manque de place, de voir ces mineurs hospitalisés en service de pédopsychiatrie sur une trop courte durée.

Une tentative de synthèse de ces difficultés :

- Des problématiques de plus en plus lourdes et plus nombreuses,
- Une population disparate en terme de troubles et de plus en plus de jeunes suivis en pédo psychiatrie avec des passages à l'acte plus fréquents,
- Des établissements spécialisés (IME, ITEP) en échec sur quelques situations,
- Un service de pédopsychiatrie embolisé par des « séjours longue durée »,
- De grandes difficultés dans le scolarité,
- Des familles et des services et établissements de protection enfance démunis face à l'absence de solutions,
- Des parcours chaotiques entre le sanitaire, médico-social et le social.

Quelles réponses ?

Ce constat nécessite une réflexion partagée entre les services de l'Etat, la pédopsychiatrie et le Conseil général pour construire un dispositif de réponses adaptées à cette problématique forte en Haute-Loire.

Les acteurs de la protection de l'enfance ont aussi souligné la nécessaire prise en compte des situations pour lesquelles les moyens « ordinaires » se révèlent insuffisants.

Un travail est engagé entre le C.G. / l'A.R.S. et le C.G. / le C.H. Sainte Marie, pour un protocole de coopération inter-institutionnelle. Une convention a été signée en 2011 avec le C.H. Sainte Marie, en prolongement de la coopération pour la maison des adolescents.

En amont, se pose la question du repérage de ces situations et du diagnostic précoce.

Il importe en particulier d'être attentif aux constats suivants: une insuffisance de moyens, des échecs de prise en charge donc, une inadaptation des réponses dans les domaines des troubles du comportement, de la pédopsychiatrie et des établissements médico-sociaux qui mettent les familles en difficultés et provoquent une sollicitation des placements sociaux au-delà de leurs compétences.

À ce stade de la réflexion, **le besoin d'un dispositif pour des mineurs en très grande difficultés** se pose. Les acteurs participant aux groupes de travail du diagnostic craignent que, rapidement, ce dispositif soit embolisé... L'idée de répondre à ces jeunes par un dispositif multipartenarial, construit au cas par cas, est fortement avancé.

La situation actuelle, en ce qui concerne l'hospitalisation des enfants, pré-adolescents et

adolescents en psychiatrie est problématique. On observe que la demande est importante, en évolution constante depuis une dizaine d'années, et qu'elle se heurte à un nombre limité de places. Cela provoque un engorgement des structures de soins existantes.

Le projet de création d'une structure thérapeutique et éducative adaptée à ces cas complexes est plus que jamais d'actualité. Il s'adresserait à certains enfants et adolescents qui présentent des troubles psychiques de longue durée (6 mois et plus) et qui oscillent entre une prise en charge longue dans des services de soins et l'accueil dans une structure éducative d'hébergement.

Pour ces enfants et ces jeunes adolescents, ce cas leur offrirait la possibilité d'être à la fois suivis sur un plan médical tout en étant accompagnés dans une réinsertion sociale. Une réflexion actuellement en cours avec les partenaires concernés est à poursuivre;

Le dispositif de protection de l'enfance est dotée depuis plusieurs années d'une **commission « cas complexes »**, instance partenariale d'appui destinée à une analyse de la situation d'un enfant ou adolescent en grandes difficultés et à une recherche de solution adaptée. Cette commission continuerait à exister mais il convient de la formaliser davantage. L'idée est d'avoir des membres permanents d'horizons différents qui s'engageraient véritablement dans la construction d'une réponse à la situation abordée. Un référent serait désigné pour s'assurer que les engagements sont tenus et que la situation évolue. Elle serait ainsi désignée **commission Ariane** et serait toujours pilotée par le Conseil général.

CONCLUSION :

Il s'agit là de dépasser les représentations, par une meilleure connaissance réciproque des missions et des compétences mais aussi des limites des acteurs. Ces jeunes nécessitent contenance, permanence, continuité, soutien au développement et à la restauration des capacités d'attachement, cadre structurant; Il convient également de ne pas minimiser les difficultés psychologiques ou psychopathologiques, voire psychiatriques sous-jacentes aux troubles du comportement de certains. Ils ont souvent des parcours marqués par des expériences d'échec, d'exclusion, alimentant un processus handicapant et aggravant leur situation.

La réflexion sur les réponses à apporter à la prise en charge de ces jeunes devra introduire souplesse et gradation dans les modes d'accompagnement, prenant en compte l'évolution, la variabilité des troubles et leurs besoins. Une analyse des besoins devra être conduite pour les jeunes relevant du médico-social, voire du sanitaire et de la protection de l'enfance.

Des actions de formation des professionnels (formations croisées entre structures) et davantage d'échanges pourraient contribuer au développement de références théoriques et cliniques partagées.

Les fiches action de l'axe 4 ont été modifiées avec la prise en compte des observations et validées.

Thématique 5 : Mise en œuvre et suivi du Schéma.

Fiche action 24 : Construire un dispositif de recensement en temps réel des places disponibles.

Fiche action 25 : Accroître l'efficacité de l'instance « coordination enfance en danger ».

Fiche action 26 : Assurer le pilotage du Schéma 2013 - 2017.

Entre 2007 et 2009, la coordination enfance en danger s'est réunie onze fois, mais depuis, on repère un certain essoufflement. Une vraie dynamique n'a pas été perçue par les professionnels qui ont du précédent Schéma une image d'un outil plutôt lointain.

Rappel des constats lors du bilan :

- Une absence d'indicateurs sur certains dispositifs ou actions.
- Une visibilité insuffisante des places disponibles en établissement et en famille d'accueil.
- Une production d'indicateurs non partagée et des résultats non fiables.
- Une faible dynamique sur le suivi du précédent Schéma.

Le Conseil général a pour mission de collecter ces informations, mais il a en sa possession des données insuffisamment régulières et parfois floues. On travaille alors dans « l'à peu près ». Les indicateurs à récolter ne sont pas suffisamment ciblés et pris en compte, pour suivre les évolutions.

L'insuffisance du suivi est un des points faibles relevé lors du bilan du précédent Schéma. Il importe donc de tirer les enseignements de ce constat et d'organiser, dès sa conception, un dispositif de suivi et d'évaluation continue de ce présent Schéma.

Les données quantitatives recueillies pour le diagnostic ne se sont pas toujours avérées fiables et il conviendra d'en améliorer le recueil.

Mettre en place un outil décrivant en temps réel des places disponibles dans les établissements : l'absence de recensement actualisé des places disponibles en établissement se révèle problématique dans l'optique d'une orientation rapide et adaptée des enfants confiés et conduit les cadres ASE à consacrer une part importante de leur temps à la recherche de solution de prise en charge.

Des données seront ainsi mobilisées régulièrement pour alimenter les bilans intermédiaires et fournir des éléments actualisés pertinents au service du pilotage et de la mise en œuvre du Schéma. En complément, sur des thématiques plus ciblées, des démarches de recueil de données pourront encore être nécessaires.

La contribution des différents acteurs sera sollicitée afin de construire et d'enrichir une vision précise, partagée et actualisée des besoins, avec une volonté de prospective.

Ainsi, le Schéma inclue pleinement une fonction d'observation et de veille, indispensable pour donner du sens aux actions prévues.

Le Département souhaite apporter plus de lisibilité en répondant à plusieurs demandes :

- Un besoin accru d'avoir une visibilité et un contrôle des actions publiques départementales
- Un intérêt des professionnels à favoriser une meilleure collaboration en réseau, à améliorer la lisibilité des dispositifs et des actions.
- Une volonté de restituer aux partenaires institutionnels et associatifs, les actions et décisions engagées.
- Un meilleur pilotage des dispositifs de protection de l'enfance.

Des documents ainsi produits chaque année faciliteront l'élaboration de l'évaluation globale du Schéma lors de la préparation du prochain. Il s'agit au préalable de définir ensemble des outils qui puissent permettre le partage des observations entre les différents partenaires. La mise en forme de cette observation partagée suppose d'en déterminer les objectifs, la forme, la fréquence et la transmission des éléments au Conseil général.

La mise en œuvre du Schéma, deux outils :

1/ La coordination enfance en danger, pilotée par la Direction adjointe Enfance - Famille du Conseil général, composée des Directeurs et chefs de service des principaux acteurs de la protection de l'enfance sera en charge du suivi et de l'analyse des données quantitatives et qualitatives des dispositifs existants. Elle produira **un bilan annuel** destiné à **l'observatoire** départemental de la protection de l'enfance, soit un état des lieux de la protection de l'enfance en **Haute-Loire** et, une **synthèse de la mise en œuvre des fiches-action**.

2/ Les fiches actions désignent **un pilote pour chacune des thématiques** et déclinent les orientations, les actions ainsi que **le calendrier**.

Ce pilote est chargé :

- d'organiser la mise en œuvre des actions ;
- d'organiser des groupes de travail si nécessaire (en fonction des objectifs visés) qui se composeront de professionnels inter-institutionnels.

Dans ce cadre, il revient au pilote :

- d'établir une feuille de route avec un programme de travail et un échéancier,
- d'élaborer des propositions concrètes,
- selon les thématiques, d'établir des études complémentaires en lien avec l'observatoire de la protection de l'enfance,
- de transmettre les travaux réalisés à la Direction de la vie sociale et à la coordination enfance en danger.

CONCLUSION

Le travail du Schéma propose une ré-actualisation régulière et une lisibilité de l'action publique. Il confirme l'existence d'un potentiel intéressant et vivant capable de se mobiliser et de développer de nouvelles actions. À partir de la déclinaison des constats, le choix des orientations témoigne d'une volonté d'agir sur les difficultés perçues et d'y remédier.

Le Schéma départemental est proposé pour une durée de cinq ans. Il n'a pas pour vocation d'être exhaustif sur toutes les questions, mais il permet d'identifier et de recenser les questions essentielles et de repérer les réponses possibles et les ressources à mettre en œuvre. Il devrait pouvoir servir de base dans les pratiques professionnelles et à travers les champs d'intervention.

Les fiches action de l'axe 5 ont été modifiées avec la prise en compte des observations et validées.

II- Les objectifs et fiches actions

L'item « niveau de priorité » apparaissant sur chacun des fiches actions indique la priorité de leur mise en œuvre:

① : Court terme

② : Moyen terme

③ : Long terme

Axe 1 : Soutien à la parentalité

OBJECTIF 1.1: Renforcer les interventions dans les périodes anténatales et postnatales.

Fiche action 1 : Développer la coordination autour du suivi et de l'accompagnement des femmes enceintes.

Fiche action 2 : Formaliser la coordination médico-sociale périnatale.

Fiche action 3 : Développer et soutenir les actions de soutien à la parentalité.

Fiche action 4 : Accompagner les familles fragilisées.

OBJECTIF 1.2 : Définir, coordonner et animer.

Fiche action 5 : Clarifier, diversifier et structurer le cadre d'intervention des Technicien(ne)s d'Intervention Sociale et Familiale - T.I.S.F.

OBJECTIF 1.3 : Développer des outils.

Fiche action 6 : Diversifier les mesures d'accompagnement des familles.

Fiche action 7 : Intensifier la formule du parrainage.

Axe 2 : Repérage, traitement et évaluation des situations de danger

OBJECTIF 2.1. : Renforcer le rôle de la C.ASED.

Fiche action 8 : Développer une culture commune de la protection de l'enfance

Fiche action 9 : Poursuivre la communication de la C.ASED. auprès des partenaires externes.

Axe 3 : Amélioration des réponses aux besoins de l'enfant

OBJECTIF 3.1. : Renforcer les capacités de suivi au titre des actions éducatives à domicile (AED - AEMO).

Fiche action 10 : Innover en matière de soutien à domicile par la clarté des interventions et la complémentarité des actions.

OBJECTIF 3.2. : Soutenir et développer l'accueil familial.

Fiche action 11 : Accroître le nombre d'assistants familiaux et répartir l'offre à l'échelle des Unités Territoriales.

Fiche action 12 : Renforcer le soutien et le suivi des assistants familiaux.

Fiche action 13 : Spécialiser l'accueil familial relais.

Fiche action 14 : Spécialiser l'accueil familial d'urgence.

OBJECTIF 3.3. : Redéfinir la mission d'accueil d'urgence du F.D.E.

Fiche action 15 : Réorganiser l'accueil d'urgence.

OBJECTIF 3.4. : Conforter les services d'alternative au placement.

Fiche action 16 : Structurer et équilibrer l'offre de placement externalisé.

OBJECTIF 3.5. : Adapter et améliorer l'offre d'accueil en internat.

Fiche action 17 : Optimiser l'accueil en M.E.C.S.

Fiche action 18 : Adapter les réponses aux besoins d'accompagnement.

Fiche action 19 : Adapter l'accueil mère - enfant.

OBJECTIF 3.6. : Améliorer la continuité de la prise en charge.

Fiche action 20 : Développer des outils permettant de renforcer la place des parents.

Axe 4 : Prise en charge des mineurs à problématiques complexes

OBJECTIF 4.1. : Améliorer l'accompagnement des mineurs en grandes difficultés.

Fiche action 21 : Développer le partenariat pour la prise en charge des mineurs à problématiques complexes.

Fiche action 22: Améliorer l'accompagnement des mineurs en grandes difficultés et à problématiques complexes.

OBJECTIF 4.2. : Trouver une réponse adaptée.

Fiche action 23 : Offrir une prise en charge adaptée au public à problématiques complexes.

Axe 5 : Mise en œuvre et suivi du Schéma

OBJECTIF 5.1. : Se doter d'outils de pilotage.

Fiche action 24 : Construire un dispositif de recensement en temps réel des places disponibles.

Fiche action 25 : Accroître l'efficacité de l'instance « coordination enfance en danger ».

Fiche action 26 : Assurer le pilotage du Schéma 2013 - 2017.

AXE 1 Soutien à la parentalité

OBJECTIF 1.1.: Renforcer les interventions dans les périodes anténatales et postnatales.

Fiche action 1: Développer la coordination autour du suivi et de l'accompagnement des femmes enceintes.

Éléments de diagnostic :

2 300 naissances en 2011.

En Haute-Loire, depuis 2007, le nombre de sages-femmes libérales a augmenté. Ce principe de réalité met en relief la nécessité d'un partenariat étroit à formaliser entre les 3,5 E.T.P. de sages-femmes de la PMI, les onze libérales et les salariées des établissements hospitaliers.

En 2008, un réseau périnatal a été mis en place pour favoriser la réalisation de l'Entretien Périnatal Précoce du quatrième mois. Il a besoin d'être redynamisé pour fédérer l'ensemble des acteurs de la périnatalité.

L'information sur l'entretien du quatrième mois ne circule pas suffisamment auprès des femmes enceintes ; elle est intégrée dans le carnet de maternité ou d'autres supports ne favorisant pas sa visibilité.

Les médecins libéraux sont à sensibiliser pour contribuer à l'information des femmes enceintes.

Public visé :

Futurs parents.

Objectifs :

Répondre aux besoins spécifiques des futurs parents en terme d'information, de communication et d'écoute par la proposition de l'Entretien Périnatal Précoce.

Inciter les professionnels à intégrer l'Entretien Périnatal Précoce du quatrième mois comme outil de prévention dans leur stratégie de suivi périnatal.

Recenser les outils d'information à destination des femmes enceintes.

Modalités de l'action :

1^{ère} étape : Réactualiser les outils du réseau et développer la coordination pour renforcer la collaboration de l'ensemble des sages-femmes avec les médecins libéraux, pour asseoir le réseau par territoire de santé.

2^{ème} étape : Enclencher un partenariat C.P.A.M. - C.G. pour la sensibilisation des médecins libéraux.

3^{ème} étape : Créer un tableau de bord afin de recenser l'ensemble des entretiens du quatrième mois.

4^{ème} étape : Associer le C.G. au réseau d'information collective des femmes enceintes, créé par la C.A.F. et la C.P.A.M. et le structurer, afin de le généraliser sur le département.

Partenariats :

PMI, A.R.S., C.A.F., C.P.A.M., sages-femmes libérales et salariées des établissements.

Pilotage :

Conseil général : PMI

Niveau de priorité :

1

Calendrier :

2014

Indicateurs d'évaluation :

Nombre annuel d'E.P.P. réalisés par la PMI, par les sages-femmes libérales et par chaque établissement.

Bilan annuel de l'activité du réseau périnatal.

Nombre d'outils de communication recensés.

Diffusion d'un courrier C.G. - C.P.A.M. à destination des médecins libéraux.

Nombre de réunions d'information collective C.A.F. - C.P.A.M. - C.G.

AXE 1 Soutien à la parentalité

OBJECTIF 1.1.: Renforcer les interventions dans les périodes anténatales et postnatales.

Fiche action 2: Formaliser la coordination médico-sociale périnatale.

Éléments de diagnostic:

La C.M.S.P. existe depuis plusieurs années ; elle se réunit une fois par mois, avec un pilotage assuré par un médecin de la PMI Elle facilite la coordination des interventions professionnelles.

Lorsque des futures mères vulnérables sont repérées, elle permet un échange constructif entre professionnels, afin d'accompagner la mère durant sa grossesse. L'intervention précoce est ainsi anticipée en cas de besoin, dès les premiers jours et semaines qui suivent la naissance.

Public visé :

Futurs parents.

Objectifs :

Accompagner les parents avant et après la naissance de leur enfant, moments clés de la prévention précoce.

Repérer les facteurs de fragilité dans la période périnatale.

Modalités de l'action :

1^{ère} étape : Officialiser le fonctionnement de la C.M.S.P. : Participants, objectifs, pilotage et information aux familles concernées.

2^{ème} étape : Structurer le contenu des comptes-rendus et réfléchir aux destinataires.

Partenariats :

PMI, Centre Hospitalier Émile ROUX - maternité et addictologie, Centre Hospitalier Sainte Marie.

Pilotage :

Conseil général : PMI

Niveau de priorité :

1

Calendrier :

2013 : 2^e semestre

Indicateurs d'évaluation :

Nombre de réunions de la C.M.S.P.

Nombre de situations étudiées en commission.

Recueil d'activité départementale annuelle.

AXE 1 Soutien à la parentalité

OBJECTIF 1.2. : Définir, coordonner et animer le soutien à la parentalité.

Fiche action 3 : Développer et soutenir les actions de soutien à la parentalité.

Éléments de diagnostic :

Les difficultés rencontrées par les parents sont complexes. La mono-parentalité, la précarité et l'absence de liens sociaux sont des facteurs aggravants.

L'approche globale des besoins de l'enfant et de sa famille doit être favorisée, pour mobiliser les ressources et les acteurs de façon coordonnée et efficiente.

Des dispositifs de soutien à la parentalité existent, mais il est constaté un manque de communication, un déficit de repérage des actions, une insuffisance de coordination.

Public visé :

Futurs parents et parents.

Objectifs :

Accompagner les parents dans les apprentissages et favoriser l'élaboration du lien parent - enfant.

Mutualiser et diffuser les bonnes pratiques dans le domaine du soutien à la parentalité.

Établir des passerelles entre le dispositif de R.E.A.A.P., le comité de soutien à la parentalité et le Schéma de protection de l'enfance.

Modalités de l'action :

1^{ère} étape : Définir le concept de soutien à la parentalité de façon partagée et recenser les actions déjà existantes (R.E.A.A.P., ...), renforcer la coordination et la communication aux professionnels de terrain, via un site internet de la DI.VI.S.

2^{ème} étape : Communiquer et améliorer l'information aux parents.

3^{ème} étape : Développer un partenariat local pour mettre en place des actions collectives, afin de soutenir et de ré-assurer les parents dans leurs compétences parentales.

4^{ème} étape : Impulser des lieux ressources, type accueil de jour, pour favoriser la construction et la consolidation des compétences parentales.

Partenariats :

PMI, SSD, A.D.M.R., C.A.F., MSA, Comité départemental de soutien à la parentalité, D.D.C.S.P.P., Éducation nationale, M.S.A., U.D.A.F., U.N.A. CH Ste Marie Maison des ados

Pilotage :

Conseil général : SSD

Niveau de priorité : 2

Calendrier :

2014 à 2017

Indicateurs d'évaluation :

Bilan annuel des actions conduites.

Nombre et montant des actions subventionnées.

Nombre de lieux dédiés à l'aide à la parentalité.

AXE 1 Soutien à la parentalité

OBJECTIF 1.2.: Définir, coordonner et animer le soutien à la parentalité.

Fiche action 4 : Accompagner les familles fragilisées.

Éléments de diagnostic :

Certaines familles ont besoin d'un soutien plus présent, sans toutefois mettre en place les dispositifs de protection.

Un besoin de graduer les accompagnements des familles apparaît, en fonction des difficultés rencontrées.

Public visé :

Futurs parents et parents.

Objectifs :

Renforcer les modalités de soutien à la parentalité et d'accompagnement des familles les plus fragilisées par des actions individuelles et collectives.

Mieux informer les familles sur les actions conduites dans le cadre du soutien à la parentalité.

Modalités de l'action :

1^{ère} étape : Définir les modalités de soutien et d'accompagnement dans les projets de service de la PMI et du SSD

2^{ème} étape : Identifier les liens entre le suivi médico-social pour une prise de mesure type AED, AEMO, AGBF et le placement externalisé.

3^{ème} étape : Mettre en œuvre le soutien à la parentalité, en y associant les partenaires locaux.

4^{ème} étape : Communiquer auprès des familles sur les actions existantes.

Partenariats :

ASE, PMI, SSD, partenaires locaux, service d'assistance éducative AEMO, services de placement externalisé

Pilotage :

Conseil général : PMI et SSD

Niveau de priorité :

1

Calendrier :

2013 : 2^e semestre

Indicateurs d'évaluation :

Nombres d'actions conduites par Unités Territoriales.

Nombre de familles suivies et fréquentation des actions existantes.

Formalisation des projets de service du SSD, de la PMI et de l'ASE

AXE 1 Soutien à la parentalité

OBJECTIF 1.2. : Définir, coordonner et animer le soutien à la parentalité.

Fiche action 5 : Clarifier, diversifier et structurer le cadre d'intervention des Techniciennes d'Intervention Sociale et Familiale - T.I.S.F.

Éléments de diagnostic :

13 940 heures effectuées en 2011.

Les T.I.S.F. aident les parents à développer leurs compétences pour répondre aux besoins de leurs enfants. L'exercice de leur mission est une aide précieuse à la parentalité, qui apporte un accompagnement concret. La convention signée entre le Département, la C.A.F., la M.S.A. et les associations prestataires doit être actualisée.

D'avantage cibler les objectifs d'intervention des T.I.S.F. est indispensable, ainsi que de les coordonner avec les autres intervenants dans la famille.

On repère aussi un besoin de participation des T.I.S.F. aux visites accompagnées parents et enfant placé.

Public visé :

Futurs parents et parents.

Objectifs :

Développer la coordination entre les différents acteurs intervenant dans une famille.

Inscrire l'action des T.I.S.F. dans le cadre du projet global construit avec la famille.

Modalités de l'action :

1^{ère} étape : Préciser et encadrer davantage les objectifs d'intervention des T.I.S.F.

2^{ème} étape : Inscrire le recours aux T.I.S.F. dans le cadre des visites accompagnées en veillant aux contraintes budgétaires.

3^{ème} étape : Coordonner les interventions des T.I.S.F. en complément des autres mesures à domicile.

4^{ème} étape : Rénover la convention entre les partenaires, en y intégrant le guide des interventions à domicile à destination des familles.

Partenariats :

ASE, PMI, SSD, A.D.M.R., C.A.F., M.S.A., service d'assistance éducative AEMO, services de placement externalisé, U.D.A.F., U.N.A.

Pilotage :

Conseil général : SSD

Niveau de priorité :

1

Calendrier :

2013 : 2^e semestre

Indicateurs d'évaluation :

Évolution du nombre d'heures financées et leur nature.

Durée moyenne des interventions des T.I.S.F.

Nombre d'heures d'encadrement de droits de visite.

Actualisation de la convention.

Rédaction et diffusion du guide.

AXE 1 Soutien à la parentalité

OBJECTIF 1.3. : Développer des outils de soutien à la parentalité.

Fiche action 6 : Diversifier les mesures d'accompagnement des familles.

Éléments de diagnostic :

La famille constituée, ou en devenir, est le premier lieu de construction de l'enfant, de transmission des valeurs et des repères.

Certains parents rencontrent des difficultés dans la prise en charge au quotidien de leur enfant et éprouvent le besoin de « souffler ».

Le nombre de situations de violences conjugales et de conflits parentaux est croissant. Les enfants, témoins de faits de violence au sein de la famille, sont susceptibles de la reproduire, seuls modèles de communication qu'ils connaissent.

Public visé :

Parents.

Objectifs :

Ré-assurer les parents sur leurs capacités, les accompagner dans l'éducation de leurs enfants et leur permettre un accueil ponctuel, ou relais de leurs enfants.

Impulser des lieux ressources à destination des parents.

Développer la médiation familiale.

Modalités de l'action :

action 1 1^{ère} étape : Déterminer les places disponibles en structures collectives pour ce type d'accueil.

2^{ème} étape : Identifier des Assistantes Maternelles en capacité de répondre à cette demande et adapter leur agrément.

3^{ème} étape : Communiquer aux professionnels l'existence de ce dispositif.

Action 2 : Faire le bilan de la convention de médiation familiale 2007 - 2013 et élaborer une nouvelle convention.

Partenariats :

ASE, PMI, SSD, C.A.F., E.A.J.E., , Justice, Justice et Partage, M.S.A., R.A.M.

Pilotage :

Conseil général : PMI et SSD

Niveau de priorité :

1

Calendrier :

2013 et 2014

Indicateurs d'évaluation :

Nombre et localisation des places en structures collectives.

Nombre et localisation des places chez les Assistantes Maternelles.

Nombre d'accueils effectués le jour et la nuit.

Qualité du partenariat avec Justice et Partage.

AXE 1 Soutien à la parentalité

OBJECTIF 1.3. : Développer des outils de soutien à la parentalité.

Fiche action 7 : Intensifier la formule du parrainage.

Éléments de diagnostic :

La loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance introduit le parrainage comme un moyen de prise en charge, un complément. Elle crée donc un cadre national plus sécurisant.

Le parrainage est une des réponses qui peut être apportée à une question d'isolement familial, voir social, à un besoin de soutien affectif, d'ouverture sur l'extérieur, ... Il s'inscrit dans les actions de soutien à la parentalité. Un décret précise le cadre et les objectifs de cette formule.

Le parrain peut déjà être connu de l'enfant et faire partie de son entourage, ou être recherché en dehors de celui-ci, notamment en cas d'isolement relationnel ou social.

Public visé :

Enfants, adolescents et jeunes majeurs.

Objectifs :

Donner la possibilité à tout enfant, quel que soit son âge, de bénéficier de liens privilégiés avec un adulte, ou une famille.

Modalités de l'action :

1^{ère} étape : Rappeler le cadre et les objectifs du parrainage pour bâtir un contrat de parrainage sur la base de la charte nationale.

2^{ème} étape : Communiquer l'existence de cette formule aux professionnels et aux familles.

Partenariats :

ASE, F.D.E., M.E.C.S., U.D.A.F.

Pilotage :

Conseil général : ASE

Niveau de priorité :

3

Calendrier :

2015 à 2017

Indicateurs d'évaluation :

Nombre de contrats de parrainage signés.

OBJECTIF 2.1. : Renforcer le rôle de la C.ASED.

Fiche action 8 : Développer une culture commune de la protection de l'enfance.

Éléments de diagnostic:

Le nombre d'Informations Préoccupantes tend à se stabiliser depuis quelques années et connaît même une légère régression sur 2012.

Les I.P. peuvent provenir de sources diverses, bien que majoritairement des services du Conseil général.

La difficulté d'évaluer ce qu'est une situation de danger, ou de risque de danger, amène beaucoup de questionnements. Les éléments qui fondent la transmission d'Information Préoccupante sont à partager par tous les professionnels.

Public visé :

Ensemble des acteurs de la protection de l'enfance.

Objectifs :

Clarifier les définitions du danger et de l'urgence pour un meilleur repérage des enfants en danger, ou en risque de danger.

Homogénéiser les pratiques.

Modalités de l'action :

1^{ère} étape : Mettre en place un groupe de travail pour s'approprier la notion de danger, la notion d'urgence et pour créer un référentiel commun d'indicateurs de risque et de danger, les règles de secret et discrétion

2^{ème} étape : Diffuser le référentiel aux professionnels.

3^{ème} étape : S'assurer d'une diffusion régulière des référentiels existants aux nouveaux professionnels et s'approprier de manière multi-partenariale les outils communs.

Partenariats :

ASE, C.ASED., PMI, SSD, D.D.E.C., Éducation nationale, Gendarmerie, magistrats, P.J.J., Police, services sociaux spécialisés.

Pilotage :

Conseil général : C.ASED.

Niveau de priorité :

2

Calendrier :

2014 à 2015

Indicateurs d'évaluation :

Rédaction et diffusion du référentiel commun.

Nombre d'accueils d'urgence et leurs circonstances.

Qualité des rapports pour la caractérisation du danger dans les Informations Préoccupantes.

OBJECTIF 2.1. : Renforcer le rôle de la C.ASED.

Fiche action 9 : Poursuivre la communication de la C.ASED. auprès des partenaires externes.

Éléments de diagnostic :

La cellule départementale est garante du dispositif de recueil, de traitement et d'évaluation des Informations Préoccupantes. L'article 375 du Code Civil définit l'I.P. comme tout élément d'information, y compris médical, susceptible de laisser craindre qu'un enfant se trouve en situation de danger, ou de risque de danger.

Tout professionnel, ou toute personne, susceptible de détenir des Informations Préoccupantes concernant un mineur peut solliciter la C.ASED.

En Haute-Loire, cette cellule est identifiée, notamment par les professionnels de l'enfance, mais un travail de communication reste à réaliser auprès des médecins, des enseignants, du personnel de crèches, de centres de loisirs et de cantines.

Public visé :

Ensemble des acteurs de la protection de l'enfance.

Objectifs :

Améliorer le repérage des enfants en danger, ou en risque de danger, en informant et en mobilisant davantage l'ensemble des acteurs.

Modalités de l'action :

1^{ère} étape : Réaliser régulièrement des actions de communication à destination des médecins et des enseignants.

2^{ème} étape : Proposer chaque année une présentation des missions de la C.ASED. et de l'ASE, aux étudiants de l'I.U.F.M., aux professionnels de la Police et de la Gendarmerie.

3^{ème} étape : Repérer les écoles avec lesquelles les liens sont distants.

4^{ème} étape : Intensifier le travail en réseau du SSD et de la PMI avec les acteurs concernés.

5^{ème} étape : S'assurer de la diffusion de la brochure existante de la C.ASED. aux acteurs.

Partenariats :

C.ASED., Conseil de l'ordre des médecins, D.D.E.C., Éducation nationale, Gendarmerie, I.U.F.M., médecins, Police.

Pilotage :

Conseil général : C.ASED.

Niveau de priorité :

2

Calendrier :

2014 à 2017

Indicateurs d'évaluation :

Nombre d'actions de communication.

Nombre d'Informations Préoccupantes signalées par ces partenaires.

OBJECTIF 3.1. : Renforcer les capacités de suivi au titre des actions éducatives à domicile - AED - AEMO

Fiche action 10 : Innover en matière de soutien à domicile par la clarté des interventions et la complémentarité des actions.

Éléments de diagnostic :

L'AED est définie comme une mesure à destination de la famille, intense mais de durée limitée. Sa mise en place nécessite l'adhésion des parents. Elle est destinée à soutenir un mineur maintenu dans sa famille, au sein de laquelle existe des difficultés, notamment éducatives, ou à un jeune majeur pour un apprentissage de l'autonomie.

Le Juge des Enfants peut ordonner une mesure d'AEMO lorsque les conditions de vie d'un enfant mettent en danger sa santé, sa sécurité ou sa moralité, ou lorsque ses conditions d'éducation sont gravement compromises. En Haute-Loire, elles sont exercées par le service d'assistance éducative.

Ces aides peuvent être exercées parallèlement à d'autres interventions du SSD, de la PMI et des T.I.S.F. Les actions sont à mieux coordonner dans le cadre du projet pour l'enfant. Les autres intervenants doivent être associés, ou informés du déroulement de la mesure, d'autant qu'ils seront amenés à intervenir en fin de mesure. Un relais est alors à construire de façon systématique.

Une réflexion est à engager et à valider sur la durée maximum des mesures d'AED et d'AEMO, mais aussi sur le nombre de rencontres avec les familles.

Public visé :

Enfants, adolescents et jeunes majeurs.

Objectifs :

Améliorer les partenariats avec les services du SSD, de la PMI, et les T.I.S.F.

Éviter la chronicisation d'intervention dans certaines familles et limiter la durée d'intervention.

Modalités de l'action :

1^{ère} étape : Formaliser les critères et les modalités d'intervention de l'AED et de l'AEMO et y introduire les partenariats avec les autres services.

2^{ème} étape : Construire un référentiel des outils d'accompagnement, à destination des professionnels de terrain et des partenaires.

3^{ème} étape : Élaborer un tableau de bord annuel d'activité de l'AED, plus riche en items et obtenir un retour d'information de l'AEMO

4^{ème} étape : Transmettre régulièrement les places disponibles au trinôme d'encadrement des I.C.A.

Partenariats :

ASE, CASED, PMI, SSD, Éducation nationale, service d'assistance éducative AEMO, U.D.A.F.

Pilotage :

Conseil général : ASE

Niveau de priorité :

2

Calendrier :

2014

Indicateurs d'évaluation :

Adaptation des tableaux de bord existants.

Formalisation de l'intervention de l'AED dans le cadre du projet de service de l'ASE

Formalisation de l'intervention de l'AEMO

Qualité de la collaboration avec les autres services.

OBJECTIF 3.2. : Soutenir et développer l'accueil familial.

Fiche action 11 : Accroître le nombre d'Assistants Familiaux et répartir l'offre à l'échelle des Unités Territoriales.

Éléments de diagnostic :

En 2011, 199 enfants confiés chez les Assistants Familiaux de l'ASE et des services de placement familial. 102 Assistants Familiaux employés par l'ASE en 2012.

Le nombre d'AS.FAM. est plus faible en Haute-Loire que dans les départements de taille identique.

L'offre est insuffisante et inégalement répartie sur le territoire. En effet, il est constaté un manque d'AS.FAM. sur certaines U.T., notamment celles du Brivadois et du Puy rural.

Compte-tenu du profil particulier de certains mineurs, le service de l'ASE a besoin de places disponibles pour repérer l'Assistant Familial qui correspond le mieux.

Public visé :

Enfants et adolescents.

Objectifs :

Le Département a la volonté de renforcer progressivement et prioritairement les moyens alloués au placement familial, afin de développer une politique de recrutement, visant à augmenter de cinquante le nombre de familles d'accueil.

Modalités de l'action :

1^{ère} étape : Revoir les procédures d'agrément et d'embauche, pour augmenter le nombre de places en accueil familial et améliorer la réunion d'information des candidats au poste d'Assistant Familial.

3^{ème} étape : Mener une campagne de communication pour attirer de nouvelles candidatures.

4^{ème} étape : Proposer une formation pour des Assistants Familiaux accueillants, ou disponibles à accueillir des adolescents.

Partenariats :

ASE, PMI, service communication et service R.H. du Conseil général, association L'Accueil, M.E.C.S.

Pilotage :

Conseil général : ASE

Niveau de priorité :

1

Calendrier :

2013 à 2017

Indicateurs d'évaluation :

Nombre et localisation des Assistants Familiaux embauchés.

Nombre d'actions de communication.

Nombre d'Assistants Familiaux formés.

OBJECTIF 3.2.: Soutenir et développer l'accueil familial.

Fiche action 12: Renforcer le soutien des Assistants Familiaux.

Éléments de diagnostic:

La loi de 2005 a créé un véritable statut de salarié à l'Assistant Familial. Pour soutenir un travail professionnalisé, elle l'insère ainsi pleinement dans les équipes de placement familial. Cette législation nécessite d'accompagner l'AS.FAM. dans une équipe pluridisciplinaire, dont il est membre à part entière. La formation des soixante heures est mise en place trop tardivement. Les Assistants Familiaux ont un sentiment d'isolement ; ils expriment un besoin de plus d'encadrement et de soutien technique.

Public visé :

Assistants Familiaux de l'ASE

Objectifs :

Améliorer l'encadrement et le soutien des Assistants Familiaux.
Développer l'accompagnement des AS.FAM. dans leur rôle éducatif et dans le travail d'équipe, afin de favoriser leur épanouissement et par conséquent, celui des enfants qui leur sont confiés.

Modalités de l'action :

1^{ère} étape : Restructurer le déroulement de la formation des soixante heures.
2^{ème} étape : Actualiser le guide d'accueil des Assistants Familiaux du Conseil général.
3^{ème} étape : Améliorer l'intégration des AS.FAM. aux équipes de terrain.
4^{ème} étape : intensifier le soutien en réalisant une fois par trimestre et en présence de l'encadrement, des réunions d'information et à thèmes, en développant la formation continue pour soutenir le processus de professionnalisation des AS.FAM et en favorisant l'échange de pratiques en ré-initiant des groupes de parole au sein du Conseil général.

Partenariats :

ASE

Pilotage :

Conseil général : ASE

Niveau de priorité :

2

Calendrier :

2013 à 2017

Indicateurs d'évaluation :

Nombre d'Assistants Familiaux formés.
Nombre de réunions et de groupes de paroles organisés.
Niveau de satisfaction des Assistants Familiaux.

OBJECTIF 3.2. : Soutenir et développer l'accueil familial.

Fiche action 13 : Spécialiser l'accueil familial relais.

Éléments de diagnostic :

La mise en place de familles relais est une difficulté, car aucun AS.FAM. n'est identifié sur cette activité. Certains enfants, en établissements ou en familles d'accueil, ne bénéficient pas de droit de visite et d'hébergement au domicile de leurs parents ; ils ne partent donc jamais de leur lieu d'accueil.

Public visé :

Enfants et adolescents.

Objectifs :

Donner aux enfants une ouverture sur un autre modèle familial, d'autres relations et d'autres activités, tout en préservant une sécurité et une protection.
 Prévenir l'usure et la chronicité de l'accueil pour les jeunes et les accueillants.
 Permettre aux Assistants Familiaux de prendre des congés.
 Permettre aux enfants et aux AS.FAM. de vivre des expériences de séparation positive.
 Faciliter à ces professionnels des temps avec leur propre famille et la possibilité d'être suppléés lors d'accueils d'enfants ayant des problématiques lourdes.

Modalités de l'action :

- 1^{ère} étape : Développer l'accueil relais.
- 2^{ème} étape : Avoir une visibilité des places réservées à du relais sur le département.
- 3^{ème} étape : Engager une réflexion sur les savoir-faire des AS.FAM. dans ce type d'accueil.
- 4^{ème} étape : Rédiger un contrat spécifique à l'activité « relais ».

Partenariats :

ASE, F.D.E.,

Pilotage :

Conseil général : ASE

Niveau de priorité :

1

Calendrier :

2013

Indicateurs d'évaluation :

Nombre de places réservées à du relais.
 Nombre d'accueils relais effectués.
 Rédaction du contrat de l'accueil relais.

OBJECTIF 3.2. : Soutenir et développer l'accueil familial.

Fiche action 14 : Spécialiser l'accueil familial d'urgence.

Éléments de diagnostic :

On note un besoin de spécialiser des Assistants Familiaux sur l'accueil d'urgence, notamment pour les enfants de 0 - 3 ans.

La Haute-Loire ne dispose pas de pouponnière et le F.D.E. n'accueille en urgence qu'à partir de trois ans. Renforcer la capacité d'accueil en urgence est nécessaire lorsque le F.D.E. est complet.

Public visé :

Enfants.

Objectifs :

Diversifier et adapter le dispositif d'accueil d'urgence.

Le besoin est évalué à un Assistant Familial par U.T., disposant de deux places, voir trois en cas de fratrie.

Répondre aux besoins des services de placement externalisé sur l'accueil des 0 - 3 ans en cas de crise.

Modalités de l'action :

1^{ère} étape : Formaliser les modalités de ce mode d'accueil.

2^{ème} étape : Identifier des Assistants Familiaux disponibles et en capacité de travailler dans l'urgence.

3^{ème} étape : Former les AS.FAM. à l'accueil d'urgence.

Partenariats :

ASE, F.D.E., AS.FAM., association L'Accueil, M.E.C.S.

Pilotage :

Conseil général : ASE et F.D.E.

Niveau de priorité :

1

Calendrier :

2013

Indicateurs d'évaluation :

Nombre de places disponibles.

Nombre et durée des accueils réalisés.

OBJECTIF 3.3. : Redéfinir la mission d'accueil d'urgence du F.D.E.

Fiche action 15 : Réorganiser l'accueil d'urgence.

Éléments de diagnostic :

L'offre d'accueil d'urgence constitue une composante majeure du dispositif de protection de l'enfance, permettant ainsi la prise en charge immédiate d'un mineur, 365 jours sur 365 et 24 heures sur 24.

Le dispositif départemental d'accueil d'urgence repose sur le F.D.E. Il connaît depuis quelques années des difficultés, notamment pour l'accueil d'adolescents particulièrement complexes, avec des troubles du comportement, confiés par l'ASE et les magistrats.

Le F.D.E. dispose d'une capacité de quinze places, destinées à des garçons et filles de douze à 18 ans, voire 21. Le mélange des problématiques du public accueilli complexifie la prise en charge.

Le groupe des petits, âgés de trois à onze ans, est installé dans un bâtiment annexe, afin de leur assurer plus de protection.

Public visé :

Mineurs de trois à 21 ans.

Objectifs :

Satisfaire au besoin d'accueil d'urgence, en organisant de manière homogène, les conditions d'accueil des adolescents.

Améliorer la fluidité du dispositif d'accueil au F.D.E.

Modalités de l'action :

1^{ère} étape : Définir la mission du F.D.E. et sa capacité d'accueil.

2^{ème} étape : Repenser l'organisation actuelle, en terme de public et de locaux.

3^{ème} étape : Élaborer un protocole d'accueil d'urgence.

4^{ème} étape : Renforcer le partenariat avec la pédopsychiatrie.

5^{ème} étape : Consolider la fonction d'orientation avec les partenaires.

6^{ème} étape : Renforcer l'articulation entre l'ASE et le F.D.E.

7^{ème} étape : Concrétiser l'embauche de familles relais à destination du F.D.E.

Partenariats :

ASE, F.D.E., Centre Hospitalier Sainte Marie, lieux de vie, magistrats, M.E.C.S.

Pilotage :

Conseil général : F.D.E.

Niveau de priorité :

1

Calendrier :

2013 à 2014

Indicateurs d'évaluation :

Révision du projet d'établissement du F.D.E.

Nombre d'accueils.

Réalisation et communication du protocole d'accueil d'urgence aux partenaires.

Délais d'orientation.

OBJECTIF 3.4. : Conforter les services d'alternative au placement.

Fiche action 16 : Structurer et équilibrer l'offre de placement externalisé.

Éléments de diagnostic :

Le placement externalisé permet d'exercer la mesure de placement dans le milieu familial, grâce à des modes d'accompagnement adaptés.

58 places en septembre 2011 ; 12 places supplémentaires autorisées par dérogation en fin d'année 2012.

Le placement externalisé répond à un besoin, mais il est actuellement saturé, notamment sur les territoires du Brivadois et du Nord-Est du département. De plus, il n'est pas suffisamment connu quant à son organisation, son fonctionnement et ses objectifs.

Public visé :

Enfants, adolescents et jeunes majeurs.

Objectifs :

Évaluer le besoin sur ce dispositif et équilibrer l'offre sur l'ensemble du département, à moyens constants.

Modalités de l'action :

1^{ère} étape : Engager une réflexion sur le besoin en places et sa répartition sur le département.

2^{ème} étape : Poursuivre la formation des intervenants sur l'observation des très jeunes enfants et des compétences parentales.

3^{ème} étape : Impulser des rencontres entre intervenants pour un échange sur les pratiques.

4^{ème} étape : Maintenir des temps permettant des ajustements d'organisation et de fonctionnement entre les services.

5^{ème} étape : Communiquer sur l'existence de ce dispositif auprès des professionnels.

Partenariats :

ASE, PMI, magistrats, M.E.C.S.

Pilotage :

Conseil général : Direction adjointe enfance famille.

Niveau de priorité :

2

Calendrier :

2014 à 2017

Indicateurs d'évaluation :

Nombre et répartition des places autorisées.

Nombre de prises en charge.

Nombre et temps de formations.

Nombre de rencontres sur l'échange des pratiques.

Nombre de bilans effectués.

OBJECTIF 3.5. : Adapter et améliorer l'offre d'accueil en internat.

Fiche action 17 : Optimiser l'accueil en M.E.C.S.

Éléments de diagnostic :

Les Maisons d'Enfants gèrent l'accueil collectif des mineurs confiés, jour et nuit. Pour certains, un accueil périodique ou exceptionnel (journée, nuit, weekend, vacances) pourrait être proposé et permettre une mise à distance temporaire avec leur famille, ou un soutien à la fonction parentale.

Le département dispose d'une offre d'accueil permettant de répondre aux besoins, mais un questionnement apparaît sur la répartition et la localisation des places.

Les Juges des Enfants soulignent l'importance de mettre l'accent sur le travail avec les familles, dans le cadre du placement.

Public visé :

Enfants et adolescents.

Objectifs :

Permettre aux établissements qui accompagnent les familles de moduler l'accueil collectif, pour l'adapter au plus près de l'intérêt de l'enfant, comme le prévoit la loi du 5 mars 2007.

Ajuster, en fonction des besoins, l'offre de placement en internat sur le département.

Modalités de l'action :

1^{ère} étape : Équilibrer l'offre de placement et moduler l'accueil collectif pour l'adapter au plus près des besoins de l'enfant (accueil séquentiel, ...).

2^{ème} étape : Clarifier et communiquer sur les modalités d'accompagnement en internat.

3^{ème} étape : Élaborer un référentiel partagé sur l'exercice de l'autorité parentale.

4^{ème} étape : Promouvoir concrètement le travail avec les familles.

Partenariats :

ASE, F.D.E., magistrats, M.E.C.S.

Pilotage :

Conseil général : Direction adjointe enfance famille.

Niveau de priorité :

2

Calendrier :

2014 à 2017

Indicateurs d'évaluation :

Localisation et taux d'occupation des M.E.C.S.

Communication sur les modalités d'accompagnement en internat.

Rédaction et diffusion du référentiel sur l'exercice de l'autorité parentale.

Taux de retour en famille.

Satisfaction des enfants et des parents.

OBJECTIF 3.5. : Adapter et améliorer l'offre d'accueil en internat.

Fiche action 18 : Adapter les réponses aux besoins d'accompagnement.

Éléments de diagnostic :

Les lieux de placement indiquent une augmentation importante de l'effectif des jeunes déscolarisés, de façon de plus en plus précoce, ce qui pose le problème de la prise en charge au quotidien. Le placement, dans un cadre clair et sécurisant, ne suffit pas pour un retour à la scolarisation « ordinaire », notamment pour des situations installées de façon plus ou moins insidieuse, depuis plusieurs mois ou années. L'appellation et le déroulement des droits de visite sont à formaliser de façon partagée.

Public visé :

Enfants et adolescents.

Objectifs :

Assurer une meilleure insertion scolaire des enfants confiés au Conseil général.
Améliorer les rencontres parents - enfant.

Modalités de l'action :

Action 1 : Engager un travail avec l'Éducation nationale et la D.D.E.C. afin de réfléchir à des modalités d'intégration et d'évaluer les besoins en matière de scolarité alternative.

Partenariats :

ASE, F.D.E., A.D.M.R., Éducation nationale, magistrats, M.E.C.S.

Pilotage :

Conseil général : ASE

Niveau de priorité :

2

Calendrier :

2013 à 2017

Indicateurs d'évaluation :

Réponses apportées aux situations de déscolarisation.
Rédaction et diffusion du référentiel des différents types de visites.
Formation des Travailleurs Médico-Sociaux aux Visites Médiatisées.

OBJECTIF 3.5. : Adapter et améliorer l'offre d'accueil en internat.

Fiche action 19 : Adapter l'accueil mère - enfant.

Éléments de diagnostic :

La loi du 5 mars 2007 a renforcé l'obligation, pour chaque département, de mettre en place un dispositif d'accueil des femmes enceintes et des mères avec enfant de moins de trois ans. En Haute-Loire, certaines jeunes mères sont orientées en dehors du département.

Public visé :

Mères avec enfant.

Objectifs :

Améliorer le dispositif d'accueil mère - enfant ou parents - enfant.

Modalités de l'action :

action 1 : Faire un bilan de l'organisation et du fonctionnement de l'accueil mère - enfant et actualiser la convention avec l'association Le Tremplin.

Action 2 : Signer une convention entre la Haute-Loire et le Puy-de-Dôme, pour la réservation d'un appartement à l'année.

Partenariats :

ASE, association Le Tremplin, C.D.E.F Puy de Dôme.

Pilotage :

Conseil général : ASE

Niveau de priorité :

2

Calendrier :

2013 : Convention CDEF63

2014

Indicateurs d'évaluation :

Actualisation de la convention avec l'association Le Tremplin.

Signature de la convention avec le C.D.E.F. du Puy-de-Dôme.

OBJECTIF 3.6. : Améliorer la continuité de la prise en charge.

Fiche action 20 : Développer des outils permettant de renforcer la place des parents.

Éléments de diagnostic :

La qualité des réponses éducatives passe par la construction du Projet Personnalisé de l'Enfant. Le P.P.E. est l'un des outils mis en place par la loi de 2007.
La participation des familles, au moment de la signature des contrats, devrait permettre de travailler différemment le projet individuel de l'enfant.

Public visé :

Enfants et adolescents.

Objectifs :

Clarifier le rôle du référent de l'ASE en établissement.
Positionner l'enfant au centre de tout projet, par un repérage de ses besoins.
Favoriser l'échange entre les professionnels, l'enfant et sa famille.
S'assurer que la famille a compris la mesure et la responsabiliser.

Modalités de l'action :

1^{ère} étape : Définir la mission du référent de l'ASE
2^{ème} étape : Prévoir, au sein du Projet Personnalisé de l'Enfant, une partie consacrée à l'implication de la famille.
3^{ème} étape : Restituer les observations et les informations recueillies dans le cadre du projet de l'enfant à celui-ci et à sa famille.

Action 2 : Élaborer un référentiel partagé des différents types de visites parents – enfant et former les Travailleurs Médico-Sociaux aux Visites Médiatisées

Partenariats :

ASE, F.D.E., AS.FAM., familles, M.E.C.S.

Pilotage :

Conseil général : ASE

Niveau de priorité :

2

Calendrier :

2013 à 2015

Indicateurs d'évaluation :

Formalisation de la mission du référent de l'ASE
Nombre de Projets Personnalisés de l'Enfant rédigés et non-rédigés.
Satisfaction des mineurs et de leur famille.
Coordination entre les professionnels.

OBJECTIF 4.1. : Améliorer l'accompagnement des mineurs en grandes difficultés.

Fiche action 21 : Développer le partenariat pour la prise en charge des mineurs à problématiques complexes.

Éléments de diagnostic :

Les situations des mineurs en très grandes difficultés sont perçues comme résultant d'une accumulation de facteurs aux sources de leur souffrance et de leur mise en danger. Le dépistage des troubles du comportement intervient trop tardivement. Les besoins de prise en charge thérapeutique sont fortement ressentis.

Face à des adolescents qui font des « crises » avec des passages à l'acte les mettant en danger et / ou mettant en danger autrui, les établissements se sentent démunis. En effet, lorsqu'ils font appel aux services de soins, c'est qu'ils sont au bout de ce qu'ils peuvent proposer éducativement et les réponses apportées ne sont pas toujours à la hauteur de leurs attentes.

Le renforcement du partenariat est nécessaire, afin d'améliorer la prise en charge des mineurs en grandes difficultés.

Les problématiques des mineurs, très diversifiées, rendent complexe la prise en charge, notamment au sein d'un collectif.

Public visé :

Mineurs en grandes difficultés.

Objectifs :

Mutualiser les moyens pour intervenir auprès des mineurs en grandes difficultés.

Éviter les discontinuités de prise en charge en faveur des parents et des enfants.

Développer les dispositifs d'accompagnement de ce public.

Prendre en charge les enfants déscolarisés.

Assurer une continuité dans l'accueil, les weekends et les vacances scolaires.

Modalités de l'action :

1^{ère} étape : Diagnostiquer plus précocement les troubles du comportement.

2^{ème} étape : Finaliser la convention de coopération avec l'ARS et le Centre Hospitalier Sainte Marie.

3^{ème} étape : Construire un protocole C.G. - A.R.S. sur le partenariat avec les I.T.E.P. et les I.M.E.

4^{ème} étape : Former les professionnels sur ces mineurs en très grandes difficultés.

Partenariats :

ASE, F.D.E., A.R.S., Centre Hospitalier Sainte Marie, D.D.E.C., Éducation nationale, établissements et services du secteur handicap enfance, M.D.P.H., P.J.J.

Pilotage :

Conseil général : Direction adjointe enfance famille.

Niveau de priorité :

1

Calendrier :

2013

Indicateurs d'évaluation :

Repérage des enfants présentant des risques de troubles du comportement.

Nombre d'enfants concernés.

Protocoles de partenariat.

OBJECTIF 4.1. : Améliorer l'accompagnement des mineurs en grandes difficultés.

Fiche action 22 : Améliorer l'accompagnement des mineurs en grandes difficultés et à problématiques complexes.

Éléments de diagnostic :

La commission cas complexes a permis d'apporter des réponses adaptées dans certains dossiers. Facilitant la communication entre les professionnels autour des situations, elle permet de gagner en réactivité dans leur traitement.

Public visé :

Mineurs en grandes difficultés.

Objectifs :

Approfondir le partenariat, pour apporter des réponses adaptées aux jeunes en difficultés, en officialisant et légitimant la commission cas complexes, à dénommer commission Ariane et en désignant un coordinateur de parcours.

Modalités de l'action :

1^{ère} étape : Légitimer et définir le fonctionnement de la commission Ariane.

2^{ème} étape : Mettre en place un coordinateur de parcours, pour éviter les ruptures et garantir la continuité du projet.

Partenariats :

ASE, F.D.E., A.R.S., C.A.M.S.P., Centre Hospitalier Sainte Marie, C.M.P.P., Éducation nationale, M.D.P.H., S.E.S.S.A.D.

Pilotage :

Conseil général : Direction adjointe enfance famille.

Niveau de priorité :

1

Calendrier :

2013

Indicateurs d'évaluation :

Nombre d'enfants concernés.

Évaluation des orientations de la commission Ariane.

OBJECTIF 4.2. : Trouver une réponse adaptée.

Fiche action 23 : Offrir une prise en charge adaptée au public à problématiques complexes.

Éléments de diagnostic :

Depuis déjà plusieurs années, on constate une augmentation sensible du nombre de mineurs présentant des difficultés multiples, essentiellement d'ordre comportementales, associées à des troubles psychiques parfois sévères.

L'approche strictement éducative montre vite ses limites ; les équipes éducatives et médicales sont démunies pour apporter des réponses appropriées.

Les lieux d'accueil classiques sont déstabilisés et impuissants.

S'agissant de M.E.C.S., l'équilibre des groupes est mis à mal et les problèmes que posent un, ou parfois plusieurs enfants, ont des conséquences désastreuses.

Au sein même des familles d'accueil, c'est l'équilibre de la famille en général qui est en difficulté si des aides spécifiques ne sont pas proposées.

De plus, les places en hospitalisation sont peu nombreuses et il n'est pas rare, par manque de place, de voir ces mineurs hospitalisés en service de pédopsychiatrie sur une trop courte durée.

Public visé :

Enfants et adolescents.

Objectifs :

Disposer d'une structure alliant éducatif, soins et scolarité, susceptible d'accueillir des mineurs qui présentent des difficultés, telles que l'accueil en établissement ou en famille d'accueil classique n'est pas souhaitable.

Modalités de l'action :

1^{ère} étape : Définir le besoin avec l'A.R.S. sur les réponses à apporter et faire si nécessaire, un appel à projet conjoint A.R.S. - C.G.

Partenariats :

ASE, A.R.S., Centre Hospitalier Sainte Marie, M.D.P.H.

Pilotage :

Conseil général : DI.VI.S.

Niveau de priorité :

1

Calendrier :

démarrage sur 2013

Indicateurs d'évaluation :

Profil et problématiques des mineurs à accueillir.

Création de la structure spécialisée.

Nombre de places occupées.

Nombre d'enfants accueillis au sein de la structure spécialisée.

AXE 5 Mise en œuvre et suivi du Schéma

OBJECTIF 5.1. : Se doter d'outils de pilotage.

Fiche action 24 : Construire un dispositif de recensement en temps réel des places disponibles.

Éléments de diagnostic :

Un manque de lisibilité concernant l'activité est repéré.

La transmission des données est une difficulté, car les tableaux sont transmis irrégulièrement et sont parfois incomplets.

On constate une augmentation du temps passé à la recherche d'une place pour un enfant.

Public visé :

Ensemble des acteurs de la protection de l'enfance.

Objectifs :

Meilleure articulation du dispositif d'accueil, en conciliant les contraintes de gestion des établissements et leur inscription dans un dispositif départemental.

Disposer d'un outil de régulation des placements pour augmenter la réactivité du dispositif départemental.

Modalités de l'action :

1^{ère} étape : Recenser, en temps réel, le nombre, la localisation et la spécificité des places disponibles au sein des établissements, des lieux de vie et des familles d'accueil.

2^{ème} étape : Construire les outils, notamment informatiques et établir un mode de fonctionnement.

3^{ème} étape : Faire vivre ces outils de manière coordonnée et identifier le gestionnaire du tableau de bord au sein de la D.I.V.I.S.

4^{ème} étape : Diffuser les informations relatives aux places disponibles.

Partenariats :

ASE, F.D.E., lieux de vie, M.E.C.S.

Pilotage :

Conseil général : Direction adjointe enfance famille.

Niveau de priorité : 1

Calendrier :

Réflexion 2013 pour mise en œuvre début 2014

Indicateurs d'évaluation :

Appropriation de l'outil de régulation par les différents acteurs.

Délais de transmission des données.

Délais de mise en œuvre des placements.

AXE 5 Mise en œuvre et suivi du Schéma

OBJECTIF 5.1. : Se doter d'outils de pilotage.

Fiche action 25 : Accroître l'efficacité de l'instance « coordination enfance en danger ».

Éléments de diagnostic :

La convention de février 2007 prévoit l'animation de la coordination enfance en danger, dont les missions sont de :

- Préparer et mettre en œuvre les propositions de l'Observatoire départemental de l'enfance en danger.
- Réfléchir à froid sur des dossiers de protection de l'enfance, pour faciliter la coopération entre les acteurs.

Public visé :

Ensemble des acteurs de la protection de l'enfance.

Objectifs :

Améliorer la coordination et la communication.

Assurer le suivi des actions du Schéma

Maintenir les partenariats existants par la signature de nouvelles conventions, adaptées aux évolutions organisationnelles.

Modalités de l'action :

1^{ère} étape : Réactiver la coordination enfance en danger.

2^{ème} étape : Fixer un calendrier prévisionnel de réunions, tout en l'adaptant en cas de besoin.

3^{ème} étape : Évaluer l'efficacité de la nouvelle procédure enfance en danger.

4^{ème} étape : Assurer le suivi et la coordination des actions du Schéma.

5^{ème} étape : Communiquer l'existence de cette instance aux professionnels de la protection de l'enfance.

6^{ème} étape : Actualiser la convention multipartite relative aux mineurs à protéger et à leur accompagnement et la convention avec l'Éducation nationale.

Partenariats :

ASE, C.ASED., PMI, Centre Hospitalier Sainte Marie, Éducation nationale, Gendarmerie, magistrats, M.E.C.S., Parquet, P.J.J., Police, service d'assistance éducative AEMO

Pilotage :

Conseil général : Direction adjointe enfance famille.

Niveau de priorité : 1

Calendrier :

2013

Indicateurs d'évaluation :

Efficacité de la nouvelle procédure enfance en danger.

Nombre de réunions effectuées.

Nombre de situations présentées.

Efficiency des réponses apportées.

Signature des conventions.

AXE 5 Mise en œuvre et suivi du Schéma

OBJECTIF 5.1. : Se doter d'outils de pilotage.

Fiche action 26 : Assurer le pilotage du Schéma 2013 - 2017.

Éléments de diagnostic :

Dans le cadre du précédent Schéma, l'Observatoire de la protection de l'enfance de la Haute-Loire a été mis en place en 2008.

L'évaluation du dernier Schéma 2007 - 2011 a identifié comme point faible le suivi non formalisé de ce dernier.

Le suivi de la réalisation du Schéma fait partie des missions de l'Observatoire départemental, prévu par la loi du 5 mars 2007.

Public visé :

Ensemble des acteurs de la protection de l'enfance.

Objectifs :

Garantir le suivi effectif de la mise en œuvre du Schéma.

Favoriser la mobilisation du partenariat nécessaire à la réalisation du Schéma.

Modalités de l'action :

Action 1:

1^{ère} étape : Prévoir la rédaction d'un rapport annuel sur l'état d'avancement du Schéma, soumis au Président du Conseil général, avec des données et des analyses sur le contexte démographique et social, les Informations Préoccupantes, les publics confiés et les ressources départementales.

2^{ème} étape : S'assurer d'une communication transmise à tous les professionnels de la protection de l'enfance.

Action 2 : Reconduire annuellement la journée de formation et de réflexion pour les acteurs de la protection de l'enfance.

Partenariats :

ASE, C.ASED., F.D.E., PMI, SSD, A.R.S., Centre Hospitalier Sainte Marie, D.D.E.C., Éducation nationale, Gendarmerie, magistrats, M.E.C.S., P.J.J., Police, service d'assistance éducative AEMO

Pilotage :

Conseil général : Direction adjointe enfance famille.

Niveau de priorité :

1

Calendrier :

2013 à 2017

Indicateurs d'évaluation :

Nombre de réunions de la coordination enfance en danger.

Nombre de réunions de l'Observatoire départemental.

Production annuelle de l'état de mise en œuvre du Schéma.

Remerciements

Une volonté forte et des orientations ambitieuses, malgré un contexte général en forte évolution

La ré-actualisation du Schéma départemental est intervenue dans un contexte particulier, engageant des modifications considérables sur le pilotage de l'action publique et les moyens d'action des Conseils généraux.

Le Département, en lien étroit avec ses partenaires, a dû et a su s'adapter aux contraintes posées par les évolutions récentes, et malgré cela il garde la volonté d'améliorer les solutions de prise en charge des plus fragilisés.

La volonté du Département est de continuer à innover malgré un contexte général difficile et incertain: la Haute-Loire doit rester un "laboratoire", grâce au dynamisme des acteurs et à un travail en réseau très riche, dans le domaine de l'Enfance.

Une volonté constante de prévention

La prévention est un terme générique qui résume la démarche portée par le Conseil général d'intervenir le plus en amont possible, afin d'éviter le passage dans un état de vulnérabilité pour les personnes concernées, déjà fragiles.

Sa place est centrale dans le Schéma Enfance, intitulé d'ailleurs Schéma de Prévention et de Protection pour l'enfance, l'adolescence et la famille.

Une volonté d'agir en partenariat et en adéquation avec les besoins

L'année d'élaboration du Schéma départemental ne constitue qu'une première étape, essentielle certes mais non suffisante, dans la mise en œuvre de la politique de protection de l'enfance qu'il porte.

Le Conseil général est en responsabilité de piloter, pendant cinq années, une déclinaison pertinente des orientations contenues dans le Schéma. Si nécessaire, il ajustera de façon partenariale les orientations retenues en fonction de l'évolution du cadre réglementaire et des besoins.

Une volonté d'encourager la participation active des personnes concernées

Tout citoyen, même s'il est en situation de vulnérabilité, doit être amené à être auteur et acteur de son projet de vie. Celui-ci doit être pris en compte au niveau de l'accompagnement et des éventuelles aides qui peuvent lui être apportées. Il ne s'agit pas de faire pour, mais de faire avec, en "considérant" les personnes et en soutenant au mieux toutes leurs capacités et celles de leur entourage.

Le Président du Conseil général de la Haute-Loire remercie l'ensemble des partenaires pour leur participation et leur engagement ayant permis la réalisation de ce Schéma départemental de la protection de l'enfance 2013-2017.

Abréviations

A

A.A.H. : Allocation Adulte Handicapé.
AED : Action Éducative à Domicile.
AEMO : Action Éducative en Milieu Ouvert.
A.G.B.F. : Aide à la Gestion du Budget Familial.
A.L.S. : Allocation de Logement Sociale.
A.N.P.A.A. : Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie.
A.P. : Accueil Provisoire.
A.P.A. : Allocation Personnalisée d'Autonomie.
A.P.I. : Allocation Parent Isolé.
A.R.S. : Agence Régionale de Santé.
A.S. : Assistant Social.
ASE : Aide Sociale à l'Enfance.
AS.FAM. : Assistant Familial.
A.V.S. : Auxiliaire de Vie Sociale.

B

B.I.T. : Bureau International du Travail.

C

C.A.F. : Caisse d'Allocations Familiales.
C.A.M.S.P. : Centre d'Action Médico-Sociale Précoce.
C.ASED. : Cellule d'Aide et de Soutien pour l'Enfance et l'adolescence en Danger.
C.A.S.F. : Code de l'Action Sociale et des Familles.
C.C.A. : Cadre Communautaire d'Appui.
C.D.J. : Confié par Décision Judiciaire.
C.E.F. : Centre Éducatif Fermé.
C.E.R. : Centre Éducatif Renforcé.
C.E.S.C. : Comité d'Éducation à la Santé et à la Citoyenneté.
C.G. : Conseil général.
CL.I.S. : Classe pour l'Inclusion Scolaire / Classe d'Intégration Scolaire.
C.L.S.H. : Centre de Loisirs Sans Hébergement.
C.M.P.P. - C.M.P. : Centre Médico-Psycho-Pédagogique.
C.M.S. : Centre Médico-Social.
C.M.S.P. : Coordination Médico-Sociale Précoce.
C.N.A.F. : Caisse Nationale d'Allocations Familiales.
C.O.C. : Cellule d'Orientation et de Concertation.
C.U.C.S. : Contrat Urbain de Cohésion Sociale.

D

D.A.P. : Délégation d'Autorité Parentale.
D.D.A.S.S. : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales.
D.D.C.S.P.P. : Direction Départementale de la Cohésion Sociale et de la Protection des Populations.

D.D.E.C. : Dotation Départementale d'Équipement des Collèges.
D.D.P.J.J. : Direction Départementale de la Protection Judiciaire de la Jeunesse.
D.E.A.F. : Diplôme d'État d'Assistant Familial.
D.E.I. : Défense des Enfants International.
D.I.P.C. : Document Individuel de Prise en Charge.
D.I.V.I.S. : Direction de la Vie Sociale.
D.V.H. : Droits de Visite et d'Hébergement.

E

E.G.E. : États Généraux de l'Enfance.
E.P.L.E. : Établissement Public Local d'Enseignement.
E.P.P. : Entretien Prénatal Précoce.
E.R.E.A. : Établissement Régional d'Enseignement Adapté.
E.S. : Enquête Sociale.
E.S.A.T. : Établissement et Service d'Aide par le Travail.
E.S.S. : Économie Sociale et Solidaire.

F

F.A.R.E. : Famille Accueil Rencontre Écoute.
F.D.E. : Foyer Départemental de l'Enfance.
F.S.L. : Fonds de Solidarité pour le Logement.

I

I.C.A. : Instance de Coordination et d'Analyse.
I.G.A.S. : Inspection Générale des Affaires Sociales.
I.M.E. : Institut Médico-Éducatif.
I.N.S.E.E. : Institut National des Statistiques et des Études Économiques.
I.O.E. : Investigation pour Orientation Éducative.
I.P. : Information Préoccupante.
I.T.E.P. : Institut Thérapeutique Éducatif et Pédagogique.
I.U.F.M. : Institut Universitaire de Formation des Maîtres.

J

J.A.F. : Juge aux Affaires Familiales.
J.E. : Juge des Enfants.

M

M.A.J. : Mesure d'Accompagnement Judiciaire.
M.A.S.P. : Mesure d'Accompagnement Social Personnalisé.
M.D.P.H. : Maison Départementale des Personnes Handicapées.
M.E.C.S. : Maison d'Enfants à Caractère Social.
M.J.I.E. : Mesure Judiciaire d'Investigation Éducative.
M.J.M. : Mesure Jeune Majeur.
M.S.A. : Mutualité Sociale Agricole.

O

O.D.A.S. : Observatoire Décentralisé de l'Action Sociale.
O.N.E.D. : Observatoire National de l'Enfance en Danger.

O.P.P. : Ordonnance de Placement Provisoire.

P

P.A.I. : Projet d'Accueil Individualisé.

P.C.H. : Prestation de Compensation du Handicap.

P.F. : Placement Familial.

P.I.F. : Programme Individualisé de Formation.

P.J.J. : Protection Judiciaire de la Jeunesse.

P.M.E. : Petite et Moyenne Entreprise.

PMI : Protection Maternelle et Infantile.

P.M.P.M.F. : Placement avec Maintien Prioritaire en Milieu Familial.

P.P.E. : Projet Personnalisé pour l'Enfant

P.P.S. : Projet Personnalisé de Scolarisation.

R

R.ASED.: Réseau d'Aides Spécialisées aux Élèves en Difficulté.

R.E.A.A.P. : Réseau d'Écoute, d'Appui et d'Accompagnement des Parents.

R.E.H.L.A.I.S. : Réseau Éducatif en Haute-Loire d'Aide à l'Insertion Sociale.

R.S.A. : Revenu de Solidarité Active.

R.U.T. : Responsable d'Unité Territoriale.

S

S.A.E. : Service d'Accueil Externalisé.

S.A.J. : Service d'Accueil de Jour.

S.E.G.P.A. : Section d'Enseignement Général et Professionnel Adapté.

S.E.M.S. : Service des Établissements Médico-Sociaux.

S.E.S.S.A.D. : Service d'Éducation Spécialisée et de Soins À Domicile.

S.H.I.D. : Service d'Hébergement Individualisé et Diversifié (M.E.C.S. Les Écureuils).

S.N.A.T.E.D. : Service National d'Accueil Téléphonique de l'Enfance en Danger.

S.P.M.S. : Service de Prestations Médico-Sociales.

SSD : Service Social Départemental.

S.S.E.F.I.S. : Service de Soutien à l'Éducation Familiale et à l'Intégration Scolaire.

S.S.E.S.D. : Service de Soins et d'Éducation Spécialisés à Domicile.

T

T.I.S.F. : Technicienne d'Intervention Sociale et Familiale.

T.M.S. : Travailleur Médico-Social.

T.P.E. : Très Petite Entreprise.

T.P.S.E. : Tutelles aux Prestations Sociales Enfants.

T.S. : Travailleur Social.

U

U.D.A.F. : Union Départementale des Associations Familiales.

U.L.I.S. : Unité Localisée pour l'Inclusion Scolaire.

U.N.A. : Union Nationale de l'Aide, des soins et des services au domicile.

U.T. : Unité Territoriale.

V

V.A.D. : Visite À Domicile.

