



Schéma départemental de l'enfance et des familles 2014 - 2018

Sommaire

Préambule	9
1. Edito	11
2. Objectifs et méthodologie d'élaboration du schéma	12
Etat des lieux	15
1. Contexte démographique, socio-économique et sanitaire du département	16
2. Prévenir	29
3. Prévenir et protéger	58
4. Protéger	75
5. Analyse globale des dépenses du Département	92
Plan d'action du schéma 2014-2018	95
1. Préalable	96
2. Axe 1 : Renforcer et adapter les dispositifs de prévention et d'accompagnement des familles en réponse à l'évolution des besoins	97
3. Axe 2 : Evaluer, coordonner les prises en charge et piloter les parcours en protection de l'enfance	115
4. Axe 3 : Adapter et redéployer l'offre en matière de protection de l'enfance pour répondre aux besoins des enfants et de leur famille	129
5. Axe 4 : Mieux prendre en compte les droits des usagers dans le cadre de la politique Enfance-Familles	143
6. Axe 5 : Formaliser, évaluer, suivre et piloter la politique départementale en faveur de l'enfance et des familles	156
Annexes	163
1. Contribution de la Sauvegarde 71	165
2. Tableau de suivi du programme d'actions	168
3. Glossaire	172
4. Analyse du questionnaire en direction des professionnels du Conseil général	175
5. Analyse du questionnaire en direction des établissements et services	195
6. Le cadre législatif et réglementaire d'exercice des missions du service départemental de PMI	209

Table des matières détaillée

Préambule	9
1. Edito.....	11
2. Objectifs et méthodologie d'élaboration du schéma	12
2.1 Un schéma s'inscrivant dans le cadre légal	12
2.2 Une démarche d'élaboration structurée autour de trois grandes phases	12
2.3 Une démarche transversale et participative, associant tous les secteurs concernés par la petite enfance, l'enfance, la famille	13
Etat des lieux	15
1. Contexte démographique, socio-économique et sanitaire du département	16
1.1 Le contexte démographique	16
1.1.1 <i>Le département le plus peuplé de la région mais dont la population croît globalement moins fortement qu'au niveau national et avec des secteurs qui perdent des habitants .</i>	16
1.1.2 <i>Une part d'enfants de moins de 20 ans plus faible qu'au niveau national en 2013 et qui devrait diminuer à l'horizon 2040</i>	17
1.1.3 <i>Un taux de natalité inférieur aux taux régional et national</i>	19
1.2 Le contexte socio-économique	19
1.2.1 <i>Une part de familles monoparentales moins importante qu'en Bourgogne et qu'en France métropolitaine mais une population fragilisée</i>	19
1.2.2 <i>Focus sur les familles avec enfants de moins de 6 ans</i>	19
1.2.3 <i>Une population dont les revenus sont plus faibles qu'en Bourgogne et qu'en France métropolitaine et avec des disparités moins fortes</i>	20
1.2.4 <i>Une demande d'emploi en progression augmentant les phénomènes de précarité</i>	20
1.2.5 <i>Un taux de bénéficiaires de l'AEEH supérieur aux taux régional et national</i>	22
1.2.6 <i>Un taux de bénéficiaires du RSA inférieur aux taux régional et national</i>	22
1.2.7 <i>Des habitants touchés par des difficultés de logement</i>	23
1.3 Le contexte sanitaire	23
1.3.1 <i>Une démographie médicale plutôt défavorable, particulièrement pour les pédiatres libéraux</i>	23
1.3.2 <i>Une offre assez satisfaisante concernant les suivis de grossesse</i>	25
1.3.3 <i>Un taux d'équipement en psychiatrie infanto juvénile inférieur au taux national</i>	26
1.3.4 <i>Un taux d'équipement en établissements et services médico-sociaux spécialisés pour enfants handicapés inférieur ou égal aux taux national et départemental</i>	27
1.4 Ce qu'il faut retenir du contexte départemental	28
2. Prévenir	29
2.1 Une offre d'accompagnement et de prévention en direction des futurs parents assez complète	29
2.1.1 <i>Moins de visites à domicile pré et postnatales réalisées par les professionnels de PMI mais plus de femmes en situation de vulnérabilité médico-psycho-sociale bénéficiaires</i>	29
2.1.2 <i>Un développement très important du nombre d'entretiens du 4^{ème} mois de grossesse réalisés par la PMI.....</i>	29
2.1.3 <i>Des séances d'actions collectives PMI en direction des futurs parents en augmentation</i>	30
2.1 Une offre de prévention en direction des jeunes enfants qui se développe	30
2.2.1 <i>Un service de PMI qui manque de médecins</i>	30
2.2.2 <i>Une bonne couverture territoriale au niveau des consultations infantiles mais une activité en baisse</i>	30

2.2.3	<i>Une bonne couverture départementale via les permanences de puéricultrices de PMI ..</i>	32
2.2.4	<i>Un développement des séances d'actions collectives en direction des enfants et de leurs parents</i>	32
2.2.5	<i>Une baisse du nombre de visites à domicile et du nombre d'enfants ayant bénéficié d'au moins une visite</i>	33
2.2.6	<i>Les bilans de santé en école maternelle : une bonne couverture de la population au niveau des dépistages sensoriels</i>	33
2.3	<i>Une offre d'accueil de la petite enfance importante et en progression</i>	35
2.3.1	<i>Un taux d'équipement théorique global très nettement supérieur à la moyenne nationale</i>	35
2.3.2	<i>Une offre en progression</i>	36
2.3.3	<i>Une offre qui repose très majoritairement sur l'accueil individuel</i>	37
2.3.4	<i>Focus sur les assistants maternels : une augmentation du nombre d'agrément et donc de la capacité d'accueil théorique entre 2009 et 2012</i>	39
2.3.5	<i>Focus sur l'utilisation des modes d'accueil et les besoins des familles Saône-et-Loiriennes : des familles informées et satisfaites du mode de garde de leur enfant</i>	41
2.4	<i>Une offre de prévention en direction des familles et des jeunes diversifiée</i>	42
2.4.1	<i>Une activité de planification familiale relativement soutenue mais une forte diminution du nombre d'interventions collectives entre 2009 et 2013</i>	42
2.4.2	<i>Un nombre important de dispositifs et d'actions de soutien à la parentalité répartis sur le territoire départemental</i>	44
2.4.3	<i>Plusieurs dispositifs en lien avec la scolarité.....</i>	47
2.4.4	<i>Un bon réseau de lutte contre les violences intrafamiliales</i>	48
2.4.5	<i>La prévention spécialisée : un dispositif qui s'est structuré lors du précédent schéma ..</i>	48
2.4.6	<i>La prévention des situations de fragilité et d'exclusion des jeunes adultes</i>	49
2.4.7	<i>Une volonté de développement des actions de prévention en matière de santé</i>	50
2.5	<i>Ce qui a évolué en matière de prévention depuis la mise en œuvre du précédent schéma</i>	51
2.5.1	<i>Des évolutions importantes impulsées dans le cadre de la CoDAJE en ce qui concerne la petite enfance</i>	51
2.5.2	<i>Le développement des actions de soutien à la parentalité.....</i>	52
2.5.3	<i>L'évolution du positionnement et du fonctionnement de la prévention spécialisée</i>	52
2.6	<i>L'expression des professionnels et ce qu'il faut retenir de la prévention globale et de droit commun</i>	53
2.7	<i>Les dépenses du Département en matière de «Prévention»</i>	56
3.	Prévenir et protéger	58
3.1	<i>Une structuration du dispositif de recueil et de traitement des informations préoccupantes en parallèle d'une augmentation du nombre d'informations préoccupantes depuis 2010</i>	58
3.1.1	<i>Une cellule centralisée positionnée dans le service Coordination et Développement de la Prévention de la Direction de l'Enfance et des Familles et une organisation à deux niveaux</i>	58
3.1.2	<i>Une forte augmentation du nombre d'informations préoccupantes reçues.....</i>	59
3.2	<i>Une augmentation du nombre de familles bénéficiaires des aides financières de l'aide sociale à l'enfance entre 2011 et 2013</i>	61
3.3	<i>l'accompagnement par des techniciens de l'intervention sociale et familiale : une formalisation du dispositif en cours faisant suite à une augmentation importante de l'activité</i>	63
3.4	<i>Un développement important des actions éducatives à domicile (AED) dans le cadre du précédent schéma</i>	64
3.5	<i>Une augmentation constante du nombre de bénéficiaires d'actions éducatives en milieu ouvert (AEMO) depuis 2010 et des mesures qui restent longues</i>	67
3.6	<i>L'accueil de jour : un dispositif qui semble peu lisible</i>	69

3.7	Les missions liées à l'adoption et à l'accès aux origines : le développement d'une expertise au sein du Conseil général	70
3.8	Ce qu'il faut retenir en matière de soutien à domicile et de prévention ciblée	72
3.9	Les dépenses du Département en matière de «Prévention / Protection »	73
4.	Protéger	75
4.1	L'accueil d'urgence : un dispositif qui semble embolisé et dont les compétences spécifiques ne semblent pas être pleinement utilisées	75
4.2	L'hébergement en établissement	76
4.3	L'accueil familial : une offre importante mais dont la pérennité semble fragile du fait de difficultés de recrutement	77
4.4	Les modalités particulières d'accueil et d'accompagnement qui se développent	80
	4.4.1 <i>Une expérimentation relative au placement à domicile lancée dans le cadre du précédent schéma</i>	80
	4.4.2 <i>L'accueil séquentiel se met en place au cas par cas</i>	80
4.5	L'accueil en lieu de vie	81
4.6	L'accueil en centre maternel	81
4.7	Le contenu de l'accompagnement et du suivi des enfants confiés	81
	4.7.1 <i>Un service dédié au suivi des enfants accueillis</i>	81
	4.7.2 <i>Un projet de délégation de la fonction de référence aux établissements</i>	82
	4.7.3 <i>La mise en place progressive du PIE (projet individuel de l'enfant)</i>	82
4.8	La protection des intérêts et des biens des mineurs : une augmentation constante du nombre de dossiers suivis	83
4.9	Focus sur le profil des enfants confiés à l'ASE	84
	4.9.1 <i>L'ensemble des enfants confiés : une majorité de préadolescents et d'adolescents</i>	84
	4.9.2 <i>Les enfants avec des troubles relevant du handicap : une proportion qui semble importante</i>	84
	4.9.3 <i>Les mineurs étrangers isolés : une augmentation importante depuis 2012</i>	84
4.10	Analyse synthétique concernant la protection de l'enfance	85
	4.10.1 <i>Un taux d'équipement en lieux d'accueil égal à la moyenne nationale</i>	85
	4.10.2 <i>Une judiciarisation importante en particulier pour le milieu ouvert</i>	88
	4.10.3 <i>Une augmentation du nombre de placements depuis 2009, en particulier en établissement</i>	89
4.11	Ce qu'il faut retenir en matière de protection de l'enfance	90
4.12	Les dépenses du Département en matière de « Protection »	91
5.	Analyse globale des dépenses du Département	92
Plan d'action du schéma 2014-2018		95
1.	Préalable	96
2.	Axe 1 : Renforcer et adapter les dispositifs de prévention et d'accompagnement des familles en réponse à l'évolution des besoins	97
	Fiche action n° 1 : Poursuivre et structurer la politique de prévention sanitaire menée par le Département en direction des enfants, des jeunes et des familles	98
	Fiche action n° 2 : Renforcer la prévention en période périnatale	100
	Fiche action n° 3 : Renforcer la prévention des difficultés éducatives en direction des familles avec de jeunes enfants de 0 à 6 ans	103

Fiche action n° 4 : Interroger le maillage territorial en matière de prévention spécialisée et formaliser la gouvernance du dispositif	105
Fiche action n° 5 : Clarifier la gouvernance de la prévention en direction de la jeunesse	107
Fiche action n° 6 : Développer et coordonner l'offre préventive en réponse aux nouveaux risques auxquels sont confrontés les jeunes	109
Fiche action n° 7 : Améliorer la lisibilité des actions et faciliter le travail en transversalité en matière de prévention	111
Fiche action n° 8 : Généraliser l'évaluation des actions de prévention	113
3. Axe 2 : Evaluer, coordonner les prises en charge et piloter les parcours en protection de l'enfance	115
Fiche action n° 9 : Mettre en place une plateforme centralisée de gestion des demandes d'accueil et d'orientation des enfants confiés	115
Fiche action n° 10 : Généraliser l'évaluation pluridisciplinaire annuelle de la situation de tous les mineurs bénéficiant d'une mesure ASE	118
Fiche action n° 11 : Redéfinir l'accueil d'urgence	121
Fiche action n° 12 : Eviter les ruptures de parcours pour des jeunes dont la prise en charge est complexe	124
Fiche action n° 13 : Faciliter la transition vers l'âge adulte pour les jeunes bénéficiaires d'une mesure ASE	127
4. Axe 3 : Adapter et redéployer l'offre en matière de protection de l'enfance pour répondre aux besoins des enfants et de leur famille	129
Fiche action n° 14 : Faire évoluer l'offre d'accueil de jour pour répondre aux besoins dans le cadre du milieu ouvert	129
Fiche action n° 15 : Développer des réponses diversifiées et plus individualisées permettant une plus grande souplesse dans les prises en charge	132
Fiche action n° 16 : Renforcer l'intervention des TISF en matière de prévention et de protection de l'enfance	135
Fiche action n° 17 : Développer une offre d'intervention éducative renforcée de milieu ouvert	137
Fiche action n° 18 : Améliorer l'accueil des enfants ayant des troubles du comportement ou des troubles psychiques	140
5. Axe 4 : Mieux prendre en compte les droits des usagers dans le cadre de la politique Enfance-Familles	143
Fiche action n° 19 : Garantir le respect des droits des usagers dans leurs relations avec les institutions et les professionnels de prévention et de protection de l'enfance	143
Fiche action n° 20 : Garantir, sur l'ensemble du territoire départemental, la liberté d'accès aux dossiers et documents administratifs pour les usagers de la prévention et de la protection de l'enfance	146
Fiche action n° 21 : Faciliter, pour les familles, l'exercice des droits de visites en présence d'un tiers	148
Fiche action n° 22 : Renforcer la coordination et le suivi de la santé des enfants confiés à l'ASEF ...	150
Fiche action n° 23 : Améliorer l'information et la communication et proposer des réponses mutualisées en direction des usagers	152
Fiche action n° 24 : Faciliter la participation des usagers dans les accompagnements et prises en charge dont ils bénéficient	154

6. Axe 5 : Formaliser, évaluer, suivre et piloter la politique départementale en faveur de l'enfance et des familles	156
Fiche action n° 25 : Observer pour mieux évaluer, suivre et piloter la politique départementale en faveur de l'enfance et des familles	156
Fiche action n° 26 : Développer la participation des usagers dans le suivi, le pilotage et l'évaluation de la politique départementale en faveur de l'enfance et des familles	159
Fiche action n° 27 : Mettre en place les outils et les instances de suivi, d'évaluation et de pilotage du schéma départemental	161
Annexes	163
1. Contribution de la Sauvegarde 71	165
2. Tableau de suivi du programme d'actions	169
3. Glossaire	172
4. Analyse du questionnaire en direction des professionnels du Conseil général	175
4.1 Présentation	175
4.2 Mise en oeuvre du précédent schéma départemental	176
4.3 Modes d'accueil de la petite enfance et structures d'accueil périscolaire et de loisirs	180
4.4 Offre en matière de prévention : niveau de l'offre, adéquation par rapport aux besoins, accessibilité, qualité de service	182
4.5 Recueil et le traitement des informations préoccupantes	185
4.6 Offre en matière de protection (dispositifs relevant de l'ASE)	186
4.7 Bilan	193
5. Analyse du questionnaire en direction des établissements et services	195
5.1 Présentation	195
5.2 Qualité de service	196
5.3 Mise en oeuvre du précédent schéma départemental	197
5.4 Offre en matière de prévention : niveau de l'offre, adéquation par rapport aux besoins, accessibilité, qualité de service	200
5.5 Dispositifs relevant de l'ASE : niveau de l'offre, adéquation par rapport aux besoins, accessibilité, qualité de service	202
5.6 Relations partenariales	203
5.7 Bilan.....	205
5.8 projets d'avenir	207
6. Le cadre législatif et réglementaire d'exercice des missions du service départemental de PMI	209
6.1 Le cadre général.....	209
6.2 Les obligations légales de la PMI en matière de planification familiale et d'éducation familiale	209

PRÉAMBULE

1 - Édito

Chef de file sur le champ de la prévention et la protection de l'enfance, le Département agit quotidiennement pour que chacun puisse grandir dans les meilleures conditions.

Face à des besoins en constante évolution, il soutient les familles et adapte ses dispositifs en matière de protection maternelle et infantile ou d'aide sociale à l'enfance. Il accompagne les assistants maternels et assure une mission de santé et de prévention dès la naissance de l'enfant. Il développe des lieux d'orientation et d'information pour les parents et les adolescents. Il assure la protection de l'enfance, depuis le traitement des informations relatives à l'enfance en danger jusqu'à la prise en charge totale des enfants confiés, en accueil familial ou en établissement. Toutes ses interventions doivent trouver le bon équilibre entre l'intérêt supérieur de l'enfant et les droits de leurs familles.

En Saône-et-Loire, les agents des services départementaux mettent en œuvre chaque jour ces missions. Pour qu'ils puissent adapter leurs réponses aux besoins de la population, un schéma de l'enfance et des familles est établi tous les 5 ans, véritable feuille de route des actions et des projets à mener sur le territoire par le Département et ses partenaires.

S'appuyant sur des bases existantes, le nouveau schéma départemental de l'enfance et des familles 2014/2018 renouvelle ses objectifs et déploie de nouveaux axes de travail. Sa construction s'est fortement enrichie d'une collaboration partenariale impliquant l'ensemble des acteurs du département, condition essentielle pour faire face à la responsabilité qui nous est confiée.

Prévenir et protéger sont les deux axes prioritaires de notre mission pour que chaque enfant de Saône-et-Loire puisse s'épanouir et avancer plus sereinement vers sa vie d'adulte.

André ACCARY,
Président du Conseil départemental
de Saône-et-Loire

2. Objectifs et méthodologie d'élaboration du schéma

2.1 Un schéma s'inscrivant dans le cadre légal

La loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale a prévu la réalisation, au moins tous les cinq ans, d'un Schéma Départemental de l'organisation sociale et médico-sociale.

Ce schéma doit remplir 5 objectifs :

- apprécier les besoins sociaux et médico-sociaux de la population du département (leur nature, leur niveau et leur évolution) ;
- établir un bilan de l'offre sociale et médico-sociale existante, en termes qualitatifs et quantitatifs ;
- déterminer les objectifs et les perspectives de développement de cette offre, notamment ceux nécessitant de créer, transformer ou supprimer des établissements et services ;
- préciser le cadre de la coopération et de la coordination entre les établissements et services (y compris de santé) afin de répondre au mieux aux besoins de la population ;
- définir les critères d'évaluation des actions mises en œuvre.

Ainsi, le présent schéma départemental de l'Enfance et des Familles définit les orientations qui guideront, dans le département, l'action des principaux acteurs du secteur au cours de la période 2014-2018.

2.2 Une démarche d'élaboration structurée autour de trois grandes phases

Pour répondre à ces objectifs, la conception de ce schéma départemental s'est déroulée en deux grandes phases :

- **1^{ère} phase : Etat des lieux et détermination des axes prioritaires** - janvier à avril 2013

Cette phase a permis de réaliser un diagnostic partagé relatif à la mise en œuvre des politiques Enfance-Familles dans le département.

Un bilan quantitatif a été réalisé à partir des statistiques, études et rapports d'activité du Conseil général et de ses partenaires.

Sur le plan qualitatif, une vingtaine d'entretiens individuels et collectifs a permis de recueillir le point de vue et les attentes de près de 40 acteurs clés au sein du Conseil général et parmi ses partenaires.

Par ailleurs, près de 140 professionnels du Conseil général ont répondu à un questionnaire (soit 40 % des agents questionnés) et une vingtaine de responsables d'établissements et de services prestataires ont également répondu à un questionnaire qui leur était destiné.

L'analyse des résultats de ces questionnaires est venue alimenter l'état des lieux et le diagnostic.

Ainsi, dans chaque rubrique de l'état des lieux du schéma, figure un encadré contenant l'expression des professionnels.

- **2^{ème} phase : Définition des perspectives d'action pour la période 2014-2018 et finalisation du schéma** – mai à septembre 2013

L'élaboration de ce schéma a été l'occasion de mener une importante consultation en favorisant la participation d'un grand nombre d'acteurs intervenant dans le domaine de la prévention et /ou de la protection de l'enfance.

A partir des enjeux identifiés grâce au diagnostic, 4 groupes de travail¹ ont été formés pour établir des propositions d'évolution des dispositifs et des modalités d'accompagnement des usagers concernant les thèmes suivants :

- les périmètres d'intervention et de gouvernance de la prévention (*groupe 1*)

¹ Composés de 20 à 30 participants selon les groupes, qui se sont réunis à 3 reprises

- le pilotage de l'offre existante pour fluidifier les parcours en protection de l'enfance (*groupe 2*)
- l'adaptation et le redéploiement de l'offre pour mieux répondre aux besoins des enfants et de leur famille (*groupe 3*)
- l'amélioration de la prise en compte des droits des usagers dans l'ensemble des dispositifs de la politique Enfance-Familles (*groupe 4*).

L'objectif de ces groupes de travail consultatifs était d'approfondir, avec les acteurs clés, les constats dégagés lors de la phase de diagnostic et d'identifier avec eux des propositions d'actions concrètes à mettre en œuvre dans le cadre du nouveau schéma. Les réflexions et propositions issues des réunions des groupes de travail ont abouti à l'élaboration de fiches actions², soumises au comité technique et au comité de pilotage mis en place pour accompagner l'élaboration du schéma.

Le cabinet Cekoïa Conseil a accompagné les deux phases à partir d'un cahier des charges défini par le Département, à la fois sur la réalisation du diagnostic partagé, l'appui à l'animation des groupes de travail et la consolidation de leur production, l'appui à l'animation du comité de pilotage, et plus globalement l'appui méthodologique à l'équipe en charge de l'élaboration du schéma au sein de la Direction de l'enfance et des familles du Département.

2.3 Une démarche transversale et participative, associant tous les secteurs concernés par la petite enfance, l'enfance, la famille

Pour l'élaboration de ce schéma, le Conseil général s'était fixé comme priorité la concertation et la co-construction des propositions dans une démarche transversale et participative réunissant l'ensemble des acteurs impliqués.

Ainsi, au cours des différentes étapes d'élaboration du schéma, plusieurs vecteurs ont permis d'informer régulièrement les professionnels internes au Conseil général et externes (partenaires) et de favoriser leur participation à la démarche :

- Un journal de projet diffusé aux étapes clés (méthodologie générale, points d'étape, synthèses des différentes étapes...)
- Des rencontres dans le cadre d'entretiens individuels et collectifs (méthode du diagnostic partagé)
- La possibilité de répondre à des questionnaires en ligne pour donner leur point de vue sur le fonctionnement actuel des différents dispositifs et pour indiquer leurs propositions d'évolution
- Une réunion de restitution du diagnostic et d'échanges³ (tables rondes avec des invités présentant des dispositifs innovants, bilan de la mise en œuvre de la loi de 2007 au niveau national...), regroupant tous les acteurs (institutionnels, associatifs, privés, publics...) du domaine de la prévention et de la protection de l'enfance
- Des groupes de travail consultatifs, permettant de réfléchir aux grandes orientations et aux actions concrètes à mener au cours des prochaines années (phase 2)
- Une réunion de présentation du schéma voté par l'Assemblée départementale⁴

² Avec, pour chaque fiche action, l'identification d'un pilote, d'un niveau d'enjeu, d'une date de mise en œuvre, d'objectifs détaillés, des moyens pour les atteindre, d'indicateurs d'évaluation ainsi que d'une liste des partenaires associés à la mise en œuvre de l'action

³ Premières rencontres départementales de l'enfance et des familles

⁴ Deuxièmes rencontres départementales de l'enfance et des familles

Entre le lancement de ce processus d'élaboration en janvier 2014 et avant l'adoption du schéma définitif (vote en Assemblée départementale le 14 novembre 2014), deux instances ont structuré le pilotage des travaux :

- d'une part un comité de pilotage présidé par la Vice présidente du Conseil général chargée de l'enfance, des familles et des personnes handicapées, composé des services de l'Etat (Justice, DDCS, Education Nationale, ARS ...), de la CAF, de la MDPH, des opérateurs du champ de l'enfance et des familles (établissements, associations ...), des représentants d'associations professionnelles, des services du Département (directions sectorielles et territoires). Le rôle du comité de pilotage a été décisionnel, et notamment lors de sa dernière réunion, il a validé le programme d'actions.
- d'autre part un comité technique composé des services de la direction de l'enfance et des familles, associant au besoin certains partenaires, et dont le rôle a consisté à préparer les travaux du comité de pilotage.

Les contenus du schéma ci-après sont issus de ce processus d'élaboration.

ÉTAT DES LIEUX

1. Contexte démographique, socio-économique et sanitaire du département

1.1 Le contexte démographique

1.1.1 Le département le plus peuplé de la région mais dont la population croît globalement moins fortement qu'au niveau national et avec des secteurs qui perdent des habitants

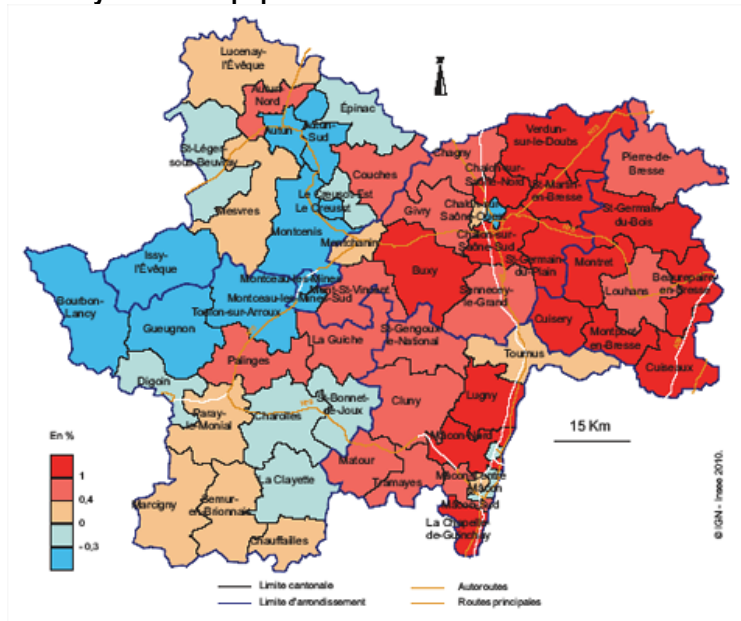
Le département de la Saône-et-Loire compte 556 900 habitants au 1^{er} janvier 2013⁵ ce qui représente 34 % de la population de la région Bourgogne. La Saône-et-Loire est ainsi le département le plus peuplé de la région (légèrement devant la Côte d'Or).

Entre 2009 et 2013, la population totale du département a augmenté de 0,4 % contre 0,1 % dans la région. Cette augmentation de la population est toutefois nettement plus faible que celle observée au niveau national (+ 1,9 % en France métropolitaine).

Entre 1999 et 2008 seules les zones situées à l'est de l'axe Chalon-sur-Saône - Mâcon ont gagné des habitants. Ces deux agglomérations sont en effet les deux plus importantes du département.

Chalon-sur-Saône est ainsi plus grande ville du département et le 2^{ème} pôle économique de Bourgogne. L'agglomération chalonnaise compte 108 000 habitants, soit 20 % de la population totale du département. Mâcon compte environ 34 100 habitants et sa communauté d'agglomération 63 500.

Evolution annuelle moyenne de la population des cantons de Saône-et-Loire entre 1999 et 2008



Source : Programme départemental d'insertion 2013 – 2018

1.1.2 Une part d'enfants de moins de 20 ans plus faible qu'au niveau national en 2013 et qui devrait diminuer à l'horizon 2040

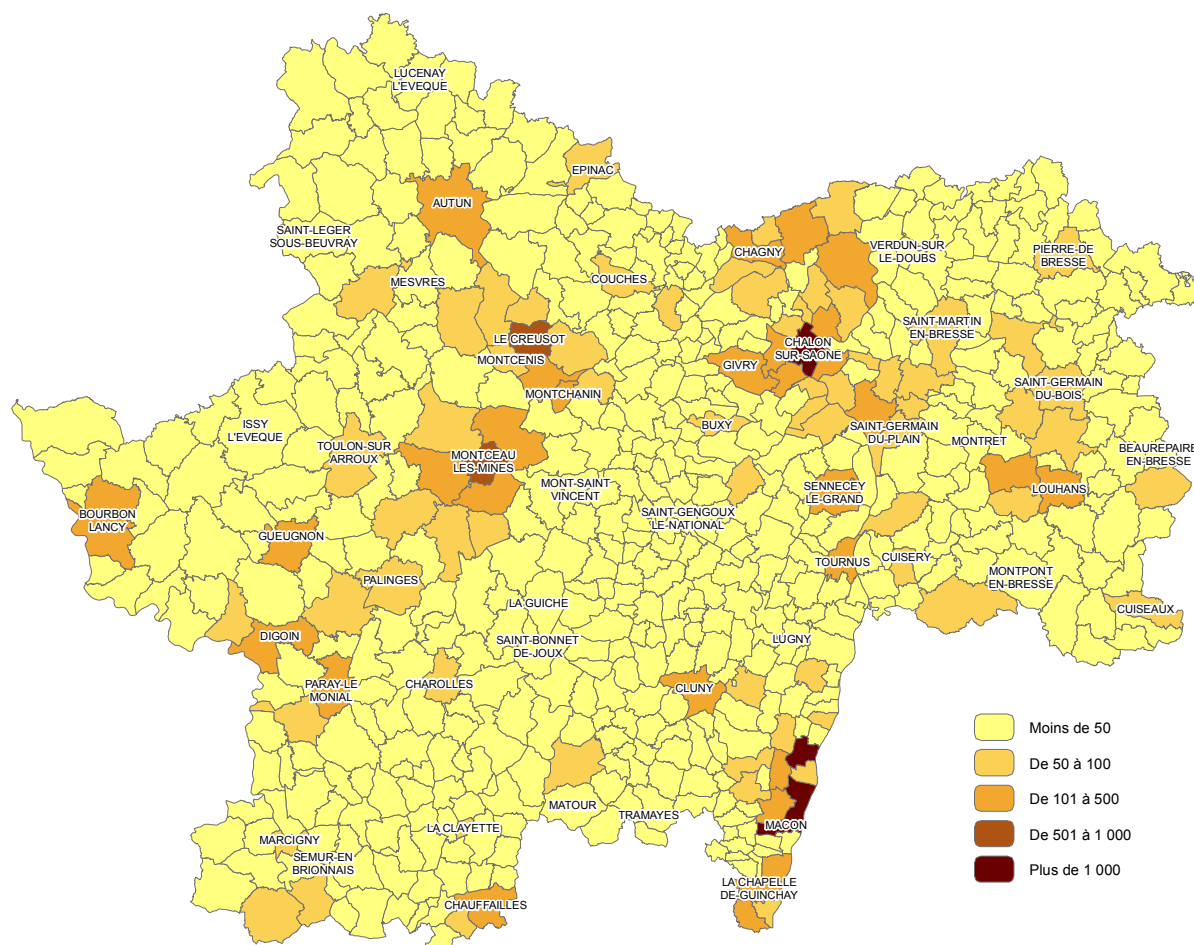
En 2013, la Saône-et-Loire compte 22,3 % d'enfants de moins de 20 ans dans sa population totale soit une part proche de la moyenne régionale (22,6 %) et inférieure à la moyenne nationale (24,6 %). De plus, entre 2009 et 2013 le nombre d'enfants de moins de 20 ans a diminué - 0,4 % en Saône-et-Loire soit une diminution moindre qu'en Bourgogne (- 1,5 %). Cependant, en France métropolitaine, le nombre d'enfants de moins de 20 ans a progressé de 0,9 %.

Nombre et part de jeunes de moins de 20 ans en 2013 et évolution de 2009 à 2013

	0 à 4 ans			0 à 9 ans			10 à 19 ans		
	Nombre en 2013	Part dans la population totale en 2013	Evolution entre 2009 et 2013	Nombre en 2013	Part dans la population totale en 2013	Evolution entre 2009 et 2013	Nombre en 2013	Part dans la population totale en 2013	Evolution entre 2009 et 2013
Saône-et-Loire	29 643	5,3%	0,0%	61 659	11,1%	0,4%	62 270	11,2%	0,4%
Bourgogne	88 465	5,4%	-1,3%	182 142	11,1%	0,1%	189 014	11,5%	0,1%
France métropolitaine	4 021 277	6,1%	1,0%	8 080 472	12,3%	1,9%	8 041 567	12,3%	1,9%

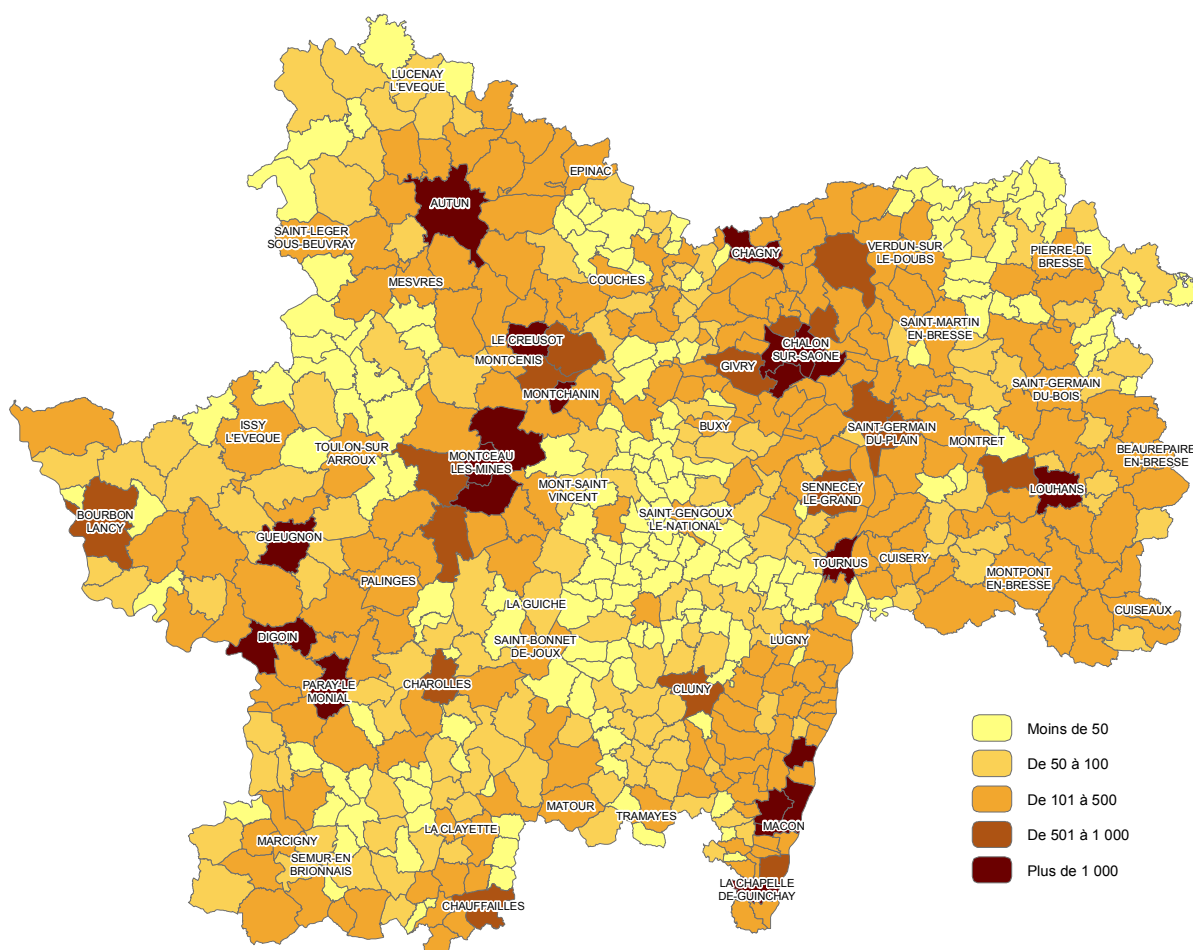
Source : Insee RP 2009 et estimations de population 2013, traitement Cekoïa Conseil

Répartition des enfants de moins de 3 ans



© IGN - 2010 / © GéoBourgogne - Reproduction Interdite - Avril 2014 - AM410

Répartition des enfants de moins de 18 ans



© IGN - 2010 / © GéoBourgogne - Reproduction Interdite - Avril 2014 - AM410

En 2040, la Saône-et-Loire devrait compter environ 116 000 enfants de moins de 20 ans contre 123 929 en 2013. Ainsi la part des enfants de moins de 20 ans dans la population totale évoluera de 22,3 % aujourd'hui à 20,3 % en 2040 soit une diminution de - 1,9 points. Cette diminution sera légèrement plus forte qu'en Bourgogne (- 1,8 points) mais moins forte qu'en France métropolitaine (- 2 points).

Progression du nombre et de la part de jeunes de moins de 20 ans en 2013 et en 2040

	2013		2040		Evolution de la part des moins de 20 ans entre 2013 et 2040 en points
	Nombre en milliers	Part en %	Nombre en milliers	Part en %	
Saône-et-Loire	124	22,3%	116	20,3%	-1,9
Bourgogne	371	22,6%	359	20,8%	-1,8
France métropolitaine	16122	24,6%	16542	22,6%	-2,0

Source : Insee estimations de population, Omphale 2011, traitement Cekoïa Conseil

1.1.3 Un taux de natalité inférieur aux taux régional et national

Avec 10,3 naissances pour 1 000 habitants en 2012, le taux de natalité de la Saône-et-Loire est inférieur au taux de natalité régional (10,5 ‰) et au taux national (12,6 ‰).

Naissances et taux de natalité en 2012

	Naissances domiciliées en 2012	Taux de natalité (en ‰)
Saône-et-Loire	5 752	10,3
Bourgogne	17 328	10,5
France	819 191	12,6

Source : Insee, état civil (données domiciliées), estimations de population

1.2 Le contexte socio-économique

1.2.1 Une part de familles monoparentales moins importante qu'en Bourgogne et qu'en France métropolitaine mais une population fragilisée

En 2010, 26 450 familles avec enfants de moins de 25 ans en Saône-et-Loire sont monoparentales soit 18,9 % des familles. Cette part est inférieure aux parts régionale (19,8 %) et nationale (21,2 %).

Composition des familles en 2010 avec enfant(s) de moins de 25 ans

	Nombre de familles en 2010	Familles monoparentales		Couples avec enfant(s)	
		Nombre en 2010	Part en %	Nombre en 2010	Part en %
Saône-et-Loire	140 183	26 450	18,9%	113 733	81,1%
Bourgogne	415 132	82 343	19,8%	332 789	80,2%
France métropolitaine	17 558 124	3 718 884	21,2%	13 839 241	78,8%

Source : Insee RP 2010, exploitation complémentaire

Ces familles monoparentales sont particulièrement vulnérables. Ainsi, en 2012, plus d'1/3 des bénéficiaires du RSA (socle / socle et activité / activité) est constitué de familles monoparentales.

1.2.2 Focus sur les familles avec enfants de moins de 6 ans

En 2012, selon les statistiques de la Caf et de la MSA présentées à la Codaje⁶, 25 517 familles ont au moins un enfant de moins de 6 ans :

- 42 % de ces familles ont deux enfants,
- 33 % en ont 1,
- 18 % ont trois enfants
- 7 % ont quatre enfants ou plus.

14 % de l'ensemble des familles avec au moins un enfant de moins de 6 ans sont monoparentales (contre 16 % au niveau national).

Parmi les 21 119 couples qui ont au moins un enfant de moins de 6 ans en Saône-et-Loire :

- 61 % travaillent tous les deux (contre 59 % en France métropolitaine),
- 31 % ont l'un des deux parents qui travaille (contre 33 % en France métropolitaine)
- 8 % sont sans activité (cette proportion est identique au niveau national).

⁶ Commission départementale d'accueil du jeune enfant

Enfin, en Saône-et-Loire, 12 % de l'ensemble des familles avec au moins un enfant de moins de 6 ans sont bénéficiaires du RSA (soit 3 048 familles). Parmi les familles monoparentales, 49 % sont bénéficiaires du RSA (soit 1 641 familles).

1.2.3 Une population dont les revenus sont plus faibles qu'en Bourgogne et qu'en France métropolitaine et avec des disparités moins fortes

La part des ménages fiscaux imposés (57,3 %) est plus faible en Saône-et-Loire qu'en Bourgogne (59,5 %) et qu'en France métropolitaine (61 %).

Le revenu médian des ménages de Saône-et-Loire est de 18 093 €. Il est inférieur à la moyenne régionale (18 695 €) et nationale (19 218 €).

En 2009, la moitié des ménages du département a déclaré un revenu annuel inférieur à 16 000 €, soit 3 000 € de moins que le revenu médian national⁷.

Par ailleurs, avec un rapport interdécile⁸ de 4,3 (c'est-à-dire que les 10 % des ménages qui ont les revenus les plus élevés gagnent 4,3 fois plus que les 10 % des ménages qui ont les revenus les plus faibles), les disparités de revenus en Saône-et-Loire sont plus faibles qu'en moyenne au niveau régional (4,5) et national (5,6).

Les revenus fiscaux localisés des ménages en 2011

	Nombre total de ménages fiscaux	Part des ménages fiscaux imposés (en %)	Revenu fiscal déclaré par unité de consommation (en euros par UC)			
			1er décile (D1) en €	Revenu médian en €	Dernier décile (D9) en €	Rapport inter décile (D9 / D1)
Saône-et-Loire	246 336	57,3	7 731	18 093	33 261	4,3
Bourgogne	721 212	59,5	7 681	18 695	34 735	4,5
France métropolitaine	26 701 110	61,0	6 924	19 218	38 960	5,6

Sources : Insee et DGFIP, dispositif revenus localisés des ménages

1.2.4 Une demande d'emploi en progression augmentant les phénomènes de précarité

En moyenne en 2012, le taux de chômage de la Saône-et-Loire est supérieur au taux régional mais inférieur au taux national. Au quatrième trimestre 2012, il s'établit à 9,7 % contre 10,2 % en France métropolitaine et 9,7 % en Bourgogne.

⁷ Source : Programme départemental d'insertion 2013-2018, Livret stratégique

⁸ Le rapport interdécile des revenus fait apparaître les disparités de revenus. Il s'agit du rapport entre le 1^{er} décile (D1), montant au-dessous duquel se situent 10% des revenus (la part de la population qui a les revenus les plus bas), et le 9^{ème} décile (D9), montant au-dessus duquel se situent 10 % des revenus (la part de la population qui a les revenus les plus élevés).

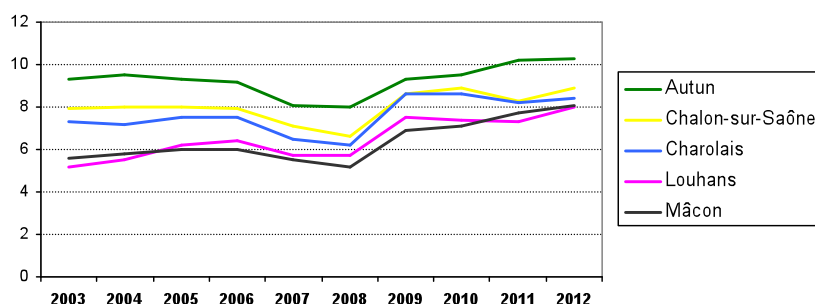
Le taux de chômage en 2012

	Quatrième trimestre	Troisième trimestre	Deuxième trimestre	Premier trimestre	Moyenne
Saône-et-Loire	9,7	9,5	9,4	9,2	9,5
Bourgogne	9,7	9,3	9,2	8,9	9,3
France métropolitaine	10,2	9,9	9,8	9,6	9,9

Source : Insee, taux de chômage localisés

En Saône-et-Loire, le pourcentage de ménages fiscaux (hors ménages en collectif et sans abri) vivant au dessous du seuil de pauvreté s'établit à 12,7 %, ce qui situe le département au 41^{ème} rang national⁹.

Evolution des taux de chômage par zone d'emploi entre 2003 et 2012



La progression du chômage depuis 2008 explique le phénomène grandissant de précarité de la population et l'augmentation continue du nombre de bénéficiaires des minima sociaux.

Source : Insee / Programme départemental d'insertion 2013-2018, Livret stratégique

Au 31 juillet 2013, en données corrigées des variations saisonnières, la Saône-et-Loire compte 39 813 demandeurs d'emploi, soit 35 % des demandeurs d'emploi bourguignons¹⁰.

Plus spécifiquement en ce qui concerne les familles, en 2010, 9 % des enfants de 0 à 17 ans vivent dans une famille dont les parents n'ont pas d'emploi et ne sont ni retraités ni étudiants soit une part équivalente à la part régionale mais inférieure à la part nationale (9,5 %).

Les familles monoparentales sont particulièrement touchées par le chômage en Saône-et-Loire avec 33,1 % des enfants avec un mono parent sans emploi soit une part plus importante qu'au niveau régional (29,9 %) et national (31,1 %).

Enfants âgés de 0 à 17 ans dont les parents sont sans emploi en 2010

	Pourcentage des enfants vivant dans une famille dont les parents n'ont pas d'emploi et ne sont ni retraité ni étudiant			Pourcentage des enfants vivant dans une famille monoparentale, parmi l'ensemble des enfants dont le parent n'a pas d'emploi et n'est ni retraité ni étudiant
	Parmi l'ensemble des enfants	Parmi les enfants vivant dans une famille monoparentale	Parmi les enfants vivant dans une famille constituée d'un couple	
Saône-et-Loire	9%	33,1%	4%	59,9%
Bourgogne	9%	29,9%	4%	ND
France métropolitaine	9,5%	31,1%	4,7%	59,2%

Source : Insee : Recensement de la population, Exploitation complémentaire

⁹ Source : Programme départemental d'insertion 2013-2018, Livret stratégique

¹⁰ Source : Programme départemental d'insertion 2013-2018, Livret stratégique

1.2.5 Un taux de bénéficiaires de l'AAEH supérieur aux taux régional et national

Comparé à la moyenne régionale et nationale, la Saône-et-Loire a le taux d'allocataires de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AAEH) le plus élevé, avec 18,7 bénéficiaires pour 1 000 personnes de moins de 20 ans ; la Bourgogne en compte 13,5 ‰ et la France métropolitaine 12,3 ‰.

Par ailleurs, le département a un taux d'allocataires de l'allocation adulte handicapé (AAH) de 31,1 allocataires pour 1 000 personnes de 20 à 64 ans. Ce taux est supérieur à celui de la France métropolitaine (25,1 ‰) mais légèrement inférieur au taux de la Bourgogne (31,8 ‰).

Les bénéficiaires de l'AAEH et de l'AAH au 31 décembre 2011

	Allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AAEH)		Allocation adulte handicapé (AAH)	
	Nombre d'allocataires	Taux d'allocataires pour 1 000 personnes de moins de 20 ans	Nombre d'allocataires	Taux d'allocataires pour 1 000 personnes de 20 à 64 ans
Saône-et-Loire	2 325	18,7	9 724	31,1
Bourgogne	5 049	13,5	29 894	31,8
France	196 962	12,3	956 025	25,1

Sources : Cnaf, Insee, estimations de population au 1er janvier 2011 ; MSA.

1.2.6 Un taux de bénéficiaires du RSA inférieur aux taux régional et national

La Saône-et-Loire présente un taux de bénéficiaires du revenu de solidarité active (RSA) inférieur à celui de Bourgogne et de France métropolitaine avec 45 bénéficiaires du RSA pour 1 000 personnes de 25 à 64 ans contre 48 ‰ dans la région et 60,7 ‰ en France métropolitaine.

Les bénéficiaires du Revenu de solidarité active au 31 décembre 2011

	Revenu de solidarité active (RSA)	
	Nombre d'allocataires	Taux d'allocataires pour 1 000 personnes de 25 à 64 ans
Saône-et-Loire	12 899	45,0
Bourgogne	40 771	48,0
France	2 064 953	60,7

Sources : Cnaf, Insee, estimations de population au 1er janvier 2011 ; MSA.

Selon les données du Programme départemental d'insertion 2013 – 2018, au 30 juin 2012, 83 jeunes de moins de 25 ans bénéficient du dispositif spécifique RSA jeunes en Saône-et-Loire. La majorité d'entre eux sont concernés uniquement par le RSA activité (67 %).

Le RSA accordé aux jeunes de moins de 25 ans concerne très majoritairement des femmes (86 %). Par ailleurs, 46,7 % des foyers des jeunes de moins de 25 ans bénéficient du RSA majoré en Saône-et-Loire.

1.2.7 Des habitants touchés par des difficultés de logement

L'offre d'hébergement et de logement temporaire est répartie sur le département de la manière suivante :

- 6 foyers de jeunes travailleurs ;
- 5 centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) avec 206 places dans les grandes villes du département ;
- 4 pensions de famille (65 places) ;
- 3 résidences sociales (316 places).

En 2012, le parc de logements sociaux comprenait 41 915 logements soit environ 17 % de l'ensemble des résidences principales. En 2012, 8 551 demandes de logement social ont été déposées.

La situation de la population est caractérisée par les constats suivants :

- 75 % des ménages sont éligibles aux logements sociaux locatifs « classiques » et 38 % au parc locatif très social (source Plan départemental de l'habitat 2011) ;
- Une hausse de 14 % des dossiers examinés en commission de surendettement en 2012 ;
- 935 ménages de Saône-et-Loire ont été assignés en 2012 par leur bailleur auprès du juge à des fins de résiliation de bail et d'expulsion locative.

Selon le Programme départemental d'insertion 2013 – 2018, les habitants de Saône-et-Loire rencontrent des difficultés à trouver un logement qui leur soit adapté en raison :

- De la mauvaise qualité / de la vétusté des logements ;
- De l'absence de produit adapté à la composition familiale, au handicap, aux modes d'occupation et aux troubles du voisinage ;
- Des faibles ressources des ménages (charges d'énergie) ;
- Du cumul des dettes locatives.

Par conséquent, le Fonds de solidarité logement (FSL) fait face à une demande croissante des besoins d'accompagnement financiers et sociaux des ménages de Saône-et-Loire.

1.3 Le contexte sanitaire

1.3.1 Une démographie médicale plutôt défavorable, particulièrement pour les pédiatres libéraux

En 2011, la Saône-et-Loire dispose d'une densité de médecins généralistes (70,40 pour 100 000 habitants) et de gynécologies libéraux (14,19 pour 100 000 habitants) plus faible (voire nettement plus faible pour les gynécologues) qu'en Bourgogne et qu'en France métropolitaine. Cependant, la part des médecins généralistes (94%) et des gynécologues (47%) conventionnés en secteur 1¹¹ est supérieure ou égale aux parts nationales et départementales.

Afin de lutter contre la faible densité de médecins généralistes libéraux, le Conseil général finance, avec ses partenaires, un programme d'incitation et d'accompagnement à l'installation de nouveaux médecins.

En 2011, la Saône-et-Loire a une densité de pédiatres (13,82 pour 100 000 habitants) et de sages-femmes (4,49 pour 100 000 habitants) libéraux légèrement supérieure à la densité régionale mais très inférieure à la densité nationale. En effet, la France métropolitaine compte en moyenne une densité de 23,10 pédiatres libéraux pour 100 000 habitants contre 13,82 en Saône-et-Loire. En revanche, 85 % des pédiatres de Saône-et-Loire sont en secteur 1 contre seulement 65 % en France métropolitaine.

Les pédiatres libéraux sont majoritairement installés dans les grandes agglomérations (Chalon-sur-Saône et Mâcon).

¹¹ Les médecins conventionnés (secteur 1) pratiquent le tarif de base de la Sécurité Sociale (sans dépassement)

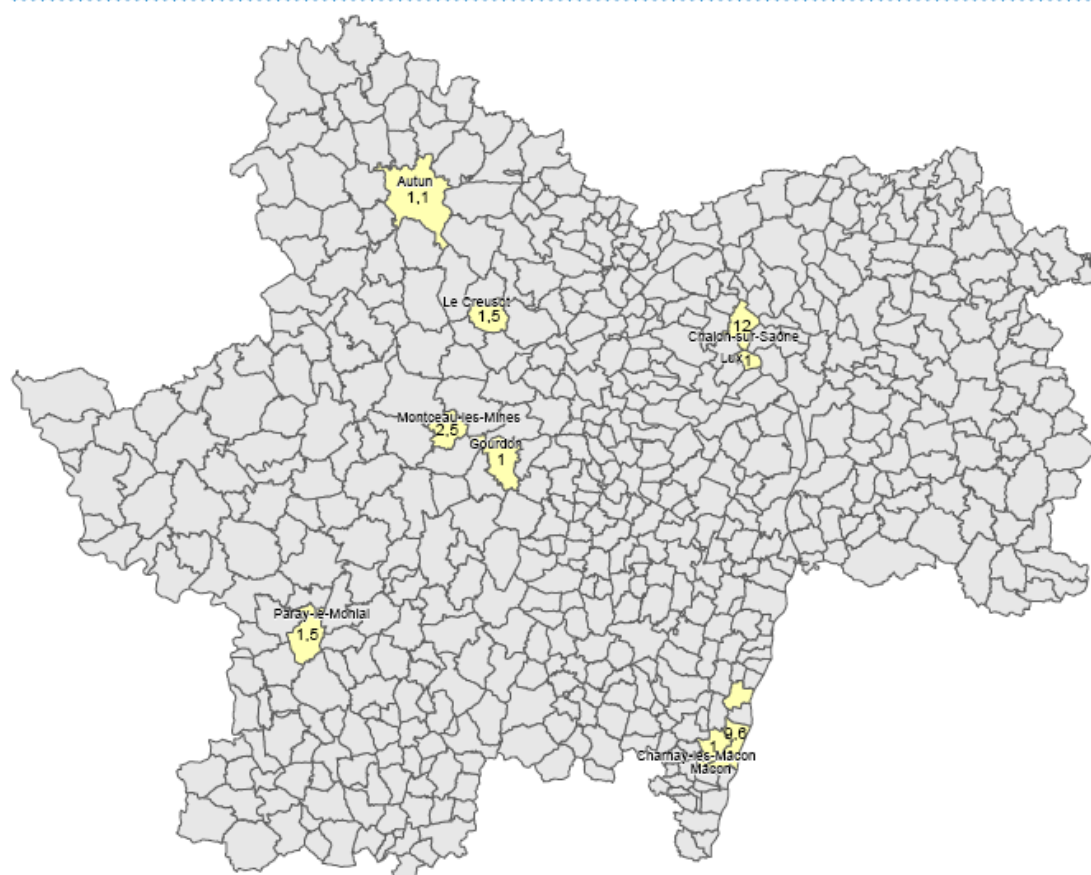
Démographie des médecins généralistes, des pédiatres, des gynécologues et des sages-femmes libéraux en 2011

	Médecins généralistes libéraux			Pédiatres libéraux			Gynécologues libéraux			Sages-femmes libérales	
	Effectifs	Part secteur 1	Densité pour 100 000 habitants	Effectifs	Part secteur 1	Densité pour 100 000 habitants	Effectifs	Part secteur 1	Densité pour 100 000 habitants	Effectifs	Densité pour 100 000 habitants
Saône-et-Loire	392	94%	70,40	13	85%	13,82	34	47%	14,19	25	4,49
Bourgogne	1 227	94%	74,56	38	76%	13,62	108	42%	15,20	61	3,71
France métropolitaine	52 934	92%	83,69	2 682	65%	23,10	5 423	43%	20,20	3 317	5,24

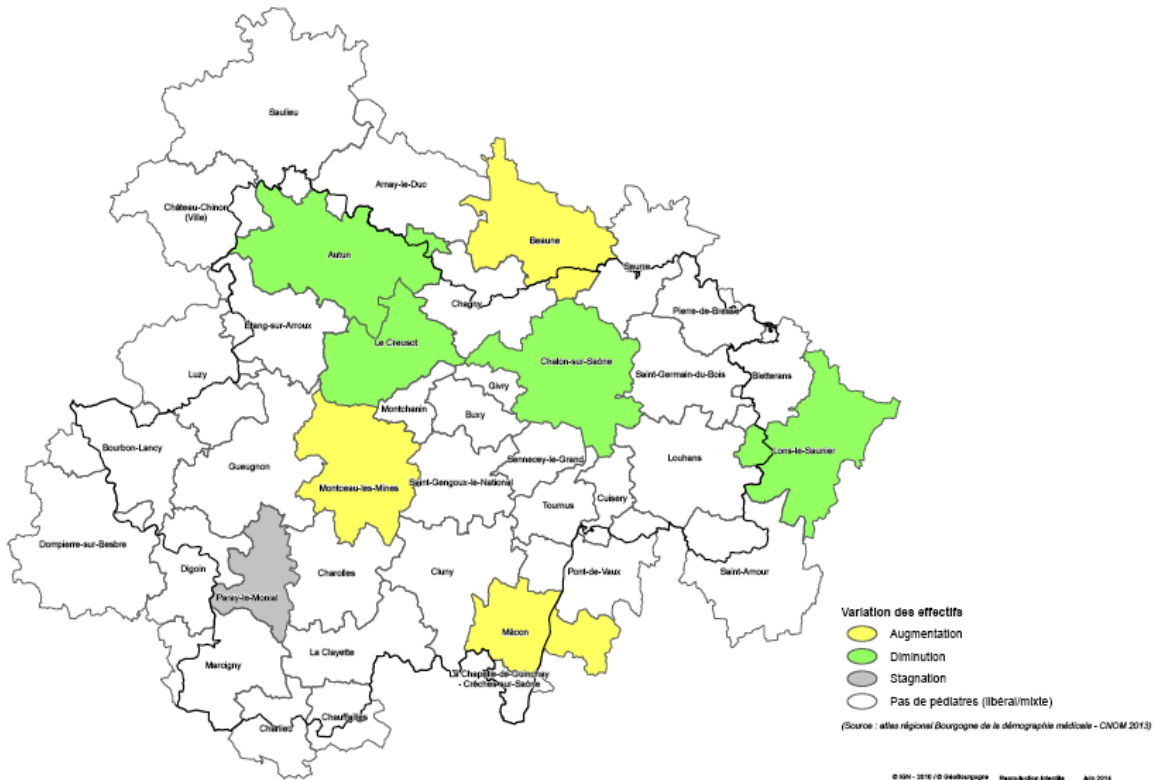
Source : Eco-santé Régions et départements 2014 – Mise à jour : février 2014 (SNIR)

Nombre de pédiatres par commune (libéraux, hospitaliers, mixtes - en équivalent temps plein)

(Source : Ameli.fr / Département de Saône et Loire)



© SNIR - 2016 / O. Gauthier / Reproduction interdite / Juin 2016 - AM119



1.3.2 Une offre assez satisfaisante concernant les suivis de grossesse

Le département de la Saône-et-Loire compte 5 maternités : 3 maternités de type I (Hôtel Dieu au Creusot, Centre Hospitalier de Paray le Monial, Centre Hospitalier d'Autun) et 2 maternités de type II (Centre Hospitalier de Mâcon, Centre Hospitalier de Chalon-sur-Saône).

Les maternités font partie du réseau Femme et Enfant de Bourgogne qui intègre le Réseau de soins en périnatalité (réseau inter-établissements et réseaux de proximité) avec sa cellule régionale d'évaluation, les réseaux de gynécologie et de pédiatrie, et les deux sites internet grand public et professionnels.

Un réseau périnatal de proximité est implanté en Saône-et-Loire, le réseau Autunois Morvan (à Autun).

De plus, un centre périnatal de proximité a été mis en place au Centre Hospitalier de Montceau-les-Mines lors de la fermeture de la maternité pour assurer des suivis de proximité.

Le service de PMI ne dispose pas de gynécologue. En l'absence de référent médical (gynécologue) pour les sages-femmes, la PMI ne propose pas de consultations médicales prénatales (réalisées par des sages-femmes de PMI).

Il ne semble pas y avoir de besoins non couverts en termes de suivi de grossesse selon les professionnels de PMI rencontrés en entretien. Selon eux, l'offre de suivi de grossesse est relativement satisfaisante, en médecine libérale et hospitalière dans le département.

1.3.3 Un taux d'équipement en psychiatrie infanto juvénile inférieur au taux national

En ce qui concerne l'offre de psychiatrie infanto juvénile, la Saône-et-Loire comptait en 2012 :

- Un Centre Médico-Psycho-Pédagogique (CMPP) à Chalon-sur-Saône ;
- 10 lits de psychiatrie infanto-juvénile à vocation départementale installés au CHS de Sevrey (en 2013, le CHS compte 4 lits en hospitalisation complète et 6 places en hospitalisation partielle)
- 85 places de psychiatrie infanto-juvénile en hospitalisation partielle ;
- 5 centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP) à Chalon-sur-Saône, Charnay-Lès-Mâcon, Montceau-les-Mines, Le Creusot et Autun.
- 9 centres médico-psychologiques (CMP) : Chalon-sur-Saône, Sevrey, Montceau-les-Mines, Montchanin, Le Creusot, Tournus, Louhans, Autun et Mâcon.

Par ailleurs, l'unité de pédiatrie de l'hôpital de Mâcon dispose d'un pédopsychiatre qui peut accueillir quelques enfants en hospitalisation complète mais seulement pour des temps courts et selon les disponibilités du service de pédiatrie.

Avec un taux d'équipement en hospitalisation complète de 0,1 place pour 1 000 enfants de 0 à 16 ans et de 0,8 ‰ en hospitalisation partielle, la Saône-et-Loire a des taux d'équipement inférieurs aux taux nationaux (0,2 ‰ et 0,9 ‰) et inférieurs ou égaux aux taux d'équipement régionaux (0,1 ‰ et 1,1 ‰). Par ailleurs, le département ne compte pas de places en accueil familial thérapeutique.

Nombre de places et de lits en psychiatrie infanto juvénile au 1^{er} janvier 2012

	Hospitalisation complète		Hospitalisation partielle		Nombre total de lits et de places	Nombre de places en accueil familial thérapeutique
	Nombre de lits	Taux d'équipement pour 1 000 enfants de 0 à 16 ans	Nombre de places	Taux d'équipement pour 1 000 enfants de 0 à 16 ans		
Saône-et-Loire	10	0,1	80	0,8	90	0
Bourgogne	33	0,1	299	1,1	340	8
France métropolitaine	2 130	0,2	9 324	0,9	12 193	739

Source : Drees, ARS, Données SAE 2012 déclarées par les établissements

Enfin, une maison des adolescents (MDA) est implantée dans le département depuis 2011. Elle fonctionne sur deux sites : Mâcon et Chalon-sur-Saône. Les adolescents sont accueillis et orientés par des professionnels : médecin, travailleur social, psychologue, sage-femme, médiateur familial, juriste... La MDA est à la fois un espace ressources et de mise en réseau des acteurs, un support pour des actions collectives des jeunes, et plus particulièrement une structure proposant l'accueil et l'orientation vers un parcours de prise en charge notamment sanitaire des jeunes.

L'expression des professionnels

Selon les professionnels rencontrés en entretiens, la situation sanitaire du département est globalement préoccupante et plus spécifiquement en ce qui concerne l'accompagnement des difficultés psychiques et psychiatriques. Le délai d'attente pour obtenir un rendez-vous au CMPP et dans l'un des CAMSP est très important selon eux.

Par ailleurs, la majorité des professionnels du Conseil général et des responsables d'établissements et des services qui ont répondu aux questionnaires en ligne considère que l'un des principaux points faibles de l'accompagnement des enfants et de leur famille dans le département (tous dispositifs confondus) est la disponibilité des soins psychiatriques accessibles aux enfants.

1.3.4 Un taux d'équipement en établissements et services médicosociaux spécialisés pour enfants handicapés inférieur ou égal au taux national et départemental

Au 1^{er} janvier 2013, la Saône-et-Loire compte 12 instituts médico-éducatifs (IME) avec une capacité totale de 547 places.

Par ailleurs, le département compte 3 instituts thérapeutiques, éducatifs et psychologiques (ITEP) avec une capacité totale de 110 places, dont 71 % sont en internat.

En termes de taux d'équipement, la Saône-et-Loire avec 5,8 places en établissements pour enfants handicapés pour 1 000 jeunes de moins de 20 ans est moins bien équipée que la Bourgogne (6,7 ‰) et la France métropolitaine (6,6 ‰).

En ce qui concerne les services, 12 services d'éducation spécialisée et de soins à domicile (SESSAD) sont présents dans le département pour une capacité totale de 366 places.

Le département apparaît avoir un taux d'équipement en places de SESSAD comparable à la moyenne nationale mais inférieur à la moyenne régionale (2,9 places de SESSAD pour 1 000 jeunes de moins de 20 ans en Saône-et-Loire et en France métropolitaine contre 3,4 ‰ en Bourgogne).

Nombre de places en établissement et en services pour enfants handicapés au 1^{er} janvier 2013

	IME		ITEP ¹²		Taux d'équipement en établissements pour 1 000 jeunes de - 20 ans	SESSAD			CME	
	Nbre d'étab.	Nbre de places	Nbre d'étab.	Nbre de places		Nbre de services	Nbre de places	Taux d'équipement en SESSAD pour 1 000 jeunes de - 20 ans	Nbre d'étab.	Nbre de places
Saône-et-Loire	11	560	3	122	5,8	9	366	2,9	3	53
Bourgogne	39	1 902	8	278	6,7	42	1 281	3,4		
France métrop.	1 207	66 493	425	14 872	6,6	1 557	44 242	2,9		

Source : Drees, ARS, Finess

Deux structures sont spécialisées dans l'accueil de jeunes (entre 7 et 20 ans) avec des troubles psychiques. Ces dispositifs, les **DAS**, ont été mis en place en 2009 dans le cadre d'une expérimentation de 5 ans pour celui de BUXY, Cruzille faisant partie intégrante de l'ITEP.

Ainsi, 23 places sont réparties dans 2 établissements :

- le **DAS de Saint-Rémy** dispose de 12 places avec internat
- le **DAS de Cruzille** dispose de 11 places toutes en internat

Le taux d'encadrement dans ces établissements est particulièrement important (environ 1 professionnel pour 1 jeune).

Sur les 12 places du DAS de Saint-Rémy, plus de la moitié est occupée par des enfants confiés à l'ASE.

L'expérimentation du dispositif de BUXY va prendre fin en 2014. L'ARS et le Conseil général ont initié une réflexion pour déterminer comment repositionner ce dispositif qui répond en partie à des besoins non couverts. Des coopérations se sont déjà mises en place autour de situations individuelles.

¹² Dont 12 places DAS de Buxy

1.4 Ce qu'il faut retenir du contexte départemental

La Saône-et-Loire est le département le plus peuplé de la région Bourgogne mais avec une part de jeunes de moins de 20 ans relativement plus faible qu'au niveau national ; le département est vieillissant, en particulier dans certains secteurs isolés situés à l'ouest de l'axe Chalon-sur-Saône – Mâcon.

La population de la Saône-et-Loire croît moins rapidement qu'au niveau national. Les tendances observées au niveau de la structuration de la population devraient se poursuivre et s'accroître dans les prochaines années avec une diminution de la part des jeunes de moins de 20 ans en 2040.

Le taux de natalité en Saône-et-Loire est inférieur aux taux régional et national.

La part de ménages imposés est inférieure à la part nationale et régionale et le revenu médian est plus faible en Saône-et-Loire qu'en Bourgogne et en France métropolitaine. Le taux de chômage est inférieur au taux national mais supérieur au taux régional.

La Saône-et-Loire a un taux de bénéficiaires de l'AEEH supérieur au taux régional et national mais a un taux de bénéficiaires du RSA inférieur à celui de la région et de la France métropolitaine.

La démographie médicale dans le département apparaît relativement préoccupante. En effet, la Saône-et-Loire compte une densité de médecins généralistes et de gynécologues libéraux inférieure à celle de la Bourgogne et de la France métropolitaine. Cependant, la part de médecins généralistes et de gynécologues qui exercent en secteur 1 est supérieure. La Saône-et-Loire a une densité de pédiatres et de sages-femmes légèrement supérieure à la densité de la Bourgogne mais très inférieure à celle de la France métropolitaine. Ainsi, la densité de pédiatres est inférieure de 9 points par rapport à la moyenne nationale en Saône-et-Loire.

De même, l'offre en matière de psychiatrie infanto juvénile est également faible. Le taux d'équipement en lits et en places est inférieur au taux national. En termes d'établissements et de services pour enfants handicapés, le département apparaît également proportionnellement moins bien équipé par rapport à la moyenne régionale.

Du point de vue du Département :

- **c'est au croisement entre données sur la situation socio-économique et sur les structures familiales qu'il est nécessaire de rechercher les déterminants des problématiques du champ de l'enfance et des familles ;**
- **l'insuffisance de l'offre en matière médicale est une problématique récurrente qui appelle des réponses urgentes et coordonnées, à la fois pour mieux articuler les prises en charge complexes dans le cadre de la protection de l'enfance, mais aussi au-delà du schéma enfance et familles.**

2. Prévenir

Les missions réglementaires du service départemental de PMI sont détaillées en annexe.

2.1 Une offre d'accompagnement et de prévention en direction des futurs parents assez complète

2.1.1 Moins de visites à domicile pré et postnatales réalisées par les professionnels de PMI mais plus de femmes en situation de vulnérabilité médico-psycho-sociale bénéficiaires

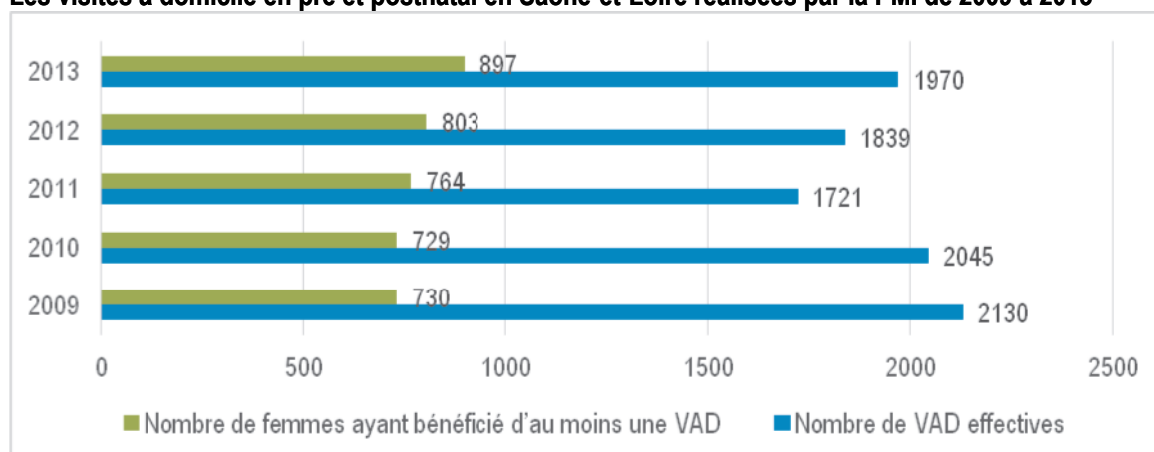
Une mise à disposition de la PMI est systématiquement proposée aux femmes enceintes.

Au 31 décembre 2013, le service de PMI de Saône-et-Loire comptait 6 sages-femmes (régie directe).

La visite à domicile (VAD) est réalisée en fonction de critères de risques repérés notamment via les déclarations de grossesse et sur orientation des maternités ou encore des professionnels libéraux.

Entre 2009 et 2013, le nombre de visites à domicile a diminué de 8 % (de 2 130 visites à domicile en 2009 à 1 970 en 2013) en Saône-et-Loire. Cependant, le nombre de femmes ayant bénéficié d'au moins une visite à domicile a augmenté de 23 % sur la même période, et de façon continue (de 730 femmes à 897).

Les visites à domicile en pré et postnatal en Saône-et-Loire réalisées par la PMI de 2009 à 2013



Source : Enquêtes PMI, Drees

2.1.2 Un développement très important du nombre d'entretiens du 4^{ème} mois de grossesse réalisés par la PMI

Entre 2009 et 2013, le nombre de femmes ayant bénéficié d'un entretien du 4^e mois (entretien prénatal précoce) réalisé par un professionnel de PMI a été multiplié par près de 4 (de 48 femmes en 2009 à 188 femmes en 2013).

Nombre de femmes ayant bénéficié d'un entretien prénatal précoce réalisé par la PMI entre 2009 et 2013

	2009	2010	2011	2012	2013
Saône-et-Loire	48	38	61	90	188

Source : Enquêtes PMI, Drees

Par ailleurs, près de 894 femmes ont bénéficié d'un EPP en 2012 réalisé par les maternités (853 en 2010)

2.1.3 Des séances d'actions collectives PMI en direction des futurs parents en augmentation

Entre 2009 et 2013, le nombre de séances d'actions collectives en direction des (futurs) parents a plus que doublé (de 41 séances en 2009 à 96 en 2013).

Séances d'actions prénatales et postnatales à dimension collective entre 2009 et 2013 en Saône-et-Loire

	2009	2010	2011	2012	2013
Saône-et-Loire	41	45	38	60	96

Source : Enquêtes PMI, Drees

2.2 Une offre de prévention en direction des jeunes enfants qui se développe

2.2.1 Un service de PMI qui manque de médecins

Au 31 décembre 2013, le service de PMI comptait (en régie directe) :

- 11,6 ETP de médecins
- 28,4 ETP de puéricultrices et 6,4 ETP d'infirmières¹³

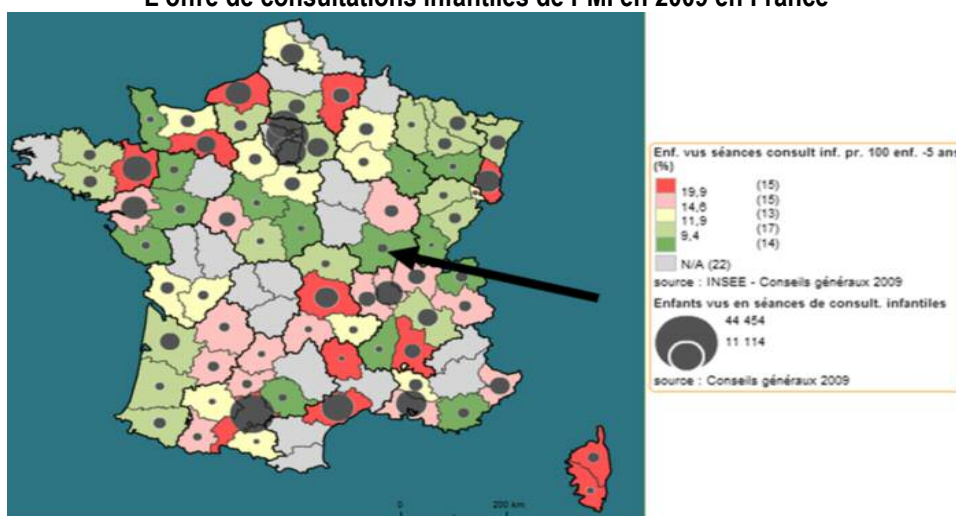
Toutefois, parmi les 13 postes de médecins budgétés, 4 sont vacants au début de l'année 2014.

Les difficultés du Département pour recruter des médecins sont relativement anciennes. Ainsi, dès 2007, le plan d'action pour le service de PMI (Les principes d'intervention directeurs) prévoyait le recentrage des médecins sur des activités médicales et l'optimisation du temps de médecin. Deux postes de médecins vacants depuis plusieurs années ont alors été transformés en 2011 et 2012 en postes de puéricultrices cadres de santé, notamment positionnés sur les agréments des assistants maternels et familiaux et le suivi des structures d'accueil de la petite enfance.

2.2.2 Une bonne couverture territoriale au niveau des consultations infantiles mais une activité en baisse

En 2013, 27 points de consultations infantiles sont répartis sur le territoire de la Saône-et-Loire. Le service de PMI a ainsi fait le choix de disposer de lieux d'accueil et de consultations à proximité des lieux de vie des populations.

L'offre de consultations infantiles de PMI en 2009 en France



Source : ANDASS édition n°16

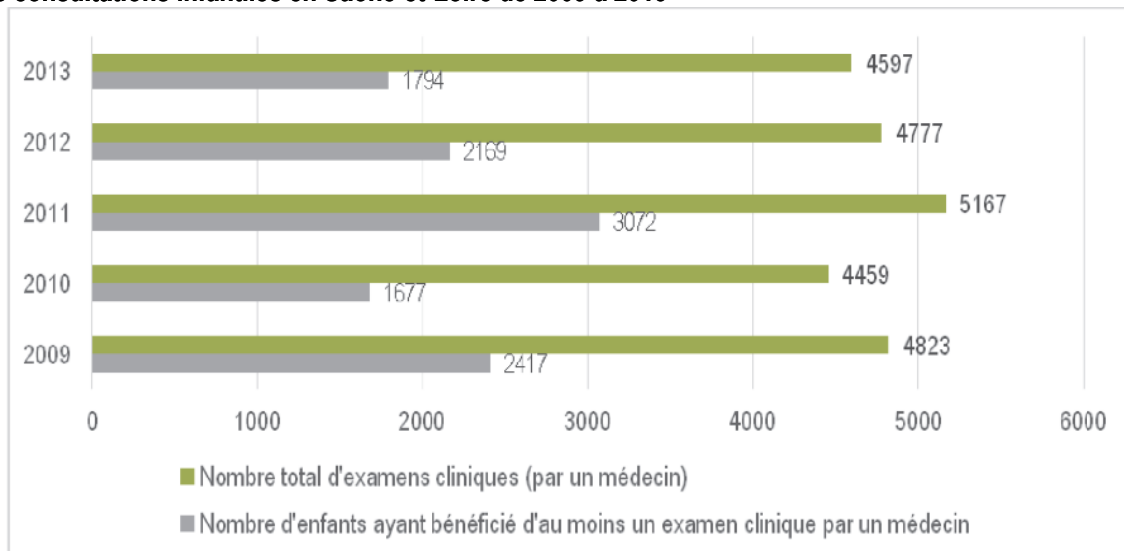
¹³ Puéricultrices et infirmières réalisent les mêmes missions dans ce département

La carte nationale montre que la proportion d'enfants de moins de 5 ans vus en séances de consultation infantile en Saône-et-Loire est parmi les plus basses de France.

Entre 2009 et 2013, le nombre total de consultations réalisées par un médecin dans le cadre des séances de consultations infantiles a diminué de 5 % (de 4 823 en 2009 à 4 597 en 2013).

Le nombre d'enfants ayant bénéficié d'au moins une consultation par un médecin enregistre la plus forte diminution (- 26 %) en évoluant de 2 417 en 2009 à 1 794 en 2013. Ainsi en 2013, ce sont environ 6 % des enfants de 0 à 4 ans du département qui ont bénéficié d'au moins une consultation par un médecin.

Les consultations infantiles en Saône-et-Loire de 2009 à 2013



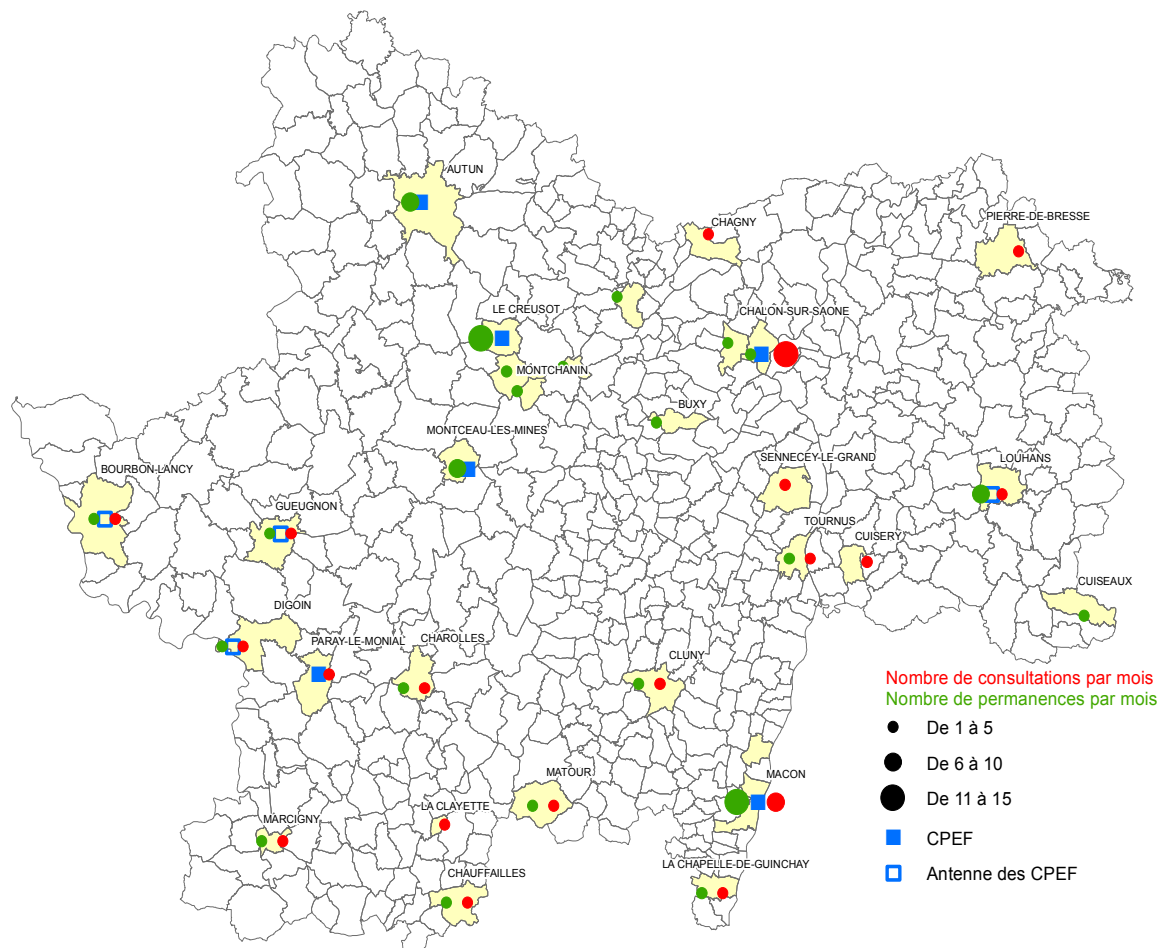
Source : Enquêtes PMI, Drees

Afin de répondre au mieux aux besoins avec les moyens du service (4 postes de médecins vacants), le service de PMI a fait le choix de prioriser les enfants de moins de 3 ans pour les consultations médicales et de réaliser en priorité les examens obligatoires (a minima).

2.2.3 Une bonne couverture départementale via les permanences de puéricultrices de PMI

En 2013, 2 286 séances de permanences ont été assurées par des puéricultrices et infirmières de PMI dans les 28 lieux de permanences répartis sur le territoire départemental (4 nouveaux points de permanence ont été installés entre 2012 et 2013).

Consultations et permanences de PMI en 2013



© IGN - 2010 / © GeoBourgogne - Reproduction Interdite - Mai 2014 - AM417

2.2.4 Un développement des séances d'actions collectives en direction des enfants et de leurs parents

En 2012, 71 séances d'actions collectives (ateliers massage, portage, ateliers cuisine...) ont été réalisées en direction des enfants. Certaines actions sont réalisées en partenariat avec des agents du service social département et avec des professionnels de la CAF. Un partenariat existe également avec plusieurs RAM¹⁴ du département.

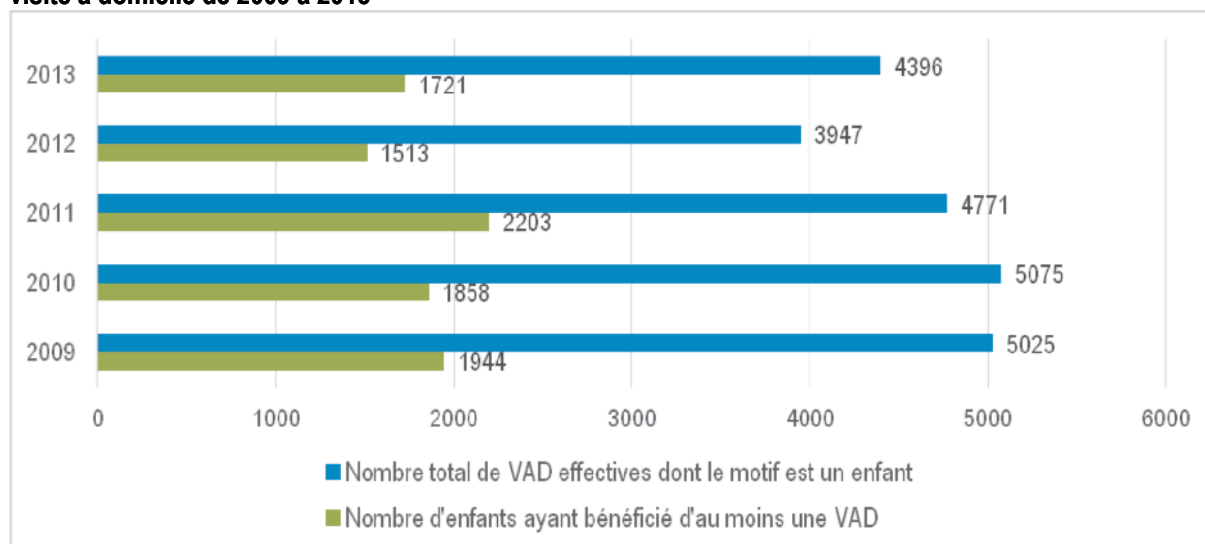
En 2013, ces séances ont été très fortement développées : 241 séances réalisées.

¹⁴ Relai assistants maternels

2.2.5 Une baisse du nombre de visites à domicile et du nombre d'enfants ayant bénéficié d'au moins une visite

En 2013, 4 396 visites à domicile ont été effectuées par une puéricultrice auprès de 1 721 enfants en Saône-et-Loire. Entre 2009 et 2013, le nombre de visites à domicile a diminué de 13 % et le nombre d'enfants ayant bénéficié d'au moins une visite à domicile a diminué de 11 %.

Nombre de visites à domicile réalisées par les puéricultrices et nombre d'enfants ayant bénéficié d'une visite à domicile de 2009 à 2013



Source : Enquêtes PMI, Drees

L'expression des professionnels

Les professionnels de PMI rencontrés en entretien regrettent le manque de temps des puéricultrices de PMI pour réaliser les visites à domicile post-natale dans les 15 jours suivant la sortie de la maternité, en particulier pour les femmes en situation de vulnérabilité médico-psycho-sociale.

Certains professionnels indiquent également que l'augmentation de la charge de travail relative à l'agrément des assistants maternels et à l'évaluation des informations préoccupantes a réduit les possibilités de visites à domicile.

2.2.6 Les bilans de santé en école maternelle : une bonne couverture de la population au niveau des dépistages sensoriels

La loi du 5 mars 2007 relative à la protection de l'enfance rend obligatoires les « bilans de santé pour les enfants âgés de 3 à 4 ans, notamment en école maternelle ».

Dans le département, les bilans en école maternelle sont réalisés en deux temps :

- Les puéricultrices et infirmières de PMI réalisent un examen avec l'ensemble des enfants de la classe pendant une ou deux séances afin de réaliser les dépistages visuels et auditifs ;
- Le médecin de PMI peut réaliser un examen clinique, sur orientation de puéricultrices ou infirmières, notamment pour dépister les troubles du langage et de l'inadaptation ainsi que les troubles du comportement.

Le nombre de bilans de santé a augmenté de 5 % entre 2009 et 2013 en évoluant de 4 887 bilans en 2009 à 5 126 en 2013. Par ailleurs, 2 696 enfants ont été examinés par un médecin cette même année.

En 2013, selon la PMI de Saône-et-Loire, 87 % des enfants de 3 à 4 ans ont bénéficié d'un bilan en école maternelle et 46 % ont été examinés par un médecin.

Le département présente donc un très bon taux de couverture au niveau des dépistages sensoriels.

Ce que l'on peut retenir concernant les activités du service de PMI :

Le service de PMI de Saône-et-Loire a, comme dans beaucoup d'autres départements actuellement, des difficultés pour recruter des médecins. Cette vacance d'un certain nombre de postes a poussé le service à prendre des mesures pour optimiser le temps médical (transformation de postes de médecins en postes de cadres de santé, redéfinition des missions prioritaires pour les médecins...). Concernant les autres professionnels du service (sages-femmes, puéricultrices et infirmières), les effectifs sont satisfaisants (pas de postes vacants) mais l'augmentation de l'activité, notamment liée à l'agrément des assistants maternels et aux évaluations d'informations préoccupantes, nécessiterait de mener également ce travail de redéfinition des missions prioritaires et de questionnement sur les pratiques professionnelles pour l'ensemble des missions de la PMI. Cette démarche permettrait aux professionnels de prioriser plus aisément leurs tâches tout en répondant au mieux aux besoins des usagers.

2.3 Une offre d'accueil de la petite enfance importante et en progression

2.3.1 Un taux d'équipement théorique global très nettement supérieur à la moyenne nationale

La capacité d'accueil théorique¹⁵ globale de la Saône-et-Loire de 72,1 places pour 100 enfants de moins de 3 ans est nettement supérieure à la moyenne nationale (54,8 %). Ce taux d'équipement est également supérieur à celui de deux des trois autres départements de la région. Seul le département de l'Yonne dispose d'un taux d'équipement supérieur à celui de la Saône-et-Loire (74,9 % contre 72,1 %)

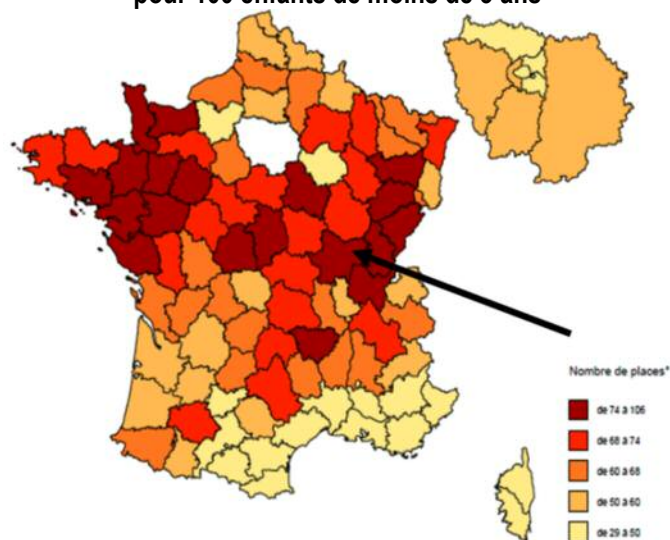
Capacité théorique d'accueil en nombre de places pour 100 enfants de moins de 3 ans au 31 décembre 2011

	Accueil collectif (y compris crèches familiales)	Assistantes maternelles (hors crèches familiales) Capacité théorique	Capacité totale d'accueil pour 100 enfants de moins de 3 ans
Côte-d'Or	15,0	51,1	66,1
Nièvre	10,4	51,6	62,0
Saône-et-Loire	11,5	60,7	72,1
Yonne	12,4	62,4	74,9
Total estimé France métropolitaine	15,7	39,1	54,8

Source : Drees, enquête PMI 2011

En effet, au niveau national, la Saône-et-Loire figure ainsi parmi les départements où l'offre d'accueil de la petite enfance est, proportionnellement la plus importante.

Nombre total de places tous types d'accueil (individuel et collectif) en 2011 pour 100 enfants de moins de 3 ans

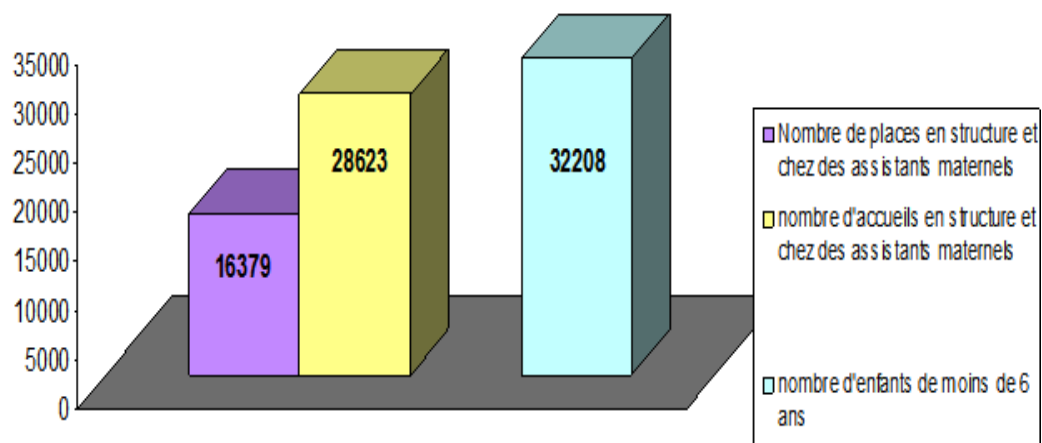


Source : Enquête PMI 2011, Drees, Ircem, MEN-MESR DEPP 2011, Estimation de population, Insee

Au total, 16 379 places d'accueil (théoriques) sont disponibles dans le département et 28 623 enfants ont été accueillis en 2012, soit un taux de couverture relativement important.

¹⁵ La capacité d'accueil chez les assistants maternels est calculée par rapport au nombre de professionnels agréés mais tous ne sont pas forcément en activité ou n'accueillent pas autant d'enfants que leur agrément le leur permet. Le Conseil général ne dispose pas de données sur les assistants maternels effectivement en activité.

Répartition des places et des enfants accueillis en structure d'accueil et chez des assistants maternels en 2012



Source : Codaje 71

2.3.2 Une offre en progression

Entre 2009 et 2012, la capacité d'accueil théorique totale a augmenté de 8 % (le nombre de places en accueil collectif a augmenté de 7 % quand le nombre théorique¹⁶ de places d'accueil individuel a augmenté de 9 %).

Répartition des places d'accueil de la petite enfance en Saône-et-Loire de 2009 à 2012

	Structures d'accueil collectif		Assistants maternels		Total	
	Nombre de places	Evolution 2009 -2012	Nombre de places	Evolution 2009 -2012	Nombre de places	Evolution 2009 -2012
2009	1 993	7%	13 633	9%	15 626	8%
2010	2 133		13 644			
2011	2 011		14 927			
2012	2 130		14 811			

Source : PMI 71

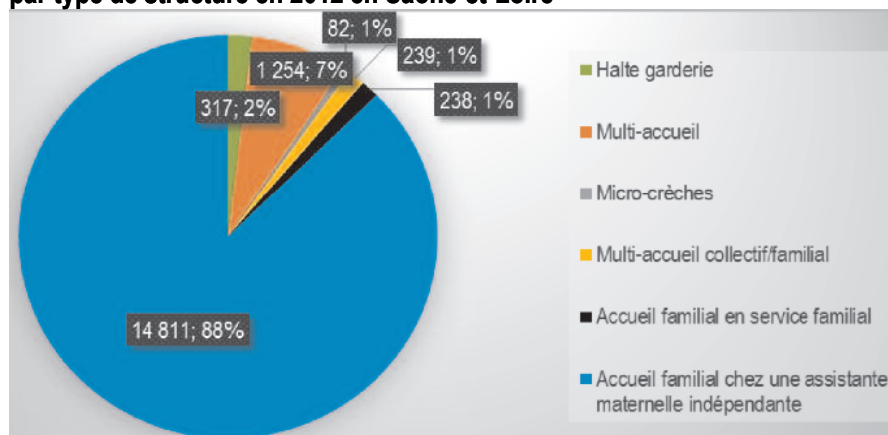
Par ailleurs, l'objectif fixé par la CAF pour la période 2013-2017 prévoit la création de 250 places supplémentaires en accueil collectif.

¹⁶ Comptabilisé à partir du nombre d'assistants maternels agréés

2.3.3 Une offre qui repose très majoritairement sur l'accueil individuel

En 2012, les places d'accueil chez les assistants maternels représentent 88 % du nombre total de places théoriques pour les enfants de moins de 3 ans.

Répartition des places d'accueil théoriques pour enfants de moins de trois ans par type de structure en 2012 en Saône-et-Loire



Source : PMI 71

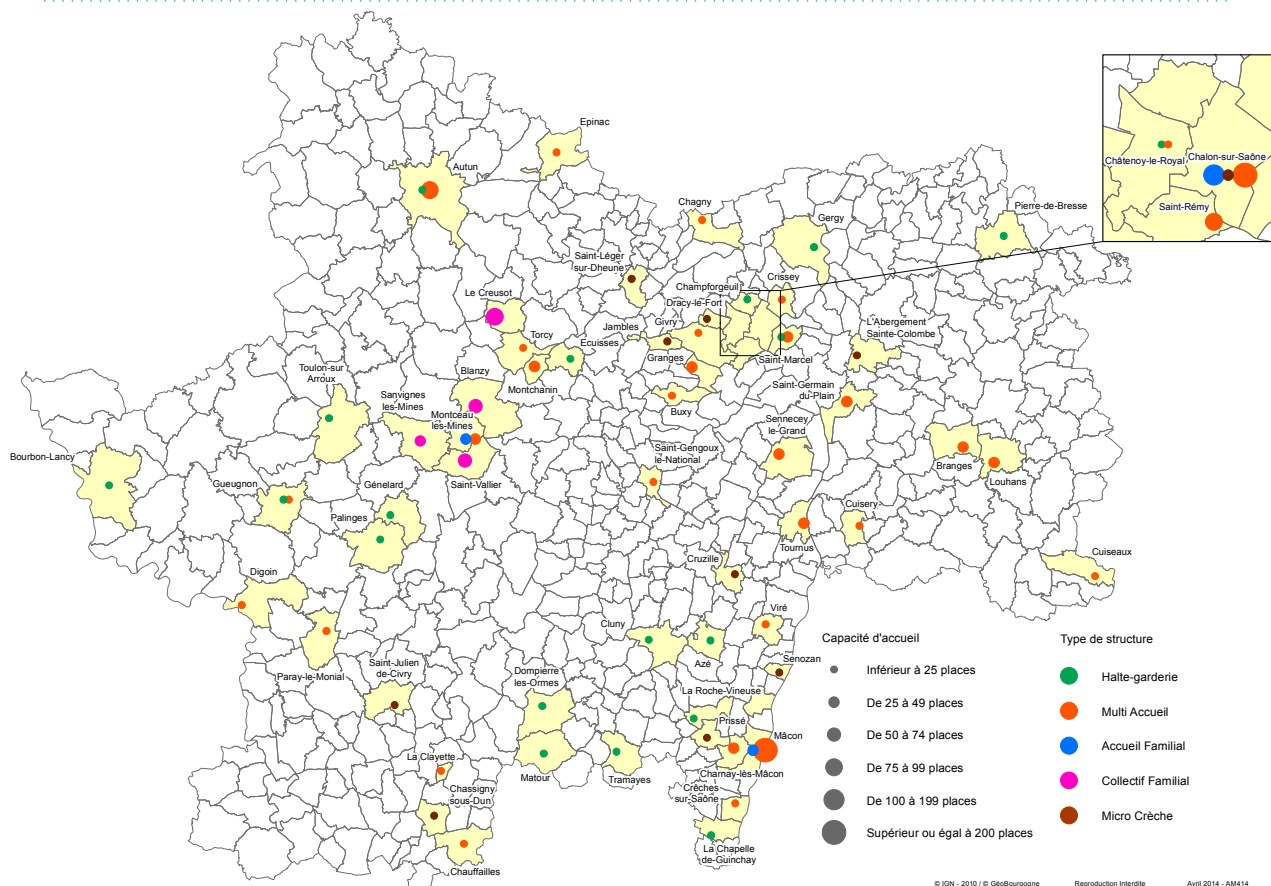
En 2011, la Saône-et-Loire a un taux d'équipement théorique d'environ 61 places en accueil individuel pour 100 enfants de moins de 3 ans soit un taux très supérieur au taux national (39,1 %). En revanche, le taux d'équipement en accueil collectif (11,5 places pour 100 enfants de moins de 3 ans) est inférieur de plus de 4 points à la moyenne nationale.

Capacité d'accueil en nombre de places pour 100 enfants de moins de 3 ans au 31 décembre 2011

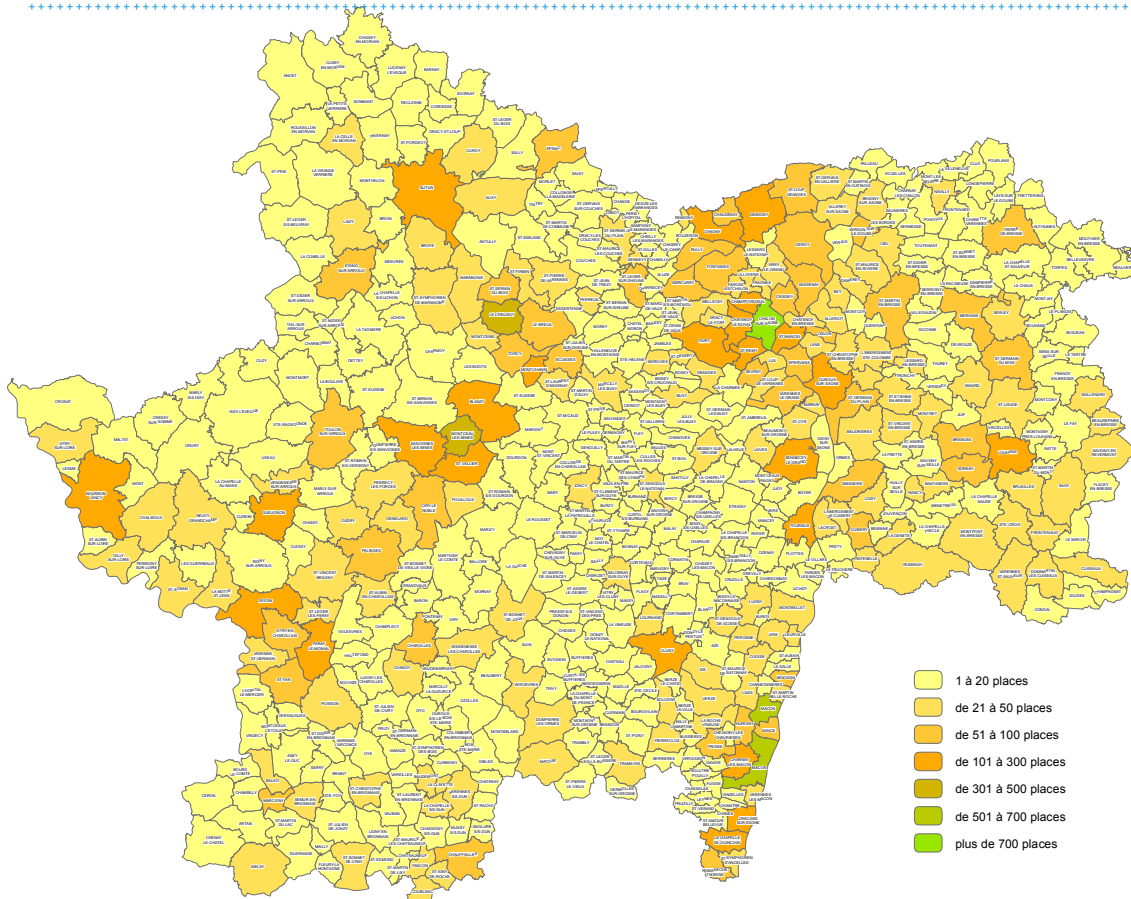
	Accueil collectif (y compris crèches familiales)	Assistantes maternelles (hors crèches familiales) Capacité théorique
Côte-d'Or	15,0	51,1
Nièvre	10,4	51,6
Saône-et-Loire	11,5	60,7
Yonne	12,4	62,4
Total estimé France métrop.	15,7	39,1

Source : Drees, enquête PMI 2011

Places d'accueil au sein des établissements d'accueil de la petite enfance au 31 décembre 2013



Places d'accueil chez les assistants maternels au 31 décembre 2013



La couverture territoriale en accueil individuel (places théoriques) est particulièrement bonne.

Dans le cadre de la Codaje, des perspectives de travail ont été posées :

- Installation d'un observatoire de l'accueil de la petite enfance
- Développement des accueils en horaires atypiques
- Valorisation du métier d'assistant maternel
- Réflexion sur l'équilibre de l'offre d'accueil entre individuel et collectif et répartition territoriale

2.3.4 Focus sur les assistants maternels : une augmentation du nombre d'agrément et donc de la capacité d'accueil théorique entre 2009 et 2012

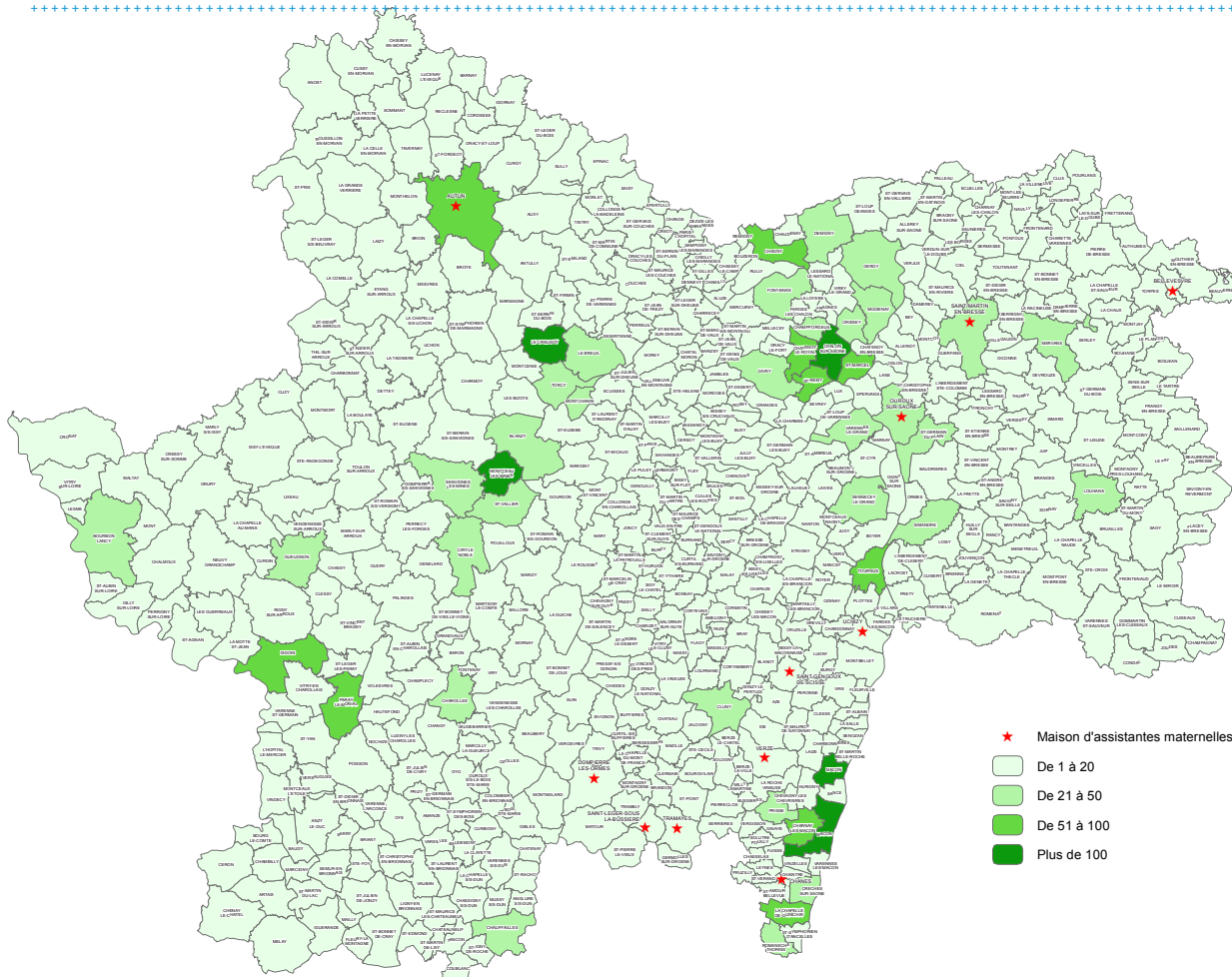
En 2012, la Saône-et-Loire compte 4 528 assistants maternels agréés soit une augmentation de 2 % du nombre de personnes agréées depuis 2009. Dans le même temps, la capacité d'accueil théorique a augmenté de 7 % en évoluant de 14 022 places à 15 049 places.

Evolution du nombre d'assistants maternels agréés et de la capacité d'accueil théorique (2009 – 2012)

	2009	2010	2011	2012	Pourcentage d'évolution
Assistants maternels agréés	4 426	4 478	4 710	4 528	2 %
Capacité accueil	14 022	14 028	15 185	15 049	7 %

Source : PMI 71

Nombre d'assistantes maternelles par commune au 1er octobre 2013



© IGN - 2010 / © GéoBourgogne Reproduction interdite Octobre 2013 - AM272

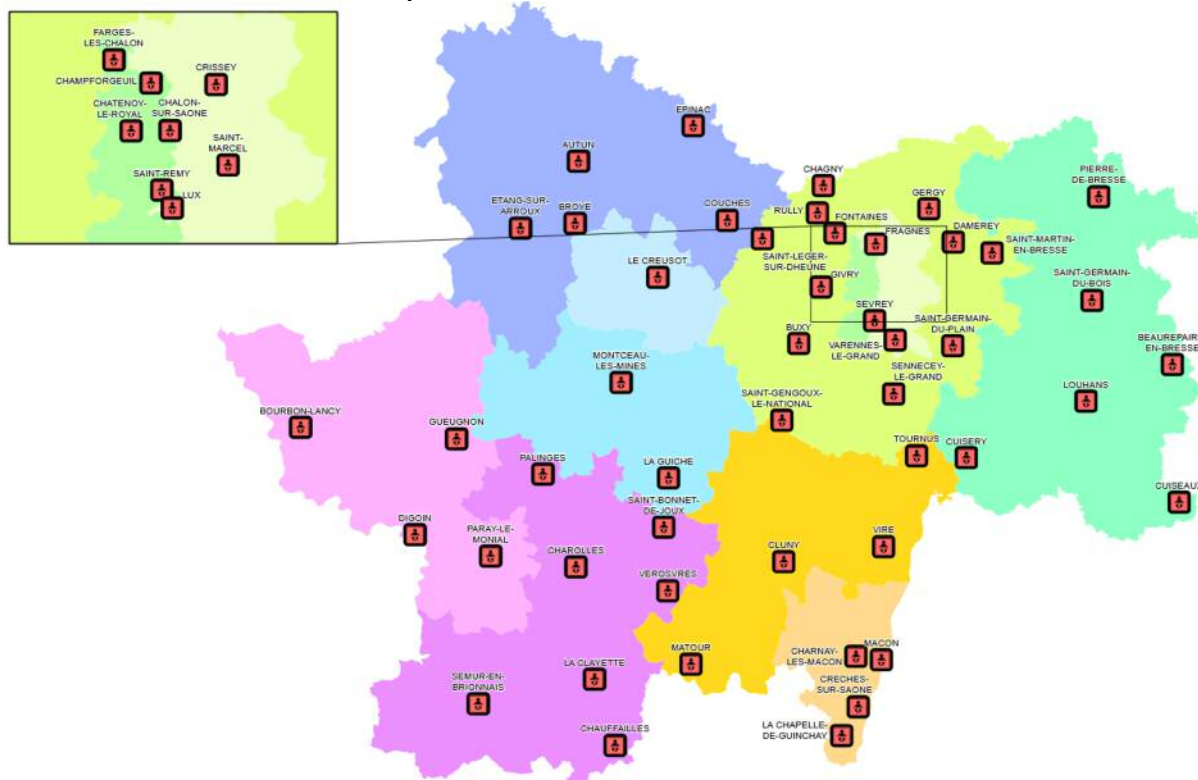
Par ailleurs, les assistants maternels peuvent exercer leur profession au sein de maisons d'assistantes maternelles. L'accueil des enfants s'effectue alors au sein de ces maisons, et non plus à leur domicile respectif. Les assistants maternels exerçant en MAM sont titulaires d'un agrément les y autorisant. Leurs employeurs restent les parents des enfants accueillis. En 2013, la Saône-et-Loire compte **12 Maisons d'assistantes maternelles (MAM)** qui regroupent 34 assistants maternels.

Enfin, le département de la Saône-et-Loire compte 49 Relais d'assistantes maternels (RAM), dispositif impulsé par les Cafs, répartis sur l'ensemble du territoire.

Les missions de ces relais sont multiples :

- Assurer une information de proximité (concernant les démarches administratives, la législation, les relations avec l'employeur...) en direction des parents et des professionnels ;
- Proposer des ateliers ludiques pour les enfants accueillis par les assistants maternels ;
- Mettre en place des formations.

Implantation des RAM de Saône-et-Loire



Source : Conseil général 71

2.3.5 Focus sur l'utilisation des modes d'accueil et les besoins des familles Saône-et-Loiriennes : des familles informées et satisfaites du mode de garde de leur enfant

Entre novembre et décembre 2012, la CAF a réalisé, dans le cadre de la Codaje, une enquête par questionnaire qui a été envoyée aux allocataires de la Caf ayant au moins un enfant de moins de 6 ans et ayant communiqué une adresse mail. 1 742 familles ont répondu parmi les 8 000 familles contactées soit 21,8 % des familles contactées.

Des familles informées

70 % des familles ayant répondu au questionnaire utilisent un ou plusieurs modes de garde, 84 % de ces familles ont indiqué avoir trouvé facilement les informations nécessaires.

69 % des familles qui utilisent un mode de garde font garder leur(s) enfant(s) par un assistant maternel ou une MAM.

Des familles satisfaites du mode de garde de leur enfant

91 % des familles sont satisfaites des horaires des modes de garde qu'elles utilisent et 89 % sont satisfaites de la proximité du mode de garde avec leur domicile.

78 % des répondants ont indiqué que le mode de garde qu'ils utilisent correspond à leur choix initial.

Des besoins d'accueil sur des horaires souples

En termes de besoins, les familles plébiscitent les horaires de garde classiques (entre 7h30 et 18h30 pour 44 % des répondants) et les horaires souples (pour 37 % des répondants) qui prennent en considération les plannings de travail variables et / ou connus tardivement. De plus, 23 % des familles ont besoin d'un mode de garde qui accepte des horaires décalés (avant 7h30 et /ou après 18h30), 17 % ont des besoins pendant le week-end et enfin, 13 % évoquent les horaires fractionnés (plusieurs tranches horaires dans la journée).

Parmi les contraintes rencontrées pour obtenir un mode de garde, 52 % des familles sans mode de garde ayant besoin d'un mode de garde indiquent qu'il est difficile de trouver un mode de garde, 50 % indiquent que le coût est trop élevé, 28 % l'absence d'offre(s) à proximité et 20 % indiquent ne pas savoir où rechercher l'information.

2.4 Une offre de prévention en direction des familles et des jeunes diversifiée

2.4.1 Une activité de planification familiale relativement soutenue mais une forte diminution du nombre d'interventions collectives entre 2009 et 2013

La Saône-et-Loire compte 7 points de consultation de planification familiale (à Paray, Montceau, Le Creusot, Autun, Mâcon, Chalon et Louhans). Cette activité est assurée par le Conseil général en gestion directe pour les centres de planification familiale de Louhans, Chalon et Autun. Dans les centres de Montceau-les-Mines, Le Creusot et Paray-le-Monial, l'activité est confiée au milieu hospitalier et à Mâcon, l'activité est réalisée par une association à but non lucratif.

Au total, 1 965 séances de consultations de planification familiale ont été réalisées en 2012¹⁷ en Saône-et-Loire. Près de la moitié des consultations (49 %) a été réalisée dans 2 centres : à Paray-le-Monial (28 %) et à Chalon-sur-Saône (21 %).

Ces séances de consultation ont donné lieu à 3 522 examens cliniques qui ont été réalisés par un médecin ou une sage-femme.

La part de mineurs parmi les usagers des centres est très variable selon les lieux : de plus de 70 % dans les centres du Creusot et d'Autun contre moins de 20 % dans le centre de Paray.

La planification familiale en 2012

	Nombre de séances de consultation de planification familiale	Nombre d'examens cliniques (médecins ou sage-femme) dans le cadre des séances	Nombre d'usagers de moins de 18 ans	
			Total	%
Paray	544	702	460	18,7%
Montceau	251	615	86	33,6%
Le Creusot	148	258	172	71,7%
Autun	85	78	133	71,5%
Mâcon	360	603	221	41,6%
Chalon	422	1 195	376	41,3%
Louhans	155	71	28	37,8%
Saône-et-Loire	1 965	3 522		

Source : PMI 71

Par ailleurs, **3 702 entretiens de conseil conjugal** ont été réalisés en 2012¹⁸ (très majoritairement dans le centre de Paray : 2 112 entretiens).

¹⁷ 1 903 en 2013

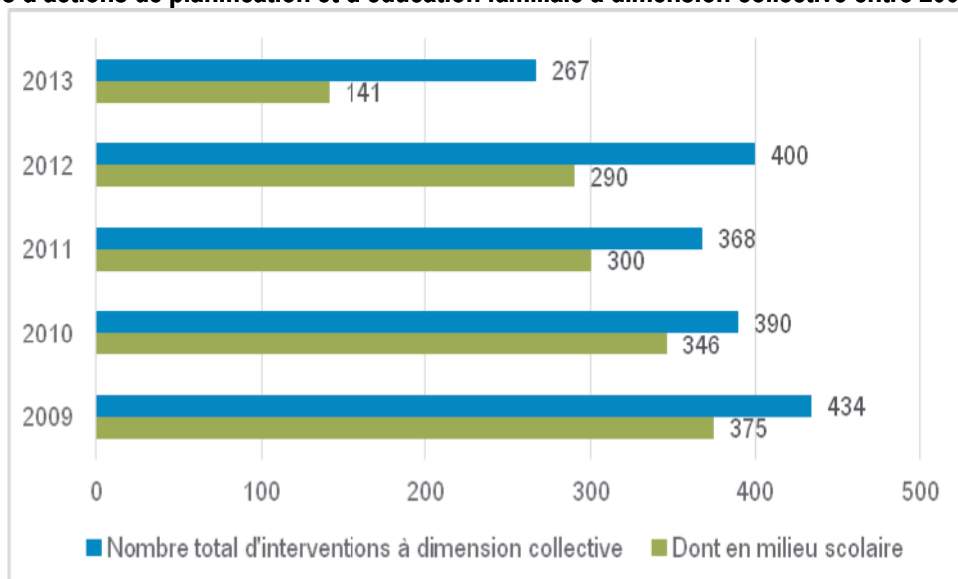
¹⁸ 3 510 en 2013

L'expression des professionnels

Les professionnels de PMI rencontrés en entretiens regrettent que, dans certains centres de planification familiale, les jeunes ne constituent pas le public prioritaire. Ils constatent également que le département exerce peu de contrôle sur ces activités déléguées.

Entre 2009 et 2013, le nombre d'interventions collectives a diminué de 38 % (de 434 interventions collectives en 2009 à 267 interventions en 2013). De même, le nombre d'interventions collectives en milieu scolaire a diminué de 62 % (de 375 interventions en 2009 à 141 en 2013).

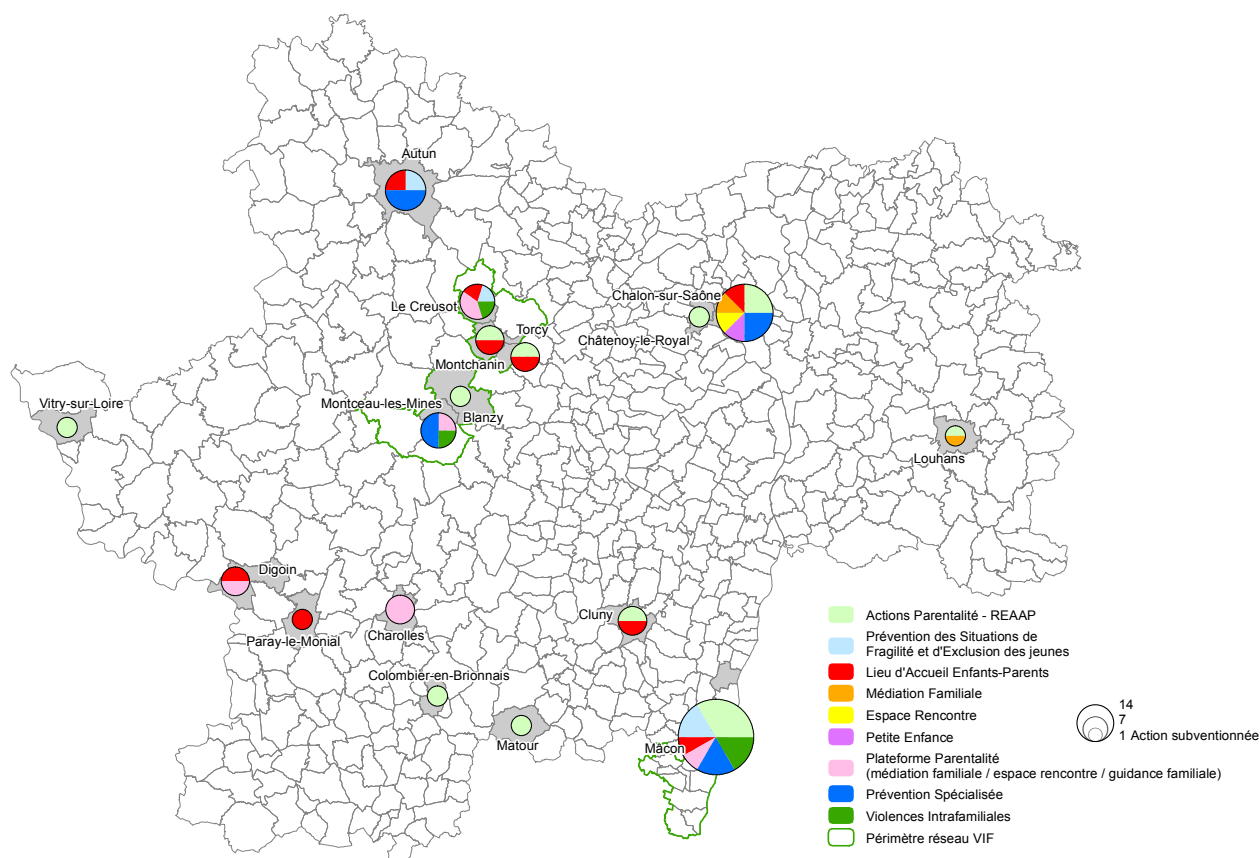
Séances d'actions de planification et d'éducation familiale à dimension collective entre 2009 et 2013



Source : Enquêtes PMI, Drees

2.4.2 Un nombre important de dispositifs et d'actions de soutien à la parentalité répartis sur le territoire départemental

Actions de développement de la prévention globale portées par le service Coordination et Développement de la Prévention

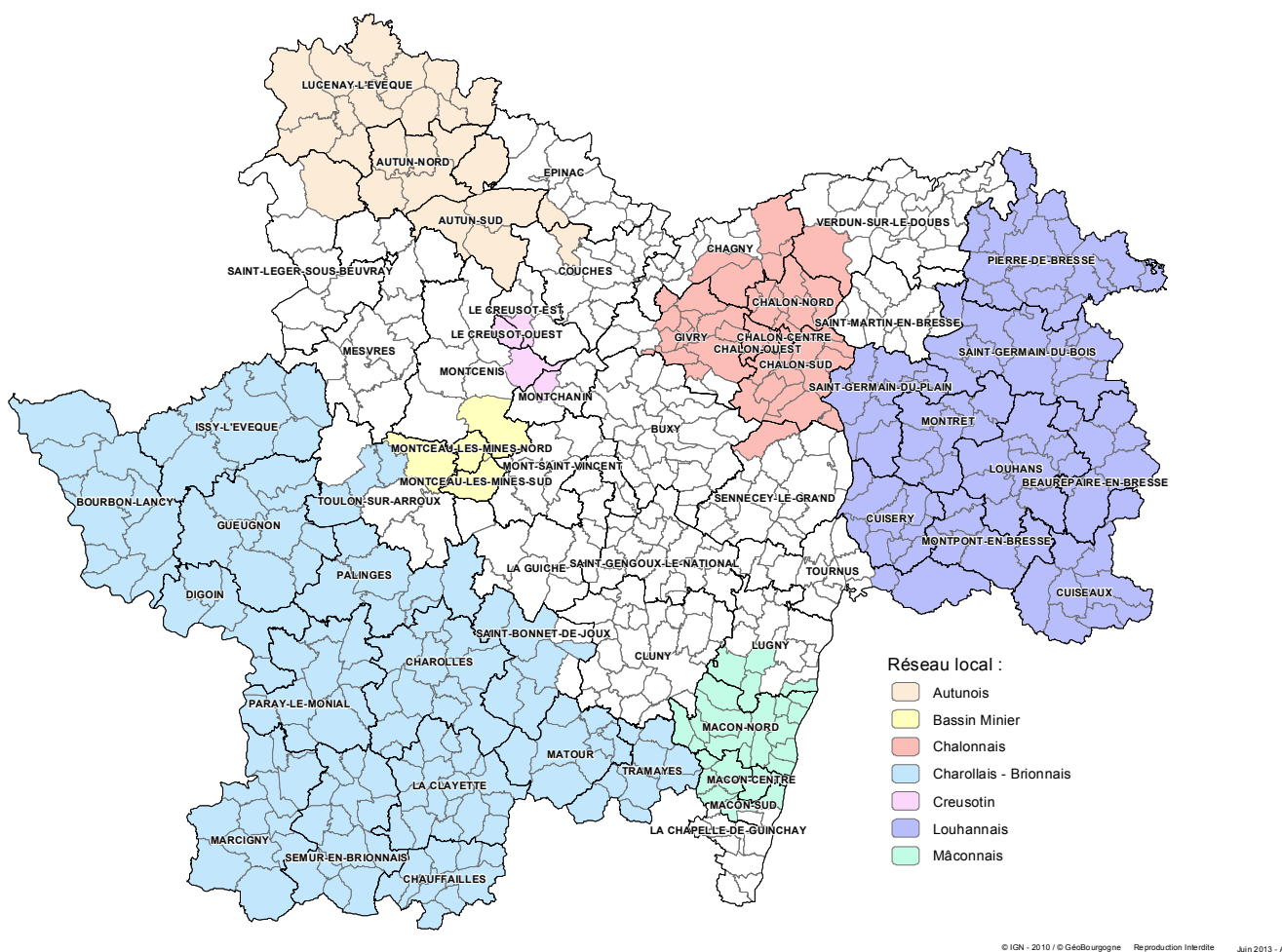


NB : A ces dispositifs, s'ajoutent les services de médiation familiale de la CAF (Digoin, Gueugnon, Autun)

Les actions de soutien à la parentalité mises en place dans le cadre du Reaap

Le réseau d'écoute, d'appui et d'accompagnement des parents (Reaap) est animé par une coordinatrice dont le poste est financé par la CAF et le Conseil général. Le Reaap est co-piloté par la Caf, la Direction départementale de la Cohésion Sociale (DDCS), le Conseil général, associant également la Mutualité Sociale Agricole (MSA), l'Education nationale et la Protection judiciaire de la jeunesse.

Le réseau est structuré en un Reaap départemental et sept comités locaux (Autunois, Le Creusot Torcy Montchanin, Chalonnais, Louhannais, Mâconnais, Charollais Brionnais et Bassin Minier : Montceau St-Vallier Blanzay Sanvignes).



En termes d'actions pour et avec les parents, le Reaap a financé en 2012 :

- 17 actions parents-enfants qui ont comptabilisé 2 302 participants ;
- 10 groupes de parole / groupes d'échange qui ont rassemblé 285 participants ;
- 6 groupes d'activité de parents qui ont réuni 96 participants ;
- 2 groupes de réflexion / recherche / formation qui ont enregistré 27 participants.

Les actions financées par le Reaap se répartissent de manière égale dans les 4 territoires. Ainsi, en 2013, 39 actions ont été financées dont :

- 11 sur le territoire de Mâcon, Cluny, Tournus
- 10 sur le territoire d'Autun, Montceau, Le Creusot
- 9 sur le territoire de Chalon Louhans
- 9 sur le territoire de Paray Charolles

Le Reaap diffuse également une lettre d'information (PARENThèse)¹⁹ deux fois par an en direction des familles.

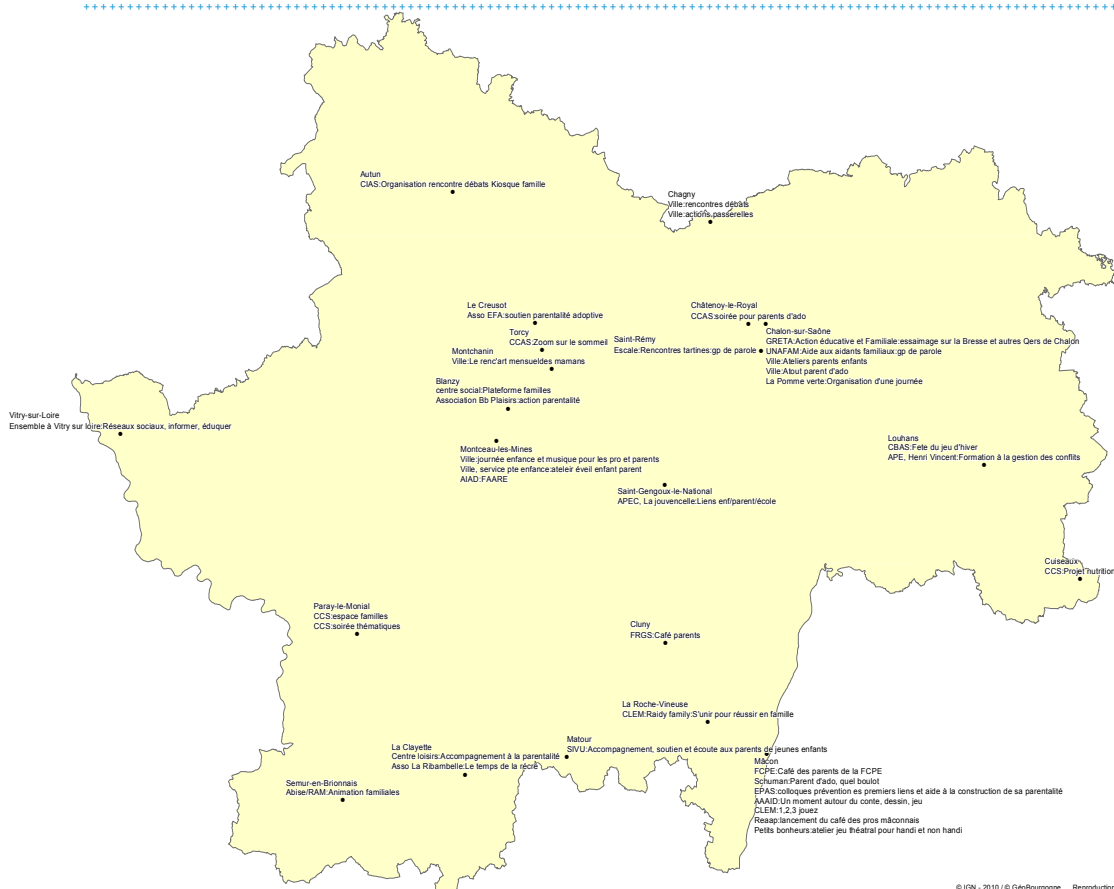
Enfin, le Reaap organise des journées thématiques de formation / information en direction des professionnels avec l'intervention de spécialistes. Depuis 2010, 4 thèmes ont été traités :

- 2010 : Faire réseau : réunir les conditions de la réussite
- 2011 : Parents acteurs, parents-ressources, témoignages de collaboration avec des professionnels

¹⁹Cette lettre d'information est diffusée dans de nombreux lieux d'accueil du département : bibliothèques, relais d'assistants maternels, PMI, Caf, etc.

- 2012 : Professionnels et parents : de l'aide à la parentalité à la co-éducation
- 2013 : Accompagnement des jeunes dans l'utilisation des nouvelles technologies
- 2013 : Accueil de l'enfant en situation de handicap et de sa famille au quotidien

ACTIONS DEPOSEES DANS LE CADRE DE L'APPEL A PROJET REAAP 2013



© IGN - 2010 / © GeoBourgogne Reproduction Interdite Février 2014 - AM405

Les lieux d'accueil enfants parents

Par ailleurs, en 2010, la Saône-et-Loire disposait de 9 lieux d'accueil enfants parents :

- Autun : 1.2.3. Soleil ;
- Chalon : La Pom' Ouverte ;
- Digoin : Les Abeilles ;
- Le Creusot : Chat Perché ;
- Mâcon : Patapon ;
- Montceau : Papillon Vole ;
- Paray : A Petit Pas ;
- Saint-Marcel : Petits Pas Grand Pas ;
- Torcy : La Courte Echelle.

Les points info famille

De plus le département compte 5 points info famille labellisés à :

- Autun ;
- Gueugnon ;
- Matour ;
- Saint-Rémy ;
- Semur-en-Brionnais.

Les plateformes parentalités

Par ailleurs, le département compte 5 plateformes parentalité dédiées aux familles : l'ERSP²⁰ et la Maison des parents au Creusot, la MAPEFF à Digoin, Instants de famille à Macon et l'AMARRE à Charolles. Ces plateformes sont co-financées par le Conseil général, la CAF et, pour certaines, par les communes où elles sont implantées.

Enfin, il existe dans les centres sociaux du département, des **animateurs familles** qui développent des actions de prévention en direction des familles vivant dans les quartiers où ils sont implantés. Ces postes sont financés par la CAF.

Le dispositif EPICEA (Equipes de prévention et d'information collective pour l'enfance et l'adolescence)

Dans chaque TAS, une équipe de prévention et d'information collective mène différents types d'interventions : actions de sensibilisation, d'information et de prévention à dimension collective, développement social local, travail partenarial.

Les équipes couvrent l'ensemble du département. Les actions sont menées en direction des enfants (savoir identifier une situation de danger, connaître leurs droits et devoirs...) et des adultes (connaissance des enjeux et de dispositifs de prévention et de protection de l'enfance, travail en réseau...) grâce à différents supports et outils (vidéos, mises en situation, jeux...). Les actions collectives sont organisées dans différents lieux (écoles, centres sociaux...) à la demande des gestionnaires des structures.

L'expression des professionnels

Les professionnels rencontrés en entretien regrettent que certains dispositifs d'information en direction des familles et de soutien à la parentalité comme ceux portés par l'ERSP soient ciblés sur certains territoires et non accessibles pour les familles venant des territoires voisins.

Par ailleurs, en ce qui concerne le Reaap, les professionnels rencontrés se disent satisfaits de son fonctionnement mais certains estiment que les modalités de pilotage et d'animation sont trop lourdes et complexes (beaucoup d'instances²¹ notamment) et gagneraient à être simplifiées afin d'en accroître leur efficacité. Enfin, certains ont indiqué que les actions mises en place dans le cadre du Reaap ont souvent lieu dans les agglomérations et ne sont pas toujours aisément accessibles pour les familles qui vivent dans les communes rurales.

2.4.3 Plusieurs dispositifs en lien avec la scolarité

Outre les CLAS²² et les PRE²³ qui existent dans les principales agglomérations, 4 **dispositifs relais de socialisation et d'apprentissage** pour les enfants scolarisés en collège (de la classe de 6^{ème} à la classe de 3^{ème}) sont implantés depuis 15 ans, dans le département.

Ce dispositif fonctionne grâce à un partenariat entre l'Education nationale, la PJJ, le Conseil général et les communes (des fonds nationaux et européens sont mobilisés pour le financement).

Ces relais apportent des réponses souples à des enfants en grande difficulté scolaire avec des problèmes familiaux, des difficultés relationnelles, sous la forme d'une remédiation scolaire sans désengager le collège d'origine. Ils sont localisés dans des lieux neutres, en dehors de l'école, et fonctionnent avec des enseignants de l'Education nationale détachés et un temps d'éducateur PJJ.

Au total, une centaine d'enfants bénéficient de ce dispositif chaque année, sous forme de petits groupes.

Enfin, les **internats scolaires** sont également utilisés dans le cadre de la prévention (lutter contre l'échec scolaires, apaiser des situations familiales tendues ou compliquées...).

Enfin les **internats scolaires** (pour la plupart relevant d'établissements privés sous contrat) et les **maisons familiales rurales** (MFR) sont également utilisés (souvent dans le cadre de mesures d'AED ou d'AEMO) pour répondre à des situations familiales complexes ou tendues (parfois même en alternative à un placement) ou pour réinscrire des jeunes en situation d'échec ou de rupture scolaire dans un parcours de formation.

En 2013, près de 6% des aides financières accordées par le Département au titre de l'ASE concernaient des frais d'internat.

²⁰ Espace ressources pour le soutien à la parentalité

²¹ Comités techniques, comité de pilotage, comité de financement

²² Contrat local d'accompagnement à la scolarité

²³ Programme de réussite éducative

2.4.4 Un bon réseau de lutte contre les violences intrafamiliales

Un protocole de traitement des violences au sein de la famille articule les différentes interventions auprès des femmes victimes de violences conjugales avec ou sans enfants, depuis le dépôt de plainte jusqu'aux accompagnements socio et médico-sociaux et à l'hébergement. Ce protocole a été signé par le Conseil général, le Préfet, les Tribunaux, la PJJ, la Direction départementale de la sécurité publique, la Gendarmerie, l'association des Maires de Saône-et-Loire, la Caf, les Centres Hospitaliers, l'Ordre des avocats, l'Ordre des médecins, le Mouvement Français pour le Planning familial, l'Association de médication et d'aide aux victimes d'infractions pénales et le Centre d'information des droits des femmes et des familles en 2009.

De plus, les réseaux de lutte contre les violences intrafamiliales (**réseaux VIF**) ont pour mission de favoriser le travail partenarial et d'apporter un soutien technique aux maires des communes dans leur mission de protection des populations. Ces réseaux sont composés du Conseil général, de représentants de l'Etat (Préfet, Education nationale, Direction départementale de la sécurité publique, Gendarmerie), de l'Opac Saône-et Loire, de la Caf, des représentants associatifs et des CISP (Conseils intercommunaux de sécurité et de prévention de la délinquance) des communautés de communes du Mâconnais-Beaujolais, de Montceau-les-Mines et du Creusot.

L'expression des professionnels

Selon les professionnels rencontrés en entretiens le dispositif VIF est particulièrement intéressant car il permet d'assurer un bon maillage sur le territoire (via les réseaux locaux) et permet un travail de coordination partenariale efficient dans le domaine de la lutte contre les violences intrafamiliales.

2.4.5 La prévention spécialisée : un dispositif qui s'est structuré lors du précédent schéma

La prévention spécialisée existe depuis les années 1990 dans le département. En 2009, un cahier des charges a été élaboré. Il définit les principes, les objectifs stratégiques, les finalités, les instances et les partenariats à mettre en œuvre. Le Comité de pilotage départemental piloté par la Direction Enfance-Familles du Conseil général et de comités locaux portés par les communes en lien avec les territoires d'action sociale (TAS) a été mis en place en 2010.

Le Conseil général de Saône-et-Loire a délégué la mission de prévention spécialisée à l'association Sauvegarde 71. Dans le cadre de quatre conventions tripartites signées entre le Conseil général, l'association et chaque collectivité locale, la prévention spécialisée couvre quatre villes²⁴ :

- Autun (3 professionnels socio éducatifs) ;
- Chalon (5 professionnels socio éducatifs) ;
- Mâcon (3 professionnels socio éducatifs) ;
- Montceau (3 professionnels socio éducatifs).

Les actions de prévention spécialisée s'adressent aux jeunes de 11 à 21 ans en situation de danger de marginalisation. Elles s'articulent autour de différentes missions :

- Présence sociale et travail de rue ;
- Permanences d'accueil ;
- Accompagnement éducatif et social, individuel et collectif.

En 2012, 377 jeunes ont été accompagnés de façon individuelle, dont 66 % de garçons et 107 actions collectives ont été menées dont 12 chantiers.

Le service de prévention spécialisée compte 16 ETP dont 14 ETP éducatifs.

Le bilan 2012 de la prévention spécialisée

	Accompagnements individuels	
Secteur d'Autun	49	23 (dont 5 chantiers)
Secteur de Chalon	160	55 (dont 4 chantiers)
Secteur de Mâcon	63	5 (dont 1 action familiale)
Secteur de Montceau	65	24 (dont 3 chantiers)
Total	337	107

Source : Conseil général 71

L'expression des professionnels

Selon les professionnels rencontrés en entretien, l'élaboration du cahier des charges départemental en 2010 et la mise en place des instances de pilotage (comité départemental et comités locaux) ont permis d'améliorer le fonctionnement de la prévention spécialisée.

Certains professionnels souhaiteraient toutefois un renforcement du rôle du Conseil général en tant que pilote de la prévention spécialisée ainsi que la mise en place d'outils d'évaluation et de suivi de la prévention spécialisée au niveau départemental. Enfin, certains regrettent également l'absence d'équipes de prévention spécialisée sur le TAS de Paray-Charolles (notamment sur le secteur de Gueugnon).

Par ailleurs, les professionnels du Conseil général qui ont répondu au questionnaire en ligne sont 53 % à estimer que l'action du précédent schéma visant à faire évoluer la prévention spécialisée n'a pas été mise en place. Ils sont également 56 % à considérer que l'offre actuelle en matière de prévention spécialisée, son adéquation par rapport aux besoins, l'accès au service et la qualité du service rendu ne sont pas satisfaisantes.

2.4.6 La prévention des situations de fragilité et d'exclusion des jeunes adultes

Au titre des missions de la Direction de l'insertion et du logement social, le Conseil général a signé une convention financière avec l'**association AGIRE** (Association Agir pour l'Insertion, la Réussite et l'Emploi) qui mène une action pour les jeunes parents bénéficiaires du RSA socle, sur le territoire du Creusot et de Montceau (en lien avec les CLI, commissions locales d'insertion) : groupes de paroles, information des usagers sur les structures socio-éducatives, familiales et culturelles existants sur leur territoire (approche collective et suivi individuel). Cette action complète, sur ces territoires, les actions d'insertion menées par l'association.

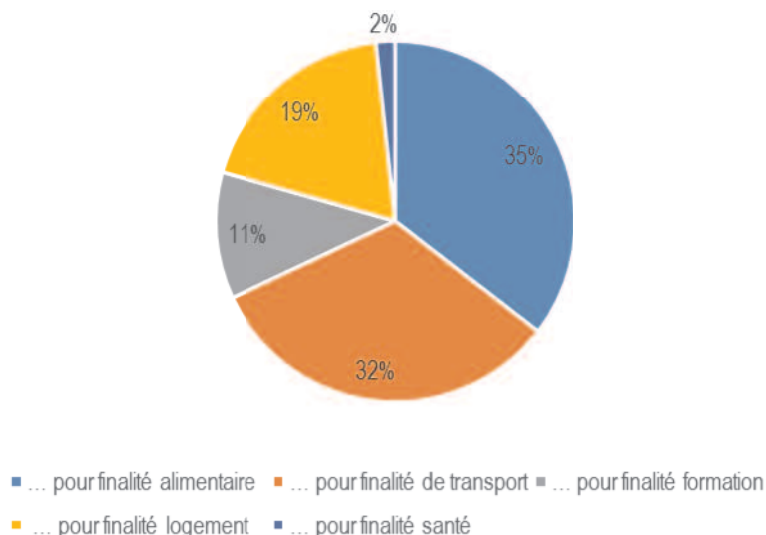
De plus, le Conseil général (Direction de l'insertion et du logement social) a signé une convention financière avec la Mission locale de l'Autunois pour l'action « **Atelier jeunes parents** » réalisée en direction de 12 jeunes parents de 18 à 25 ans (dont 10 bénéficiaires minimum du RSA socle), en lien avec l'espace Mamans-Bébés d'Autun porté par la Croix Rouge. L'accompagnement de ces jeunes parents est proposé sous forme d'ateliers collectifs thématiques (2 fois par mois) avec l'intervention de partenaires : Caf, Reaap...

Le **fonds d'aide aux jeunes** (FAJ), créé en 1989, est destiné à aider financièrement les jeunes de moins de 25 ans qui connaissent des difficultés et qui ne sont pas bénéficiaires du RSA.

La mise en place du FAJ dans les départements est obligatoire depuis 1992. Depuis 2005 le Conseil général assure la gestion et le financement du fonds. Le FAJ attribue des aides financières ponctuelles et/ou des prestations d'accompagnement social.

En 2011, 1 352 aides du FAJ ont été attribuées en Saône-et-Loire pour un montant total de 276 360 € soit un montant moyen de 204 € par aide. 35 % des aides ont été attribuées pour finalité alimentaire.

Répartition des aides du FAJ attribuées en 2011 par finalité



Source : Drees, enquête FAJ 2011

En 2012, 1 523 aides ont été accordées au titre du FAJ en Saône-et-Loire.

Le département de la Saône-et-Loire compte **5 Centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS)** :

- Le Pont à Macon ;
- La Croisée des Chemins à Chalon ;
- La Résidence l'Ecluse à Chalon ;
- Moissons Nouvelles au Creusot ;
- CHRS du Creusot.

De plus, la Saône-et-Loire compte **6 foyers de jeunes travailleurs** :

- Un Foyer de jeunes travailleurs à Louhans
- La résidence Chalon jeunes 2000 à Chalon ;
- Un Foyer de jeunes travailleurs à Paray-le-Monial ;
- Un Foyer de jeunes travailleurs au Creusot ;
- Un foyer de jeunes travailleurs à Autun ;
- Un foyer de jeunes travailleurs à Montceau.

2.4.7 Une volonté de développement des actions de prévention en matière de santé

Dans le cadre du projet régional de santé (PRS), l'Agence Régionale de Santé (ARS) de Bourgogne privilégie une approche par parcours. Huit parcours ont été identifiés, il a été retenu le parcours de santé des adolescents et des jeunes adultes. Les quatre Conseils généraux de la région sont invités à participer au comité de pilotage pour définir les points de rupture dans ce parcours, un plan d'action et de s'assurer du suivi et de l'évaluation des actions mises en place.

Parmi ces actions, a été créé le Pass Santé Jeunes (PSJ). Le PSJ accessible sous <http://pass-santejeunes-bourgogne.org> a été déployé en 2013 sur le Pays Autunois Morvan. Dans la perspective de permettre à de nouveaux partenaires et de nouveaux jeunes de connaître et devenir partie prenante de ce projet, l'ARS de Bourgogne souhaite à partir de septembre 2014 décliner le PSJ en Saône-et-Loire sur le territoire du Grand Chalon et à terme sur l'ensemble du département.

Par ailleurs, l'ARS poursuit dans le département sa démarche de territorialisation des actions de santé (en lien avec les territoires de proximité, pays et intercommunalités). Dans ce cadre, 2 contrats locaux de santé (CLS) sont signés et d'autres en cours d'élaboration. Ces contrats permettent en particulier de développer une politique de prévention en direction des jeunes. Le Conseil général sera signataire par avenant du CLS du pays Brionnais

Charolais et du Grand Chalon. L'ARS apporte également son soutien financier aux associations et aux maisons de santé pluridisciplinaires (MSP) chargées de mener des actions de prévention et de promotion de la santé.

Enfin, le Département soutient financièrement d'autres actions dans ce domaine par différents partenaires associatifs (IREPS, SDIT et ANPAA : lutte contre les addictions ; la Croix Rouge ; le Planning familial ; la Maison des parents en Bourgogne ; Aides...).

2.5 Ce qui a évolué en matière de prévention depuis la mise en œuvre du précédent schéma

Le schéma département de l'Enfance et des Familles 2007-2012 avait identifié, parmi les 5 axes stratégiques, 2 axes spécifiques concernant les actions de prévention globale et de droit commun.

L'axe 1 visait à mieux articuler la vie sociale, la vie familiale et la vie professionnelle et l'axe 2 visait à mettre en place une stratégie de prévention globale.

Selon les personnes interrogées via les questionnaires en ligne (professionnels du Conseil général et responsables des établissements et services concourant à la prévention et à la protection de l'enfance), ces deux axes ont particulièrement bien été mis en œuvre (voir analyse détaillée en annexe).

2.5.1 Des évolutions importantes impulsées dans le cadre de la CoDAJE en ce qui concerne la petite enfance

L'information en direction des professionnels a été améliorée

Une Charte des relais assistants maternels (RAM) a été mise en place en 2008 et le réseau des responsables de RAM participe à des réunions annuelles d'information depuis 2012 (animées et organisées par le Conseil général et la CAF)

Par ailleurs, un bulletin d'information « Echo des assistantes maternelles », co-édité par la Caf et le Conseil général, est diffusé 2 fois par an à tous les assistants maternels du département. Chaque bulletin est accessible sur le site internet du Département.

Le réseau des RAM et les supports d'information des assistants maternels ont contribué au renforcement de leur professionnalisation (diffusion d'outils de travail, valorisation de la formation continue...)

En ce qui concerne l'accueil collectif, une réunion annuelle est prévue depuis 2013 avec tous les responsables d'établissements d'accueil du jeune enfant.

L'information en direction des familles a progressé

Le site internet de la Caf, « mon enfant.fr », regroupe toutes les informations nécessaires aux parents en ce qui concerne l'accueil du jeune enfant. Il a été mis en place en juin 2009, avec la contribution du Département.

La création de structures et de dispositifs innovants a été soutenue

Le dispositif DOM'POUCE (garde à domicile gérée par l'association l'ACAÏD) propose, sur l'agglomération chalonnaise, une offre complémentaire à l'offre d'accueil existante et adaptée aux horaires et aux besoins atypiques (avec une participation financière des parents modulée en fonction des ressources).

Le dispositif GERE (Garde d'Enfant Relais Emploi) propose, sur l'agglomération chalonnaise, un service de coordination autour de l'accueil de la petite enfance destinée à accompagner les familles en reprise d'emploi et/ou de formation professionnelle.

Le développement des micro-crèches est également encouragé, notamment dans le cadre des appels à projets.

Le projet de création d'un observatoire départemental de l'accueil de la petite enfance et l'approfondissement du travail partenarial entre les institutions membres de la CoDAJE

La mise en place d'un observatoire départemental de l'accueil de la petite enfance co-piloté par la CAF et le Conseil général est en cours. La création de cet observatoire viendra renforcer le travail partenarial qui fonctionne actuellement bien entre le Conseil général et la Caf (et la MSA), notamment dans le cadre de la CoDAJE.

2.5.2 Le développement des actions de soutien à la parentalité

Le groupe de travail mis en place dans le cadre du schéma a permis la création, en 2008, d'un appel à projets « Accompagnement et soutien à la parentalité » ; 28 projets ont été validés dont 2 actions structurantes (Instant de famille et la maison de l'enfance de DIGOIN) pour un montant total de 346 691€ cette même année.

En 2009, l'appel à projets et son cahier des charges ont constitué la référence départementale sur ce champ. Cet appel à projets donné lieu au subventionnement de 13 actions innovantes et une action structurante.

A partir de 2010, les appels à projets n'ont pas été renouvelés mais le Conseil général a développé son rôle d'expertise technique et de soutien financier.

Ainsi, le Département, en partenariat avec la CAF et les communes ou intercommunalités, soutient des actions structurantes et pérennes :

- La Plateforme de la parentalité qui travaille sur la guidance parentale, la médiation familiale, l'exercice des droits de visite (Instant de famille à Mâcon, EICM Médiation à Charolles, ERSP, en 2013 la maison de la parentalité du Creusot), Médiation familiale, Espace rencontre (lieu de visite médiatisée parents / enfants)
- Les Lieux d'accueil enfants parents (9 LAEP ont été financés par le Département en 2013)
- Des Actions pérennes à destination des familles (Dom' pouce, Flame, GERE, les actions REAAP)
- Des Actions de prévention des situations de fragilités et d'exclusion des jeunes (mission locale du Creusot).

2.5.3 L'évolution du positionnement et du fonctionnement de la prévention spécialisée

Le groupe de travail mis en place dans le cadre du schéma a rédigé en 2010 un cahier des charges de la prévention spécialisée avec pour objectifs de :

- redéfinir les missions de la prévention spécialisée dans le cadre d'une politique enfance – familles,
- proposer des actions territoriales de proximité,
- concrétiser les nouvelles dimensions de l'action de prévention dans des dispositifs conventionnels en lien avec les villes, les intercommunalités,
- revisiter les conventions avec les mairies.

En 2011, une nouvelle organisation a ainsi été mise en place avec notamment :

- Des conventions tripartites entre le Conseil général, la Sauvegarde et les villes d'Autun, Chalon-sur-Saône, Montceau-les-Mines, et Mâcon
- L'installation des nouvelles instances :
 - o le comité de pilotage départemental
 - o les comités locaux et techniques sur les territoires

Depuis lors, chaque année, un bilan d'activité est réalisé par l'association gestionnaire et une lettre de mission est établie pour chacun des sites (lieux d'intervention, public, actions prioritaires).

2.6 L'expression des professionnels et ce qu'il faut retenir de la prévention globale et de droit commun

L'offre d'accompagnement et de prévention en direction des futurs parents :

Les principaux constats

Le service de PMI du département de la Saône-et-Loire réalise moins de visites à domicile pré et post natales en 2012 qu'en 2009 mais accompagne plus de femmes en situation de vulnérabilité médico-psycho-sociale.

Dans le même temps, le nombre d'entretiens prénataux précoces a augmenté de façon significative sur cette même période.

Le nombre d'actions collectives a augmenté entre 2009 et 2012 mais le nombre d'actions collectives de préparation à la naissance a diminué.

L'expression des professionnels

Selon les professionnels qui se sont exprimés au-travers des questionnaires en ligne, les actions menées²⁵ par le service de PMI dans le cadre de la périnatalité (dont la préparation à la naissance, l'entretien prénatal précoce) sont très majoritairement satisfaisantes.

L'offre de prévention en direction des jeunes enfants :

Les principaux constats

Le taux d'enfants vus en consultation infantile reste satisfaisant en dépit de la diminution du nombre de séances de consultation offertes entre 2009 et 2012.

Entre 2009 et 2012, le nombre de visites à domicile et le nombre d'enfants ayant bénéficié d'au moins une visite a diminué.

Plus de 85 % des enfants de 3 à 4 ans ont bénéficié d'un bilan de santé en école maternelle en 2012.

L'expression des professionnels

Selon les professionnels qui se sont exprimés au-travers des questionnaires en ligne, les actions de prévention en direction des jeunes enfants²⁶ (les interventions et accompagnements réalisés par les puéricultrices de PMI, les consultations réalisées dans les centres de PMI, les bilans de santé en école maternelle) sont très majoritairement satisfaisantes.

L'offre d'accueil de la petite enfance

Les principaux constats

En comparaison avec la moyenne nationale, le département dispose d'un taux d'équipement important en ce qui concerne l'accueil de la petite enfance. Toutefois, cette capacité globale repose très majoritairement sur l'accueil individuel ; le taux d'équipement en accueil collectif étant, en Saône-et-Loire, inférieur de plus de 4 points à la moyenne nationale (11,5 places pour 100 enfants de moins de 3 ans contre 15,7 places en moyenne au niveau national).

Par ailleurs, l'offre globale est en progression (+ 8 % entre 2009 et 2012).

Les familles qui bénéficient d'un ou de plusieurs modes de garde dans le département en sont globalement satisfaites. Elles se disent globalement bien informées.

L'expression des professionnels

Selon les professionnels qui se sont exprimés au-travers des questionnaires en ligne, l'adéquation entre l'offre et la demande des familles est plutôt satisfaisante en ce qui concerne l'accueil individuel, l'accueil périscolaire et les structures d'accueil de loisirs (ALSH) mais elle ne l'est pas pour l'accueil collectif. De même, l'accessibilité des modes d'accueil de la petite enfance, en particulier pour les familles ayant des besoins spécifiques (handicap, horaires de travail atypiques, parcours d'insertion...) est jugée insatisfaisante.

D'après les professionnels rencontrés en entretien, il importe de poursuivre les efforts en matière de développement de l'accueil collectif, en particulier dans les secteurs où l'offre est limitée par rapport aux besoins. La Caf et le Conseil général sont en train d'établir un état des lieux détaillé afin de mieux repérer les territoires prioritaires. Dans ce domaine, la collaboration entre la PMI et la CAF semble particulièrement bien fonctionner.

Il importe également d'encourager les élus locaux à se saisir des problématiques liées à l'accueil de la petite

²⁵ Niveau de l'offre, son adéquation par rapport aux besoins, son accessibilité et la qualité du service rendu

²⁶ Niveau de l'offre, son adéquation par rapport aux besoins, son accessibilité et la qualité du service rendu

enfance, notamment dans le cadre de la coopération intercommunale. Enfin, dans le contexte budgétaire actuel, pour toutes les institutions, il est nécessaire, selon plusieurs professionnels rencontrés, de veiller à ne pas éparpiller les financements et, au contraire, de les recentrer sur les dispositifs particulièrement pertinents et efficaces en termes d'offre et de réponse aux besoins des familles (notamment les besoins atypiques). Cela suppose toutefois de mieux évaluer les dispositifs (création d'outils, développement de la culture de l'évaluation).

L'offre de prévention en direction des familles et des jeunes :

Les principaux constats

Le Département compte un nombre important de dispositifs et d'actions de soutien à la parentalité. Selon les statistiques de la Caf, le département apparaît mieux doté que la moyenne nationale en ce qui concerne les LAEP et les services de médiation familiale. Les villes semblent également bien couvertes par le dispositif CLAS²⁷.

Les dispositifs de lutte contre les violences intrafamiliales sont structurés et formalisés par des conventions.

La prévention spécialisée est présente sur 4 villes.

Le nombre d'aides accordées aux jeunes de moins de 25 ans qui ne peuvent pas bénéficier du RSA dans le cadre du fonds d'aide aux jeunes a augmenté entre 2011 et 2012.

L'expression des professionnels

Selon les professionnels qui se sont exprimés au-travers des questionnaires en ligne, les dispositifs de soutien à la parentalité, les actions réalisées dans le cadre de la planification familiale ainsi que l'accompagnement et les dispositifs mis en œuvre dans le cadre du service social départemental (accompagnement social général, aides au logement, insertion...) sont majoritairement satisfaisants²⁸.

Toutefois, plusieurs professionnels rencontrés dans le cadre des entretiens regrettent que les actions de prévention en direction des familles ne soient pas toujours aisément accessibles pour les familles vivant dans les secteurs ruraux (les actions ayant principalement lieu dans les agglomérations). L'information en direction des parents pourrait également être développée (notamment en faisant évoluer le site internet du Reaap qui, actuellement, est davantage tourné vers les professionnels).

Enfin, comme dans le secteur de la petite enfance, certains professionnels souhaiteraient que les financements alloués aux dispositifs de prévention et de soutien à la parentalité reposent davantage sur les évaluations étayées afin de concentrer les moyens sur les dispositifs les plus efficaces.

Plus globalement, en matière de prévention, certains professionnels du Conseil général rencontrés dans le cadre des entretiens et interrogés via le questionnaire, regrettent de ne pas pouvoir consacrer suffisamment de temps aux actions de prévention.

Par ailleurs, certains identifient comme point fort le fait qu'un service soit dédié au développement de la prévention au sein de la Direction Enfance-Familles du Conseil général. Ce service constitue, selon ces professionnels, une porte d'entrée visible pour les usagers et pour les partenaires, auxquels le service apporte un soutien technique, notamment sur le plan du portage de projets.

Toutefois, certains professionnels souhaiteraient que le Conseil général définisse plus précisément sa politique en matière de prévention de droit commun, les objectifs poursuivis et les modalités d'articulation et de travail partenarial avec les autres acteurs intervenant en faveur des jeunes et de leur famille (DDCS, Caf, structures associatives...). Les professionnels notent cependant une progression sur cet aspect depuis le précédent schéma.

Les responsables d'établissements et services qui ont répondu au questionnaire qui les concernait ont cité majoritairement les dispositifs de prévention soutenus par le Conseil général (soutien à la parentalité dans le cadre du REAAP, prévention spécialisée...) comme l'un des 3 points forts de l'accompagnement, tous dispositifs confondus, des enfants et de leur famille dans le département.

Par ailleurs, certains professionnels rencontrés souhaiteraient que les dispositifs et les acteurs de la prévention soient davantage coordonnés afin de développer une offre plus uniforme sur les territoires (éviter les doublons et mieux couvrir les zones peu dotées), par exemple en développant des mutualisations.

Ainsi, le besoin de coordination des différents dispositifs devra être pris en compte dans les réflexions futures

²⁷ Contrat local d'accompagnement à la scolarité

²⁸ Niveau de l'offre, son adéquation par rapport aux besoins, son accessibilité et la qualité du service rendu

comme un enjeu important pour structurer davantage l'offre de prévention.

Du point de vue du Département :

L'état des lieux permet d'ores et déjà d'esquisser des perspectives :

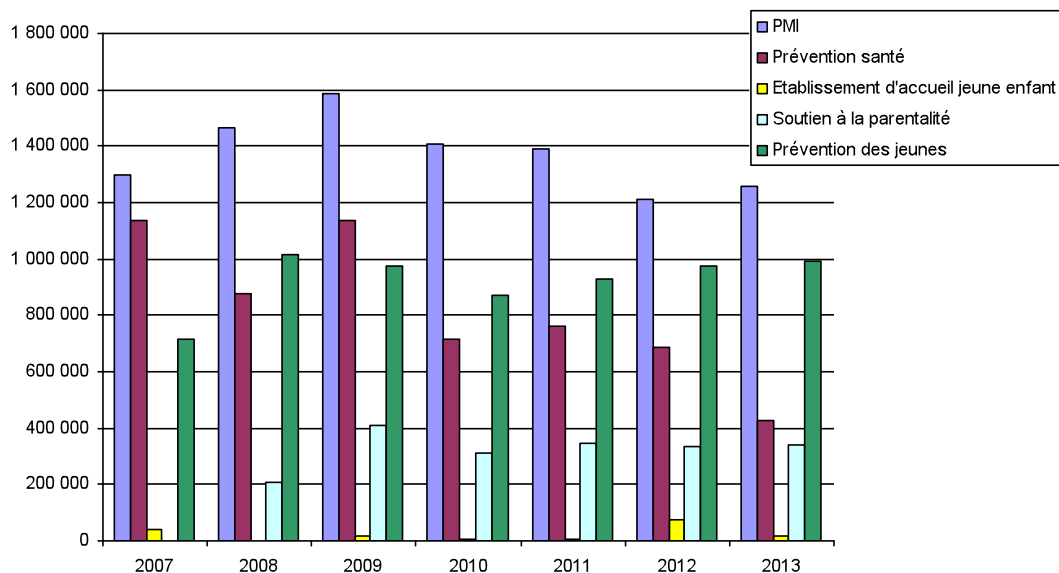
- d'une part la nécessité de consolider les interventions positivement évaluées au regard des résultats produits ou de l'analyse qu'en font les professionnels, notamment en matière de petite enfance ;
- d'autre part la volonté partagée de mieux évaluer les interventions dans les domaines de la prévention et la parentalité, dans une logique d'efficacité et d'efficience ;
- enfin, d'inscrire la prévention dans une stratégie plus globale et mieux formalisée.

Ces perspectives pourront être reprises dans le programme d'action du schéma, en résonance avec les propositions formulées par les partenaires du Département.

2.7 Les dépenses du Département en matière de « Prévention »

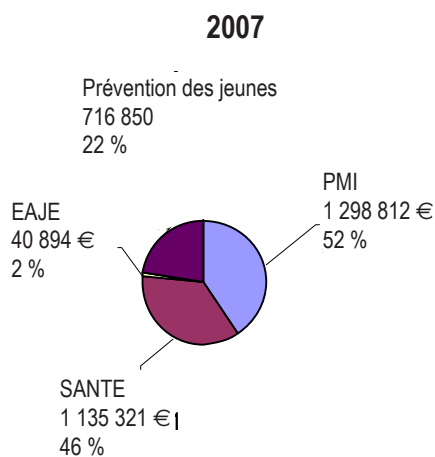
A partir du schéma précédent (2007, avec une première traduction financière en 2008), les dépenses de prévention ont connu une forte augmentation :

Dépenses ventilées du domaine prévention de 2007 à 2013 :



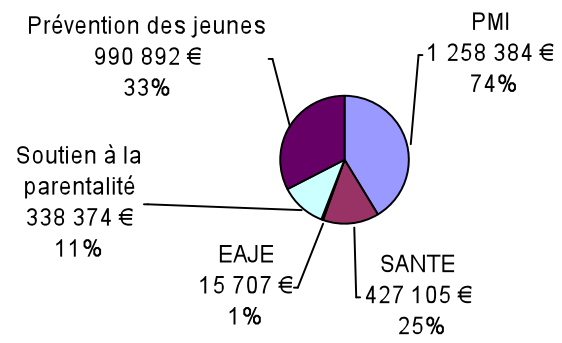
Si un tassement s'est produit en 2010 (« plan de sauvetage » du Département), la progression sur l'ensemble de la période considérée est notable en matière de prévention en direction des jeunes, et l'apparition d'un budget « parentalité » en hausse constante.

La répartition des dépenses en 2007 était la suivante :



La répartition des dépenses en 2013 est la suivante :

2013



3. Prévenir et protéger

3.1 Une structuration du dispositif de recueil et de traitement des informations préoccupantes en parallèle d'une augmentation du nombre d'informations préoccupantes depuis 2010

3.1.1 Une cellule centralisée positionnée dans le service Coordination et Développement de la Prévention de la Direction de l'Enfance et des Familles et une organisation à deux niveaux

Dans le cadre du précédent schéma, un groupe de travail spécifique a été consacré à la structuration du dispositif départemental de recueil et de traitement des informations préoccupantes. Un cahier des charges a été élaboré en 2009 et en 2010, la cellule centrale de recueil et de traitement des informations préoccupantes a été installée. Elle est positionnée au sein du service Coordination et Développement de la Prévention de la Direction de l'Enfance et des Familles ce qui constitue une spécificité départementale. En effet, le choix a été fait de rattacher cette cellule au service en charge de la prévention afin d'ancrer la volonté départementale de développer cet axe de politique publique et de favoriser, dans les réponses apportées à l'issue d'une information préoccupante, le recours aux dispositifs de droit commun et aux mesures administratives.

La cellule participe ainsi régulièrement au montage et à la mise en œuvre d'actions de prévention (en lien avec le Reaap ou encore les équipes EPICEA).

Le dispositif CRIP s'appuie sur une cellule centrale au sein de la DEF et sur les quatre Territoires d'action sociale.

Le fonctionnement départemental et territorial a été acté dans un Protocole inter partenarial signé en 2011.

Le Département a fait le choix de maintenir une double entrée pour la réception des informations préoccupantes (au niveau de la cellule et au niveau des TAS). Les informations reçues par la cellule font l'objet d'une analyse de la situation de premier niveau (pré-tri) auprès des professionnels susceptibles de connaître la situation du ou des mineurs, avant d'être, si nécessaire, évaluées sur les territoires par les professionnels des équipes médico sociales.

La cellule a également un rôle d'avis et de conseil technique :

- en direction des agents du Conseil général (SSD, PMI, ASE...) en lien avec leurs cadres,
- en direction des partenaires,
- en direction des citoyens.

Depuis la mise en place du précédent schéma, le fonctionnement du dispositif a évolué et s'est structuré. En 2011, un protocole inter-partenarial a été signé pour assurer la coordination des différents partenaires concernés par la prévention et la protection des mineurs en danger ou en risque de l'être en matière de traitement des informations préoccupantes. Cette même année, les effectifs de la cellule ont été renforcés avec la présence d'une coordinatrice CRIP, puis d'un travailleur social en 2012.

Au cours de l'année 2012, un travail de déclinaison opérationnelle des différents outils a été entrepris dans une dynamique d'animation du dispositif de coordination des différents acteurs de la protection de l'enfance (guide méthodologique à l'usage des professionnels par exemple)

Par ailleurs, des journées annuelles de réflexion partenariale (sous forme de tables rondes, d'ateliers) sont organisées par la CRIP avec des intervenants extérieurs (experts, universitaires...). Ces journées permettent de développer une culture commune de travail (le thème de l'année 2012 était le partage d'éléments à caractère secret)

Un Comité de suivi de la cellule a également été mis en place en 2013. Cette instance non obligatoire mais qui s'inscrit dans la volonté forte du Département de développer le partenariat, a pour objectifs de réguler le dispositif (un bilan annuel de l'activité de recueil et de traitement des informations préoccupantes est présenté) et d'articuler les relations entre les partenaires et les institutions.

Enfin, une « campagne de communication grand public » a été impulsée en 2012, avec la création d'une plaquette destinée aux citoyens et une plaquette destinée aux professionnels, une campagne d'affichage sur les abris bus, des articles dans la presse, des spots de sensibilisation sur des radios locales.

L'expression des professionnels

Les professionnels du Conseil général qui ont répondu au questionnaire sont majoritairement satisfaits de l'organisation du recueil et du traitement des informations préoccupantes dans le département, en particulier en ce qui concerne l'interdisciplinarité pour l'évaluation et le fonctionnement de la CRIP. Ce point de vue est également partagé par les responsables d'établissements et de services (questionnaire spécifique).

De même, une forte majorité de professionnels ayant répondu à ces deux questionnaires considèrent que la sécurisation du recueil et du traitement des informations préoccupantes a progressé depuis le précédent schéma (cela était prévu dans une action de l'axe 5²⁹ du schéma)

Pour les professionnels rencontrés en entretiens, la CRIP est désormais bien repérée par les partenaires. Selon eux, la mise en place de la CRIP apparaît être une réussite sur le plan de l'information et de la communication. En revanche, ils considèrent que la cellule ne dispose pas de suffisamment de moyens humains (2,6 ETP au total) pour mener à bien ses missions. Ils regrettent notamment que les délais de traitement des informations au niveau de la CRIP (avant transmission pour évaluation aux territoires) soient selon les périodes, parfois très longs (jusqu'à 10 jours pour débiter le traitement).

Les Parquets se disent satisfaits de la qualité des signalements (contenu de l'évaluation notamment).

Par ailleurs, certains professionnels souhaiteraient que la CRIP puisse s'appuyer sur une instance technique pluridisciplinaire formalisée (une telle instance a été mise en place en même temps que la CRIP, avec notamment des membres de la PMI et un psychologue ASEF, mais elle ne se réunit plus), incluant notamment un médecin pour assurer le respect du secret médical (consultation et analyse d'examen médicaux par exemple).

Enfin, certains professionnels indiquent que le circuit de l'information préoccupante mobilise fortement les professionnels notamment de part les volumes à traiter depuis la mise en place de la CRIP. De plus, les modalités de travail qu'elles ont engendrées avec les familles ont sensiblement modifié la posture des professionnels. Ainsi, l'augmentation du nombre d'informations préoccupantes et les besoins techniques propres au circuit d'évaluation ont amené à une structuration de certaines équipes dans les territoires qui interviennent sous la forme de temps dédié et à la création sur l'ensemble du département d'instances de soutien au niveau décisionnel (commission IP) qui relève de la responsabilité des adjoints ASEF sur les territoires.

3.1.2 Une forte augmentation du nombre d'informations préoccupantes reçues

Selon les statistiques établies par la CRIP, entre 2010 et 2012, le nombre d'informations préoccupantes (IP) reçues a augmenté de 4 % en évoluant de 1 360 IP reçues en 2010 à 1 419 IP reçues en 2012.

Entre 2011 et en 2012, le nombre d'informations préoccupantes reçues semble s'être stabilisé.

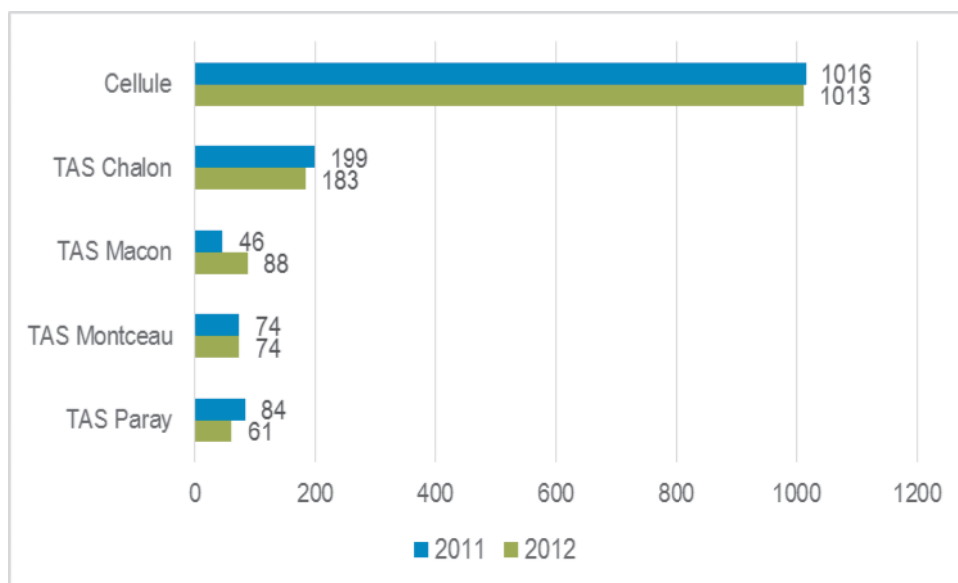
A partir de 2013, les données chiffrées sont établies à partir du logiciel Solis mis en place en janvier 2013. Ainsi, en 2013, 2 141 IP ont été traitées par le Département (CRIP+TAS), ce nombre prend en compte un nouveau périmètre qui comptabilise en IP les rapports CPE soit 416 situations. Ces données ne sont pas comparables avec celles des années antérieures.

En 2013, 57 % des IP ont été traitées par la CRIP centrale (hors rapport CPE), et 43% par les TAS (hors rapport CPE).

Le TAS de Mâcon est le seul territoire qui a connu une augmentation du nombre d'IP reçues entre 2011 et 2012.

²⁹ Renforcer l'efficacité de la mise en œuvre et du suivi du schéma

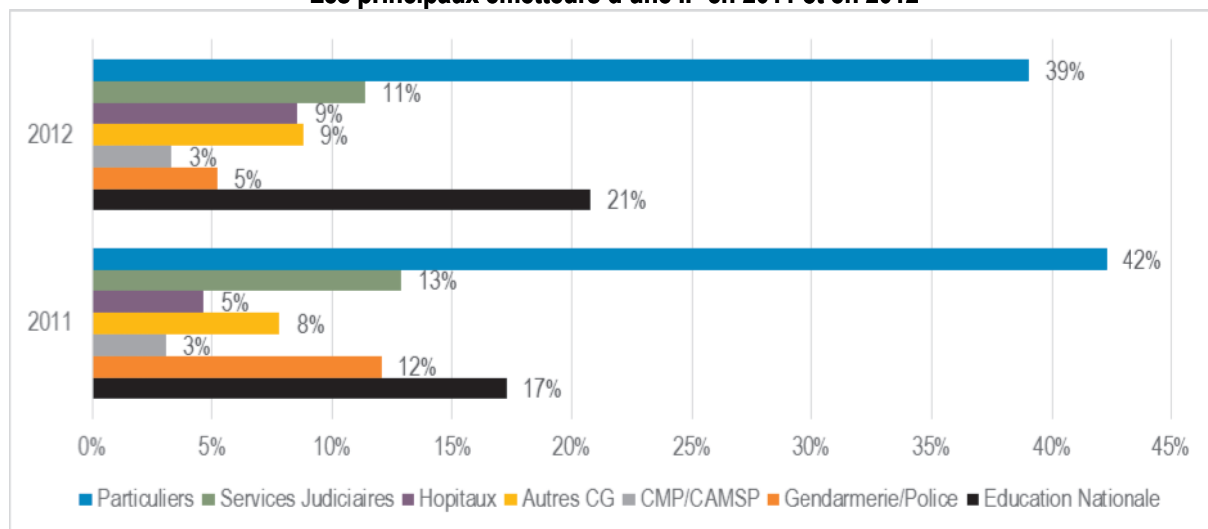
Lieu de réception des IP en 2011 et en 2012



Source : CRIP 71

En 2011 comme en 2012, les principaux émetteurs d'IP sont les particuliers (42 % en 2011 et 39 % en 2012) suivis par l'Education nationale (17 % en 2011 et 21 % en 2012) et les services judiciaires (13 % en 2011 et 11 % en 2012). Entre 2011 et 2012, la part des IP émises par les hôpitaux a augmenté de 4 points alors que la part des IP émises par la gendarmerie et la police a diminué de 7 points sur la même période.

Les principaux émetteurs d'une IP en 2011 et en 2012

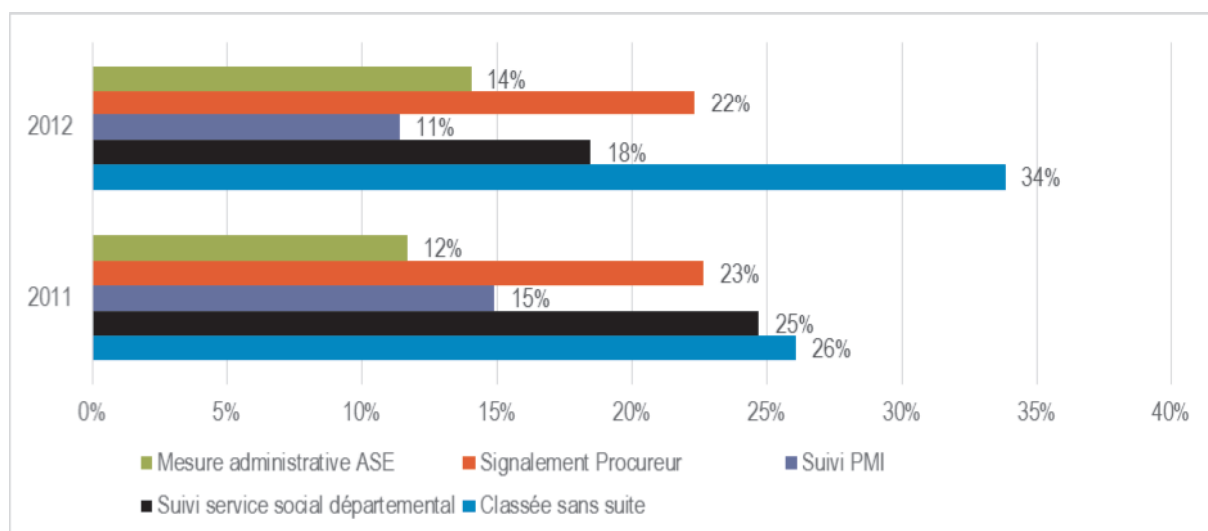


Source : CRIP 71

En 2011 et en 2012, plus de 65 % des IP reçues par la CRIP ont été transmises aux TAS pour évaluation. En 2011, 14 % des IP ont été classées sans suite contre 10 % en 2012.

Entre 2011 et 2012 la part d'IP classées sans suite après évaluation a augmenté (de 26 % en 2011 à 34 % en 2012). Dans le même temps, la part d'IP ayant donné lieu à une mesure administrative a augmenté de deux points entre 2011 et 2012. En revanche, le nombre d'IP ayant donné lieu à un suivi par la service social départemental et par la PMI a diminué de respectivement 7 et 4 points entre 2011 et 2012. La part d'IP ayant donné lieu à un signalement au procureur est restée stable : 23 % en 2011 et 22 % en 2012.

Suites données aux IP par les TAS après évaluation



Source : CRIP 71

3.2 Une augmentation du nombre de familles bénéficiaires des aides financières de l'aide sociale à l'enfance entre 2011 et 2013

Les aides financières de l'ASEF sont versées lorsque le demandeur ne dispose pas de ressources suffisantes pour assurer la santé, la sécurité, l'entretien ou l'éducation de l'enfant.

Elles ont pour but de renforcer l'autonomie matérielle de la famille.

Ainsi, les bénéficiaires peuvent être :

- la mère, le père, ou à défaut la personne qui assume la charge effective de l'enfant
- les femmes enceintes (primipares) confrontées à des difficultés médicales ou sociales et financières, lorsque leur santé ou celle de l'enfant l'exige. Cette aide peut concourir à prévenir une interruption volontaire de grossesse
- les mineurs émancipés et les majeurs de moins de 21 ans, confrontés à des difficultés sociales et éducatives susceptibles de compromettre gravement leur équilibre (article L 221-1 CASF).

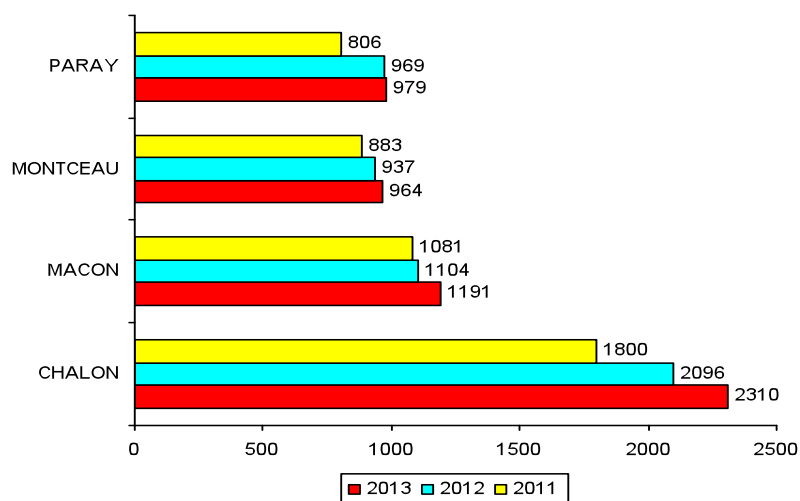
Ces aides sont versées sous forme, soit de secours exceptionnels, soit d'allocations mensuelle. Sont distingués

- les secours d'urgence, pour pallier l'extrême urgence, les besoins fondamentaux, limités en général à l'aide alimentaire.
- les secours uniques, pour rétablir le budget familial, faire face à une dépense imprévue, attendre le paiement d'une prestation légale...
- les allocations mensuelles, justifiées par un projet précis établi en collaboration avec le travailleur social et la famille. Accordées pour 6 mois maximum pour les jeunes majeurs et 1 an maximum pour les mineurs.

**Aides Financières ASEF entre 2011 et 2013
(secours, allocations mensuelles et secours d'urgence)**

TAS	Nombre de dossiers accordés (aux familles + majeurs)			Montants accordés (aux familles + majeurs)		
	2011	2012	2013	2011	2012	2013
CHALON	1800	2096	2310	337 134,53 €	397 051,79 €	421 078,17 €
MACON	1081	1104	1191	202 141,51 €	217 245,00 €	223 603,98 €
MONTCEAU	883	937	964	195 152,12 €	193 371,87 €	194 425,52 €
PARAY	806	969	979	209 283,42 €	237 388,73 €	235 675,05 €
Total	4 570	5 106	5 444	943 711,58 €	1 045 057,39 €	1 074 782,72 €

**Evolution par TAS du nombre de familles (+majeurs)
bénéficiaires d'aides financières entre 2011 et 2013**

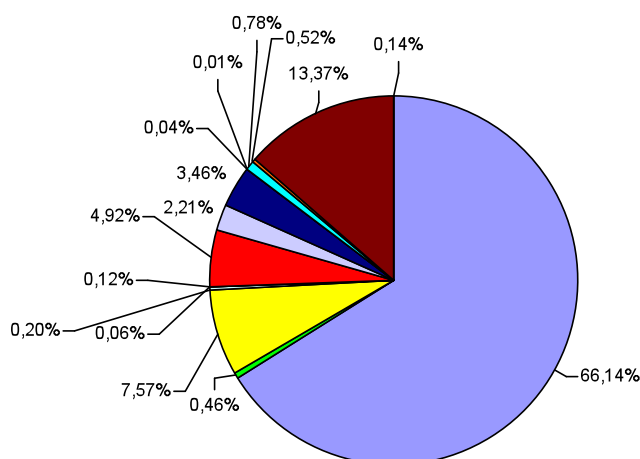


Le nombre de bénéficiaires d'aides financières a augmenté de 19% en 2013 par rapport à 2011, tandis que les montants accordés n'ont augmenté que de 14%.

Il est constaté que de plus en plus de familles et de jeunes majeurs sont aidés mais face à cette forte demande, les montants par famille ne sont pas aussi élevés en 2013 qu'en 2011. En effet, ces dépenses ont dû s'inscrire dans une enveloppe constante.

Par ailleurs, on constate que 79% des aides versées concernent de l'aide alimentaire (secours d'urgence, secours et allocations) puis de l'aide au budget pour 8%.

Répartition des aides financières en 2013



Famille-Aide alimentaire	Famille-Aide au logement	Famille-Aide au plan budgétaire
Famille-Dépenses santé	Famille-Frais garde journée	Famille-Frais garde temps complet
Famille-Frais internat	Famille-Frais scolarité cantine	Famille-Vacances loisirs
Jeune Majeur-Aide à la vêtture	Jeune Majeur-Aide au logement	Jeune Majeur-Aide aux études
Jeune Majeur-Aide dépenses courantes	Secours d'urgence Mineurs	Secours d'urgence Majeurs

3.3 L'accompagnement par des techniciens de l'intervention sociale et familiale : une formalisation du dispositif en cours faisant suite à une augmentation importante de l'activité

Le technicien de l'intervention sociale et familiale (TISF) est un travailleur social qui contribue à maintenir ou à rétablir l'équilibre dans les familles où il intervient en apportant un soutien matériel, éducatif et psychologique à travers des actions ménagères et familiales. Il exerce une activité d'ordre social, préventif et éducatif.

En Saône-et-Loire, les interventions des TISF sont toutes externalisées et confiées à deux associations d'aide à domicile conventionnées qui interviennent sur l'ensemble du département: l'ADMR (Aide à Domicile en Milieu Rural) et le GE Aid (Groupement départemental d'aide et d'intervention à domicile).

En 2013, près de 45 500 heures de TISF ont été réalisées (36 000 par le GE Aid et 9 471 par l'ADMR). Par ailleurs, les prévisions pour 2014 montrent une augmentation importante du nombre d'heures financées. Ainsi, entre 2010 et 2014 (prévisionnel), le nombre d'heures de TISF réalisées pour le compte de l'ASE est en augmentation de près de 30 %.

Evolution du nombre d'heures réalisées pour le compte de l'ASE par les services de TISF

	2010 (compte administratif)	2011 (compte administratif)	2012 (compte administratif)	2013 (compte administratif)	Prévisionnel 2014 (rapport de tarification)	Evolution 2010-2014
Association GE Aid	29 181	29 278	30 648	36 000	37 000	27%
Association ADMR	8 173	7 778	9 186	9 471	11 100	36%
TOTAL	37 354	37 056	39 834	45 471	48 100	29%

Source : ASEF

Cette augmentation peut s'expliquer par :

- une augmentation du nombre de situations relevant de la protection de l'enfance (maintien à domicile de mineurs avec étayage sur le champ de compétence TISF par exemple)
- une augmentation du recours à ces professionnels dans le cadre de "visites en présence d'un tiers".

Cette augmentation implique un enjeu financier important pour le Conseil général.

Toutefois, le nombre de familles bénéficiaires n'est pas encore connu avec précision par l'ASEF, ni la durée moyenne des plans d'intervention (et les modalités de renouvellement) ou encore le volume d'heures de chaque plan. La mise en place du logiciel Solis devrait permettre de disposer de ces données d'analyse pour les années à venir.

Au cours de l'année 2013, le Conseil général a formalisé sa commande en direction des deux structures prestataires. Des fiches navette ont été mises en place afin d'adapter au mieux l'offre proposée en réponse aux besoins identifiés.

Cependant, la question de la qualité des interventions se pose toujours pour le Conseil général. Il semblerait en effet que certaines interventions relèvent plus d'AVS³⁰ dont le coût est plus faible que celui des TISF, mais non pris en charge à ce jour par le Conseil général.

L'expression des professionnels

Les professionnels du Conseil général qui ont répondu au questionnaire sont majoritairement satisfaits de l'offre d'accompagnement par des TISF ainsi que des conditions de mise en œuvre des accompagnements (interventions à domicile, visites en présence d'un tiers, délai d'intervention, qualité). Ils considèrent également majoritairement que la capacité des services de TISF à transmettre des éléments d'observation concernant la situation familiale est satisfaisante ou très satisfaisante.

Selon les responsables d'établissements et de services ayant répondu au questionnaire qui les concernait, le niveau de l'offre en matière de TISF, son accessibilité pour les familles, et son adéquation par rapport aux besoins sont majoritairement satisfaisants.

Pour certains professionnels rencontrés en entretiens, le travail de formalisation de ce qui est attendu d'une intervention à domicile par un service de TISF a permis d'améliorer le fonctionnement de ce dispositif.

3.4 Un développement important des actions éducatives à domicile (AED) dans le cadre du précédent schéma

L'action éducative à domicile (AED) est mise en place à la suite d'une décision administrative prise par le président du Conseil général à la demande des parents ou en accord avec eux.

Dans le cadre du précédent schéma, la mise en place d'un groupe de travail a abouti à la rédaction d'un référentiel de l'AED³¹ et à la création, en 2009, d'un service spécifique exerçant les mesures d'AED dans les TAS. Ainsi, 3 cadres techniques³², et 9 travailleurs sociaux repartis sur les 4 territoires, ont été recrutés.

Des réunions annuelles regroupent les professionnels des différents territoires et permettent la mise en place d'outils communs et la diffusion des bonnes pratiques : par exemple, des actions collectives (activités éducatives, groupes de parents...) pour les bénéficiaires de mesures d'AED se développent dans la plupart des territoires.

Au niveau de l'activité, la création de ce service a permis de développer de manière significative l'offre d'accompagnement à domicile sur le plan administratif.

Au 31 décembre 2013, 365 mineurs et 16 jeunes majeurs (de 18 à 21 ans) bénéficient d'une action éducative à domicile.

³⁰ Aide à la Vie Sociale

³¹ Cahier des charges départemental et décimalisation territoriales

³² Positionnés sur les TAS de Chalon, Montceau et Macon

Evolution du nombre d'AED entre 2009 et 2012 au 31 décembre

AED	2009	2010	2011	2012	2013	Evolution 2009 - 2013
Mineurs	349	399	306	338	365	5%
Jeunes majeurs	8	9	15	16	16	100%
Total	357	408	321	354	381	7%

Source : Service de l'aide sociale à l'enfance et aux familles

En 2012, 490 AED ont été exercées en Saône-et-Loire dont :

- 166 (soit 34 % du nombre total d'AED) dans le TAS Autun-Le Creusot-Montceau,
- 145 (soit 30 % du nombre total d'AED) dans le TAS Chalon-Louhans,
- 120 (soit 24 % du nombre total d'AED) dans le TAS Mâcon-Cluny-Tournus,
- 59 (soit 12 % du nombre total d'AED) dans le TAS Paray-Charolles.

A noter qu'une **expérimentation d'AED renforcée** pour les situations de crise aigüe est exercée sur le TAS de Chalon-Louhans. La mesure est mise en place dans des délais très brefs pour une durée de trois mois afin de diminuer les tensions intrafamiliales majeures. Dans ce cadre, la mesure est exercée par un ou deux travailleurs sociaux sur une base minimale d'un rendez-vous hebdomadaire.

La majorité des demandes d'AED provient du service social départemental, de la PMI et du Service de l'aide sociale à l'enfance et aux familles.

La majorité des sorties de mesures aboutissent à la fin du suivi. Il est à noter que 27 % des mesures d'AED du TAS de Paray-Charolles aboutissent à un signalement à l'autorité judiciaire contre 10 à 13 % pour les autres TAS. 16 % des mesures d'AED du TAS de Montceau aboutissent à un placement administratif contre 10 à 11% pour les autres TAS.

Modes d'entrée et de sortie des mesures

TAS	Période	Modes d'entrée des mesures				Modes de sortie des mesures			
		Demande parents ou jeune majeur	Partenaire dont éducation nationale	SSD - PMI ASEF	IP	Signalement à l'autorité judiciaire	Déménagement	Placement administratif	Fin de suivi
Autun -Le Creusot - Montceau	2012	0%	28%	72%		13%	3%	16%	68%
Chalon - Louhans	2012	3%	35%	41%	21%	13%	6%	11%	70%
Mâcon - Cluny - Tournus	Du 1.09.2009 au 30.08.2013	7%	25%	41%	27%	10%	4%	10%	76%
Paray Charolles	Bilan au 15.09.2011 ³³	ND	ND	ND	ND	27%	13%	10%	49%

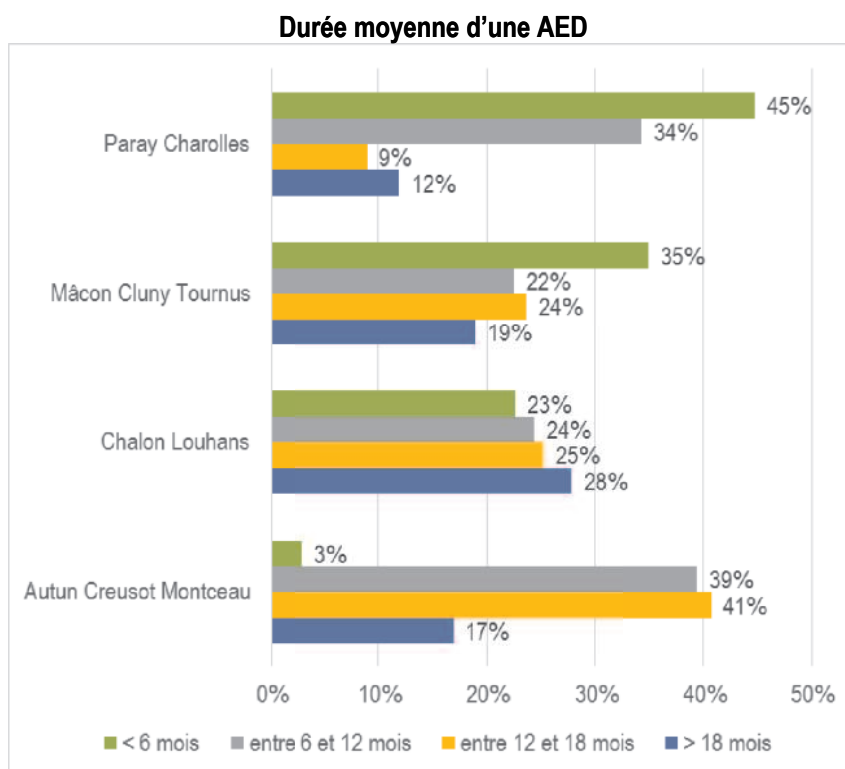
Source : Service de l'aide sociale à l'enfance et aux familles

La durée moyenne des mesures d'AED diffère entre les différents TAS.

Ainsi, 45 % des AED du TAS Paray Charolles ont une durée inférieure à 6 mois, contre 3 % des AED du TAS d'Autun -Le Creusot-Montceau.

³³ Période de référence pour les statistiques : Chalon Louhans : 2012, Autun Creusot Montceau et Mâcon Cluny Tournus : du 1.09.2009 au 30.08.2013 et Paray Charolles : Bilan au 15.09.2011.

En revanche, 28 % des AED du TAS Chalon -Louhans ont une durée supérieure à 18 mois contre 12 % pour le TAS de Paray-Charolles.



Source : Service de l'aide sociale à l'enfance et aux familles

L'expression des professionnels

Les professionnels du Conseil général qui ont répondu au questionnaire estiment très majoritairement que l'AED est satisfaisante dans le département, en particulier en ce qui concerne la qualité de l'accompagnement (fréquence des visites, disponibilité des éducateurs...) et l'adéquation de l'offre par rapport aux besoins (il est à noter qu'il n'existe pas de listes d'attente pour la mise en place d'une AED).

La qualité de l'accompagnement dans le cadre de l'AED est également citée par une majorité de professionnels du Conseil général comme le premier point fort de l'accompagnement global des enfants et de leur famille dans le département.

En revanche, les responsables d'établissements et de services ayant répondu au questionnaire qui les concernait, considèrent majoritairement que le niveau de l'offre (adéquation par rapport aux besoins) et le délai de prise en charge sont insatisfaisants.

Pour les professionnels rencontrés en entretiens, les efforts portés sur l'AED ont permis de faire nettement progresser ce dispositif.

3.5 Une augmentation constante du nombre de bénéficiaires d'actions éducatives en milieu ouvert (AEMO) depuis 2010 et des mesures qui restent longues

L'action éducative en milieu ouvert est une mesure judiciaire civile décidée par le Juge des Enfants au bénéfice d'un mineur dans le but de le protéger lorsque sa santé, sa sécurité, sa moralité sont en danger ou lorsque les conditions de son éducation sont compromises.

L'exercice des mesures d'AEMO a été confié à l'association La Sauvegarde 71 à la suite d'un appel à projets réalisé en 2012. Le cahier des charges de cet appel à projets a été élaboré dans le cadre du précédent schéma, afin de revisiter l'offre de service.

Au 31 décembre 2013, 1 173 enfants étaient suivis dans le cadre d'une mesure d'action éducative en milieu ouvert (AEMO).

Entre le 31 décembre 2010 et le 31 décembre 2013, le nombre de bénéficiaires d'une mesure d'AEMO a augmenté de 28 % (de 918 en 2010 à 1 173 en 2013). Il n'existe toutefois pas de liste d'attente pour la mise en place d'une AEMO dans le département.

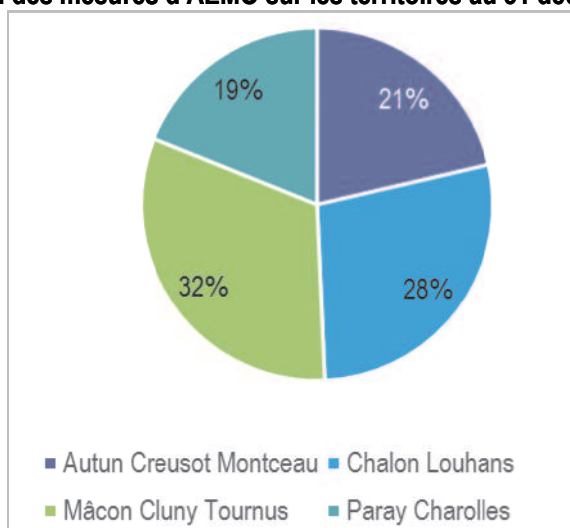
Evolution du nombre de bénéficiaires d'une mesure d'AEMO au 31 décembre

AEMO	2010	2011	2012	2013	Evolution 2009 - 2013
Nombre de bénéficiaires	918	999	1 145	1 173	28%

Source : Drees, enquêtes sur les bénéficiaires de l'aide sociale à l'enfance

Au 31 décembre 2012, 32 % des enfants bénéficiaires d'une mesure d'AEMO (soit 369 enfants) proviennent du territoire de Mâcon-Cluny-Tournus.

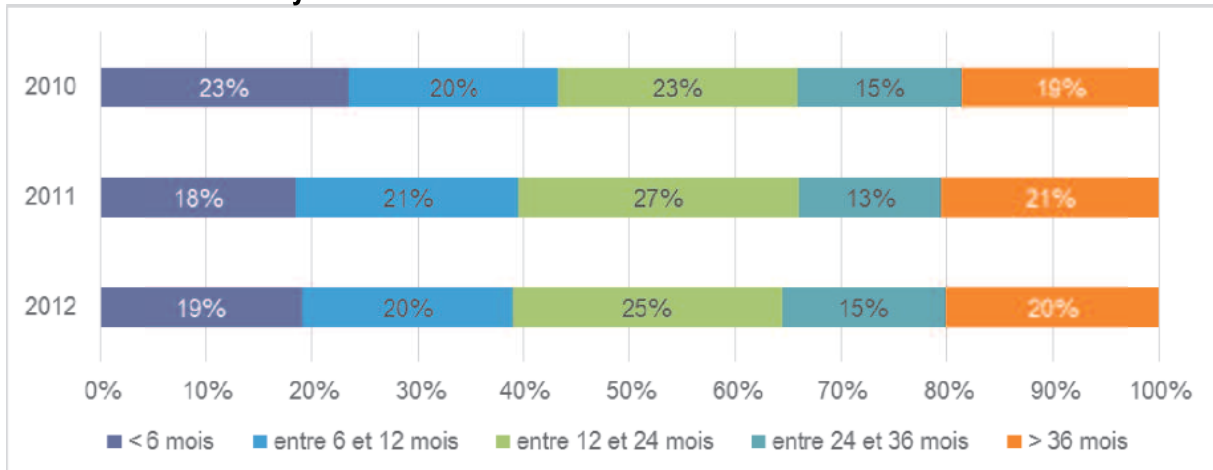
Répartition des mesures d'AEMO sur les territoires au 31 décembre 2012



Source : Service de l'aide sociale à l'enfance et aux familles

Depuis 2010, la part des mesures d'AEMO au 31 décembre d'une durée supérieure à 12 mois a augmenté (de 57 % en 2010 à 61 % en 2012), de même que la part des mesures d'une durée supérieure à 36 mois (de 19 % en 2010 à 20 % en 2012). Dans le même temps, la part de mesures d'AEMO d'une durée inférieure à 6 mois a diminué entre 2010 et 2012 (de 23 % en 2010 à 19 % en 2012).

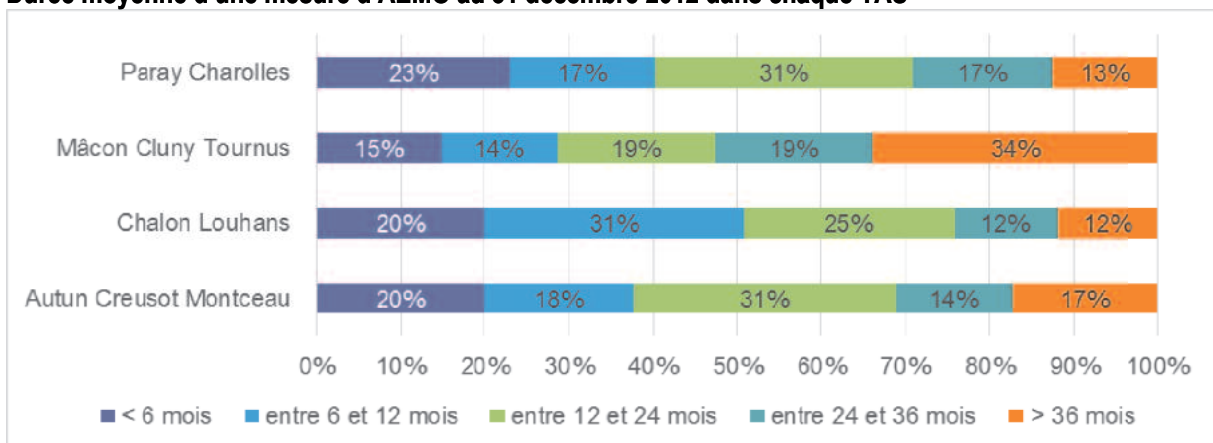
Evolution de la durée moyenne d'une mesure d'AEMO au 31 décembre 2012



Source : Service de l'aide sociale à l'enfance et aux familles

Au niveau infra départemental, plus d'un tiers des mesures exercées sur le territoire de Mâcon-Cluny-Tournus ont une durée supérieure à 36 mois ce qui est nettement supérieur à ce qui est observé dans les autres territoires.

Durée moyenne d'une mesure d'AEMO au 31 décembre 2012 dans chaque TAS



Source : Service de l'aide sociale à l'enfance et aux familles

Ainsi, sur l'année 2012, les durées de prise en charge apparaissent longues. Toutefois, un travail a été engagé avec l'association prestataire, la Sauvegarde pour réduire ces durées. Cet objectif reste compliqué à atteindre puisque les situations prises en charge en AEMO sont de plus en plus dégradées.

L'expression des professionnels

Les professionnels du Conseil général qui ont répondu au questionnaire estiment très majoritairement que l'AEMO n'est pas satisfaisante dans le département, en particulier en ce qui concerne la qualité de l'accompagnement (fréquence des visites, disponibilité des éducateurs...) et le niveau de coordination entre les professionnels de l'AEMO et les professionnels du Conseil général autour des situations.

De même, les responsables d'établissements et de services ayant répondu au questionnaire qui les concernait, considèrent majoritairement que le niveau de l'offre (adéquation par rapport aux besoins), le délai de prise en charge et la qualité de l'accompagnement sont insatisfaisants.

Par ailleurs, certains professionnels rencontrés en entretiens regrettent que la formalisation du cahier des charges n'ait pas permis de faire évoluer significativement le fonctionnement du dispositif. Certains professionnels regrettent le manque d'échanges entre les professionnels de l'AEMO et les travailleurs sociaux du Conseil général. Une fiche de liaison va être expérimentée prochainement afin d'améliorer la communication, dans certains secteurs, les travailleurs sociaux du Conseil général sont invités aux synthèses organisées par le service d'AEMO mais cela n'est pas mis en place dans tous les territoires

Enfin, les professionnels déplorent l'augmentation significative du nombre d'AEMO et de la durée des mesures. Ils constatent que les situations qui relèvent de l'AEMO semblent de plus en plus dégradées. Certains souhaiteraient voir se développer des mesures d'AEMO renforcées permettant d'accompagner de manière soutenue mais sur un temps court, des jeunes traversant une situation de crise familiale.

Cela supposerait toutefois de mieux définir les objectifs et le contenu d'une mesure d'AEMO classique avant d'imaginer un dispositif renforcé.

Toutefois, les professionnels pointent le fait qu'il n'y ait pas de liste d'attente pour la mise en place d'une mesure d'AEMO. Ils considèrent que la réactivité du service d'AEMO est un point fort.

3.6 L'accueil de jour : un dispositif qui semble peu lisible

En 2013, la Saône-et-Loire compte 169 places d'accueil de jour réparties dans 4 établissements.

Nombre de places en accueil de jour, taux d'occupation et prix de journée

Etablissement de rattachement	Nombre de places d'accueil de jour avec accueil dit d'urgence	Taux d'occupation global CA 2012 (%)	Prix de journée au 1/01/2013 (€)
Salornay	76	86 %	118 €
Bellevue	44	92 %	105 €
Méplier	34	96 %	97 €
Foyer Besseige	15	81 %	133 €
Total (moyenne départementale)	169	89 %	113 €

Source : Conseil général 71

Un dispositif d'accueil de jour existe dans le département depuis de nombreuses années mais celui-ci se rapprocherait³⁴ davantage, au niveau de son fonctionnement des centres éducatifs et professionnels. En effet, les services d'accueil de jour implantés dans le département sont surtout positionnés sur l'accompagnement professionnel et/ou la remédiation scolaire. Ils proposent un accompagnement vers le droit commun pour des enfants en rupture avec les dispositifs scolaires. Cet accompagnement devrait inclure également un

³⁴ Selon les personnes rencontrées dans le cadre des entretiens

accompagnement des parents dans le cadre de leur rôle éducatif, mais cela ne semble par toujours le cas selon les professionnels du Conseil général rencontrés dans le cadre des entretiens.

Par ailleurs, les modalités d'accès à l'accueil de jour sont parfois restrictives, car dans certains cas elles sont liées à un placement ou un accueil provisoire : en effet, les accueils de jour sont rattachés à des établissements (MECS) et certains de ces accueils semblent fonctionner, de fait, comme des écoles internes au sein des établissements auxquels ils sont rattachés.

Enfin, le dispositif est très couteux :

Un appel à projets avait été diffusé en 2009 dans le cadre du précédent schéma afin de mettre en place un dispositif d'accueil de jour, au sens de la loi du 5 mars 2007 ; c'est-à-dire une mesure de milieu ouvert qui apporte sur un temps limité une aide éducative au mineur et à sa famille (« L'accueil de jour soutient le mineur dans sa vie, familiale, scolaire, sociale, etc. »).

Plusieurs associations ont répondu à cet appel à projets mais celui-ci a dû être suspendu pour des raisons de restriction budgétaire.

L'expression des professionnels

Les professionnels du Conseil général qui ont répondu au questionnaire se disent majoritairement satisfaits de la qualité de la prise en charge en accueil de jour.

En revanche, ils sont plutôt insatisfaits de l'adéquation de l'offre par rapport aux besoins et de l'accessibilité de l'accueil de jour.

De même, les responsables d'établissements et de services ayant répondu au questionnaire qui les concernait, considèrent majoritairement que le niveau de l'offre (adéquation par rapport aux besoins), les délais de prise en charge et la qualité de la prise en charge sont plutôt insatisfaisants.

Par ailleurs, certains professionnels rencontrés en entretien regrettent que ce dispositif soit accessible uniquement par l'intermédiaire d'une mesure de placement (ou d'accueil provisoire) ce qui en limite nettement l'accessibilité. De plus, certains professionnels constatent que certaines écoles ou établissements d'éducation spécialisée comme les ITEP peuvent avoir tendance à exclure plus facilement (souvent pour des motifs liés au comportement) des enfants accueillis dans les établissements disposant de l'accueil de jour car ils savent que les enfants y bénéficieront d'une prise en charge dans le cadre de l'accueil de jour.

Les professionnels rencontrés souhaitent donc que l'accueil de jour puisse être questionné à nouveau afin de le positionner comme une véritable mesure de milieu ouvert plus largement accessible et dont l'offre serait mieux répartie sur les différents territoires.

3.7 Les missions liées à l'adoption et à l'accès aux origines : le développement d'une expertise au sein du Conseil général

Le service adoption et accès aux origines est rattaché à la Direction de l'enfance et des familles et plus particulièrement à l'Aide sociale à l'enfance et aux familles.

Les missions de ce service sont les suivantes :

- Assurer la mise en œuvre de la procédure d'agrément en vue d'une adoption ;
- Garantir le respect des procédures et l'application des textes en matière d'adoption nationale et internationale ;
- Soutenir et accompagner les familles adoptantes ;
- Coordonner l'action des correspondants départementaux du Conseil national d'accès aux origines personnelles ;
- Animer le dispositif d'information et d'accompagnement des mères accouchant sous le secret et des enfants confiés à l'ASE en lien avec les maternités ;
- Instruire et accompagner les demandes de consultation des dossiers et d'accès aux origines personnelles (et gérer l'archivage).

Evolution de l'activité liée à la mise en œuvre de la procédure d'agrément en vue d'adoption

	2011	2012	2013
nombre de couples ou célibataires ayant participé à une réunion d'information	63	45	59
nombre de confirmation de demandes d'agrément reçues *	46	42	30
nombre d'agrément délivré	27	37	21
nombre de rejet	5	4	12

* cette confirmation fait courir le délai de neuf mois dans lequel la procédure d'agrément doit être finalisée

Source : Service adoption et accès aux origines

Evolution du nombre de candidats agréés

31/12/2011	31/12/2012	31/12/13
101	93	86

Source : Service adoption et accès aux origines

La diminution du nombre de candidats à l'adoption entre 2011 et 2013 et du nombre de candidats agréés est à mettre en lien avec la contraction de l'adoption internationale d'une part, et l'évolution du profil des enfants adoptables d'autre part.

Suivi de l'activité en matière d'adoption

	Enfants pupilles de l'Etat			Adoption internationale
	Nombre d'enfants nés sous le secret	Nombre d'enfants admis avec filiation établie	Nombre d'enfants placés en vue d'adoption	Enfants placés en vue d'adoption
2011	8	0	13	8
2012	7	9	5	9
2013	7	0	7	7

Source : Service adoption et accès aux origines

Depuis quelques années, le service adoption et accès aux origines s'est structuré et se positionne à présent comme un service ressource apportant un appui juridique et une expertise aux territoires. Il bénéficie d'une supervision ponctuelle animée par un spécialiste de l'adoption.

Un protocole d'accompagnement des enfants pupilles à besoins spécifiques a été élaboré pour apporter des ressources techniques et des outils aux professionnels de l'ASEF dans les territoires.

Un guide a également été élaboré par le service adoption en lien avec le service juridique et le service de protection des intérêts et des biens des mineurs en direction des territoires pour rappeler les dispositions légales en matière de statut des enfants confiés et les possibilités de faire évoluer ces statuts selon l'évolution de la situation de l'enfant.

En effet, il a été constaté un réel déficit d'outils et d'information des professionnels sur ces thématiques alors que l'ASEF estime qu'une réflexion sur le statut pourrait être menée pour environ une dizaine d'enfants par territoires pour lesquels un statut de pupille pourrait être envisagé.

Evolution de l'activité liée à l'accès aux dossiers

2011	2012	2013
82	83	112

Source : Service adoption et accès aux origines

Cette activité est exponentielle. En effet, de plus en plus de personnes ayant fait l'objet d'une mesure d'aide sociale à l'enfance font valoir le droit d'accéder à leur dossier.

L'expression des professionnels

Les professionnels du Conseil général qui ont répondu au questionnaire estiment majoritairement que les démarches d'adoption ont évolué positivement depuis le précédent schéma (ce qui constituait l'une des actions de l'axe 3³⁵), notamment en ce qui concerne la sécurisation juridique et l'information des candidats. Par ailleurs, un accompagnement spécifique, extra légal, peut être proposé aux familles adoptantes qui rencontrent des difficultés, en lien avec l'adoption.

Cependant, certains professionnels rencontrés dans le cadre des entretiens pensent qu'une réflexion plus approfondie devrait être menée sur la question du délaissement parental. L'évaluation de l'intensité des liens familiaux devrait également constituer un thème du projet individuel de l'enfant (PIE).

3.8 Ce qu'il faut retenir en matière de soutien à domicile et de prévention ciblée

Le dispositif de recueil et de traitement des informations préoccupantes est structuré pour contribuer au développement, lorsque cela est possible, des actions de prévention et des mesures administratives en réponse aux difficultés rencontrées par les familles. La cellule assure également des fonctions d'information et de conseil technique auprès des professionnels et du grand public.

Le dispositif est organisé selon deux niveaux de recueil et de traitement (cellule centrale et territoires) ; les évaluations étant toujours réalisées au niveau local.

Depuis la création de la cellule, le nombre d'informations préoccupantes reçues est en augmentation.

L'AED a connu un développement important dans le cadre du précédent schéma avec la mise en place d'un service et d'équipes dédiées dans les territoires.

Toutefois, en parallèle, le nombre de bénéficiaires d'une AEMO est en constante augmentation depuis 2010 avec des durées d'accompagnement qui apparaissent globalement longues.

L'offre d'accueil de jour existant actuellement dans le département est relativement restrictive et son accès semble limité.

Du point de vue du Département :

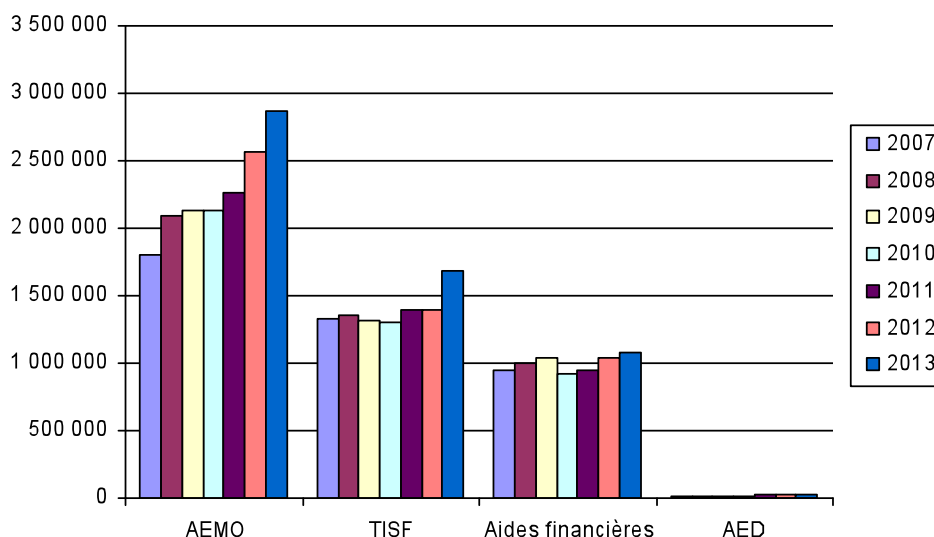
Trois grands types d'enjeux se dessinent au regard de l'état des lieux, pour consolider et développer la capacité à répondre à une inflation des situations et problématiques traitées :

- **une optimisation de certains dispositifs (AEMO, accueil de jour), qui peut s'appuyer sur un cadrage reprecisé de la part du Département, ou des ajustements dans l'organisation des réponses ;**
- **la poursuite d'une diversification des réponses amorcée avec le schéma précédent (du type AED renforcée ...), tout en tenant compte d'une contrainte budgétaire croissante ;**
- **une meilleure articulation des dispositifs entre eux, au service du parcours des mineurs suivis.**

³⁵ Diversification des modes d'accueil des enfants confiés au titre de l'ASE

3.9 Les dépenses du Département en matière de « Prévention / Protection »

L'évolution des dépenses du Département sur le périmètre « Prévenir et Protéger » tel que choisi dans l'état des lieux est le suivant sur la période 2007 à 2013 :

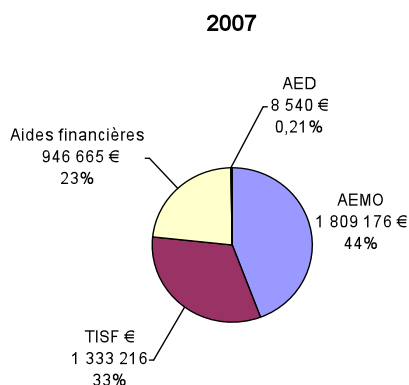


Précision de lecture :

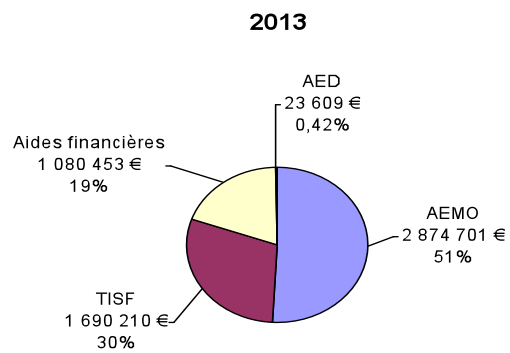
- les dépenses d'AED ne sont pas significatives, car l'AED est mise en œuvre directement par les agents du département (une vue d'ensemble nécessiterait d'inclure l'ensemble des dépenses de personnels liées)
- les dépenses d'accueil de jour ne figurent pas ici, car elles sont incluses dans les lignes budgétaires dédiées aux établissements, donc dans la partie « protection ».

Au-delà de ces précisions, la hausse est tendancielle sur l'ensemble, mais avec une inflation marquée sur les dépenses d'AEMO : cela peut paraître paradoxal au regard de l'objectif affiché de la loi de 2007 consistant à « déjudiciariser » les prises en charge ; en réalité, le nombre de mesures d'AEMO continue d'augmenter alors-même que le nombre de mesures d'AED a d'abord augmenté puis s'est stabilisé.

Répartition des dépenses « prévention/protection » en début de période :



Répartition des dépenses « prévention/protection » en fin de période :



4. Protéger

4.1 L'accueil d'urgence : un dispositif qui semble embolisé et dont les compétences spécifiques ne semblent pas être pleinement utilisées

En 2013, le département de la Saône-et-Loire dispose de 114 places d'accueil d'urgence réparties entre les deux établissements autonomes d'accueil d'urgence (le Foyer de l'enfance de Mâcon et l'Institut Départemental de l'Enfance et de la Famille³⁶ à Chatenoy-le-Royal dans l'agglomération chalonnaise) et quelques places réservées au sein de 8 établissements et services de placement non dédiés à l'accueil d'urgence.

Nombre de places d'accueil d'urgence et taux d'occupation

	Nombre de places d'accueil d'urgence au 31 décembre 2013	Taux d'occupation global CA 2012 (%)
Foyer de l'enfance de Mâcon	42	78%
IDEF	51	94%
Places dans des établissements ou service de placement non dédiés	21	ND
Total	114	ND

Source : Conseil général 71

Le précédent schéma avait fixé pour objectif de réformer l'accueil d'urgence. Un groupe de travail a donc été mis en place en 2008 pour redéfinir les missions de l'accueil d'urgence.

Par ailleurs, une expérimentation a également été menée dans le cadre de ce groupe pour :

- améliorer la connaissance du profil des mineurs ou majeurs pour lesquels un accueil d'urgence est sollicité ;
- analyser les données recensées et, en fonction des résultats obtenus, opérer des ajustements nécessaires pour un meilleur fonctionnement du dispositif ;
- faire remonter au niveau départemental en temps réel les difficultés d'admission pour les situations particulières pour une recherche concertée d'une solution.

L'utilisation d'une fiche navette a été testée auprès de toutes les structures demandant un accueil d'urgence.

Cette expérimentation à partir de l'année 2009 a mis en lumière le fait que les foyers de l'enfance jouaient pleinement leur rôle d'accueil d'urgence mais que la moyenne des séjours était élevée (10 mois environ).

D'autres constats ont pu également être dressés pour les années 2010 et 2011 :

- Les décisions judiciaires restent majoritaires,
- Les jeunes de 13 ans et plus représentent plus de 60% des accueils,
- Le motif de la déficience éducative reste le plus important,
- Pour 80% des demandes, une solution d'accueil a été trouvée dès le 1^{er} contact et aucune demande n'est restée sans solution,
- Les 2 foyers de l'enfance ont réalisé en 2011, 52% des accueils, 44% en 2010.
- 3 principaux motifs sont avancés par les établissements pour refuser un accueil : manque de places, contexte du lieu d'accueil, problématique du jeune.

A partir de ces constats, plusieurs objectifs de travail ont été posés :

³⁶ IDEF

- Engager un travail avec les foyers de l'enfance pour renforcer l'expertise qu'ils effectuent en harmonisant, en formalisant la phase « observation-évaluation » afin que le résultat soit reconnu par tous et serve de réel support pour l'orientation,
- Mettre en place une instance de coordination départementale pilotée par le Conseil général en sa qualité de chef de file du dispositif de protection de l'enfance pour réguler les sorties des deux foyers de l'enfance et des places d'accueil d'urgence des établissements pour les mineurs confiés à l'ASE.

Il a également été envisagé de formaliser ces évolutions dans une charte départementale de l'accueil d'urgence. Toutefois, ces orientations n'ont pas encore été mises en place

L'expression des professionnels

Une évolution qui n'a pas abouti dans le cadre du précédent schéma

Les responsables d'établissements et de services ayant répondu au questionnaire qui les concernait, considèrent très majoritairement (presque unanimement) que l'action de l'axe 4³⁷ du précédent schéma qui visait à réformer et à développer l'accueil d'urgence n'a pas été mise en place. Ce point de vue est partagé par 65 % des professionnels du Conseil général qui ont répondu au questionnaire qui leur était consacré.

Une offre actuelle qui n'est pas satisfaisante

Dans le cadre des questionnaires, les professionnels se disent très majoritairement insatisfaits des délais pour obtenir une place en accueil d'urgence (76 % des professionnels du Conseil général et 100 % des responsables d'établissements et de service), de la durée de séjour des enfants accueillis en urgence (69 % des professionnels du Conseil général et 8 responsables d'établissements et de service sur 11) et, dans une moindre mesure, de la qualité de mise en œuvre des missions de l'accueil d'urgence : observation, évaluation, orientation.

Les responsables d'établissement et de service qui ont répondu au questionnaire considèrent que la prise en charge en urgence des situations d'enfants en danger est l'un des 3 points faibles de l'accompagnement des enfants et de leur famille dans le département (tous dispositifs confondus).

Par ailleurs, certains professionnels rencontrés en entretien regrettent que le dispositif d'accueil d'urgence ne soit pas pleinement exploité notamment en ce qui concerne les missions d'évaluation et d'orientation des foyers de l'enfance. Selon certains professionnels, le système est également embolisé puisque les durées d'accueil en urgence sont souvent longues faute de places d'accueil en aval lorsqu'un placement est nécessaire. Les places d'accueil d'urgence seraient également souvent occupées par des jeunes qui ne relèvent pas de ce dispositif (« incasables » pour lesquels aucun autre mode d'accueil n'a été trouvé, MIE...).

Ces professionnels souhaitent que le contenu et les modalités d'accueil d'urgence soient redéfinis et que les foyers de l'enfance soient repositionnés sur leurs missions d'évaluation et d'orientation des jeunes accueillis.

4.2 L'hébergement en établissement

En 2013, le département de la Saône-et-Loire compte 368 places d'hébergement (hors places d'accueil d'urgence et de placement à domicile) au sein des différents établissements.

³⁷ Développement d'un suivi de qualité des prises en charge et des établissements

Nombre de places en hébergement, taux d'occupation et d'encadrement et prix de journée

Nom de l'établissement	Nombre de places (hors accueil d'urgence et hors placement à domicile) au 31 décembre 2013	Taux d'occupation global CA 2012 (%) y compris accueil d'urgence excepté pour les établissements avec *	Taux d'encadrement : nb ETP/ nb places autorisées CA 2012 y compris accueil d'urgence	Prix de journée au 1/01/2013 (€) y compris accueil d'urgence
CES ³⁸ de Salornay	58	93 %	0,85	152 €
CES Bellevue-Montferroux	44	90 %	0,90	155 €
CES Le Méplier	32	96 %	0,92	154 €
Service de placement éducatif (Prado)	25	112 %	0,49	86 €
Foyer éducatif La Maisonnée	50	105 %	0,89	146 €
Foyer Roche Fleurie*	32	100 %	0,74	114 €
MECS Cité de l'Amitié*	25	101 %	1,01	189 €
Institut Saint Benoit*	37	108 %	1,08	206 €
Foyer Pierre Besseige	30	100 %	1,03	164 €
Centre éducatif Le Village	35	64 %	0,96	176 €
Total ou moyenne	368	93 %	0.88	154 €

Source : ASEF

L'expression des professionnels

Dans le cadre des questionnaires, les professionnels considèrent majoritairement que la répartition géographique des établissements est insatisfaisante.

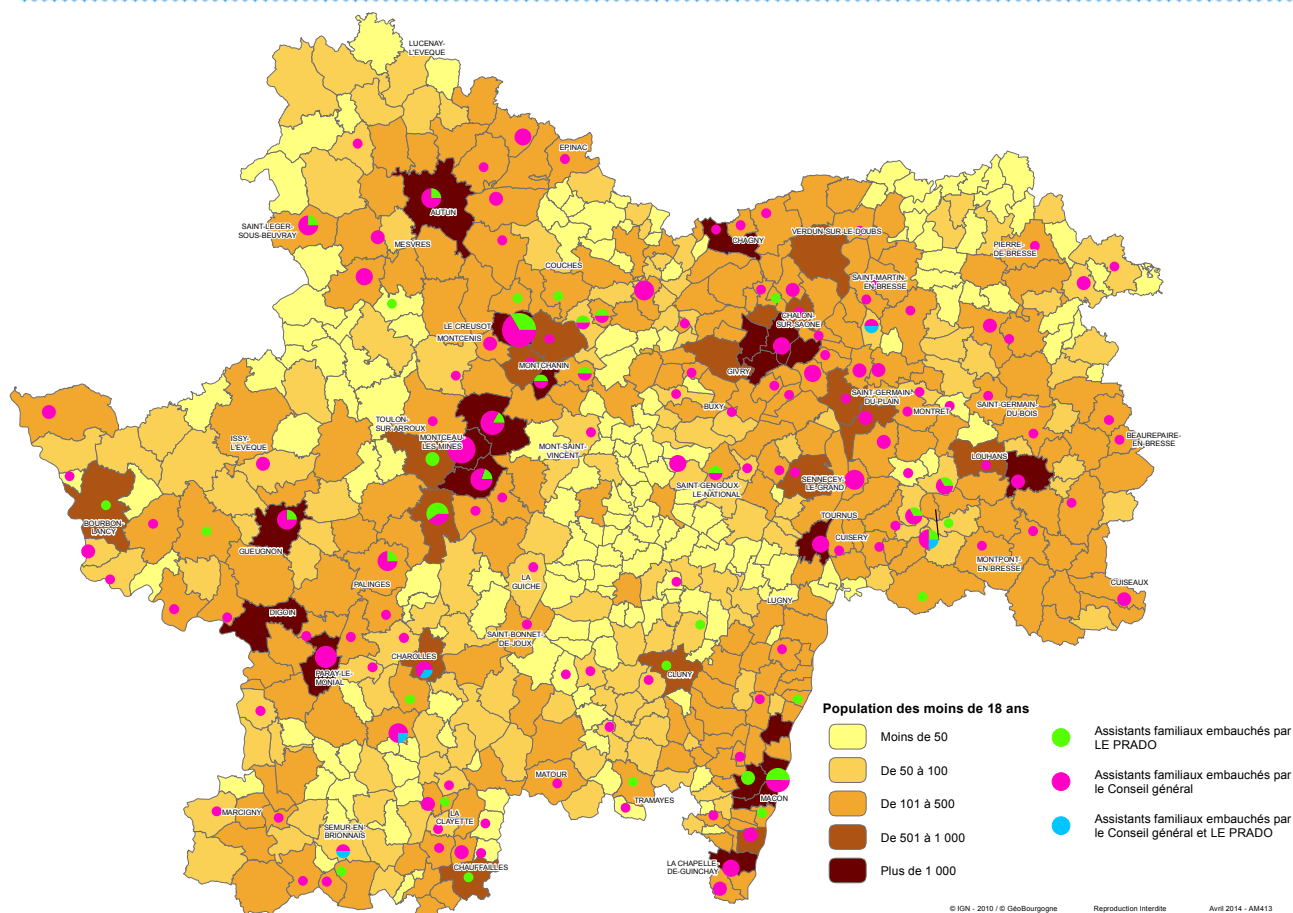
4.3 L'accueil familial : une offre importante mais dont la pérennité semble fragile du fait de difficultés de recrutement

Au 31 décembre 2013, le département comptait 245 assistants familiaux salariés du Conseil général offrant une capacité d'accueil théorique³⁹ de 498 places. A cela, s'ajoutent 76 places (hors places d'accueil d'urgence) gérées par le secteur associatif (service de placement familial du Prado). Ainsi, le département compte 574 places d'accueil familial réparties sur le territoire.

³⁸ Centre Educatif Spécialisé

³⁹ Ceci est une capacité théorique, certains assistants familiaux ne souhaitent pas ou ne peuvent pas accueillir à hauteur de leur agrément.

Répartition départementale des places en accueil familial



Pour gérer l'accueil familial, le Conseil général a créé en 2006⁴⁰ un service dédié. Le service départemental d'accueil familial (SDAF) a ainsi pour missions :

- le recrutement des assistants familiaux ;
- la formation des assistants familiaux ;
- l'accompagnement professionnel des assistants familiaux ;
- la proposition de places pour des demandes d'accueil familial ;
- la gestion des ressources humaines.

En ce qui concerne le recrutement, en 2013, le service a reçu 30 candidatures et a recruté 13 assistants familiaux. Ce faible nombre de candidatures et, par conséquent, le faible nombre de recrutements est préoccupant pour le maintien du niveau de l'offre à moyen terme. En effet, une proportion non négligeable d'assistants familiaux va partir en retraite au cours des années à venir.

Afin de promouvoir le métier d'assistant familial et de susciter davantage de candidatures, le Conseil général a mené en 2012 une importante campagne de communication, avec distribution de plaquettes lors des réunions d'agrément PMI, des articles dans la presse... Toutefois, cette démarche ne semble pas avoir apporté de résultats significatifs⁴¹.

Au cours de l'année 2013, un travail collaboratif associant des assistants familiaux a permis de créer un document unique intitulé "assistant familial, un métier au service de la protection de l'enfance". Ce guide compulse des éléments réglementaires et institutionnels. Il précise le cadre de travail et les liens entre les

⁴⁰ Notamment en réponse à la loi du 27 juin 2005

⁴¹ Cela est malheureusement souvent le cas pour les Conseils généraux qui font de telles démarches

services. C'est un document unique de référence pour donner de la cohérence à la prise en charge de l'enfant. Cet outil a été remis à chaque assistant familial en présence des équipes de l'ASEF au printemps 2014.

L'expression des professionnels

Les responsables d'établissements et de services ayant répondu au questionnaire qui les concernait, considèrent très majoritairement (presque unanimement) que l'offre en matière d'accueil familial (niveau, répartition géographique des places...) est insatisfaisante. De plus, selon eux, l'un des 3 points faibles de l'accompagnement des enfants et de leur famille dans le département est le nombre et la répartition des places en familles d'accueil. Il semble en effet que certains secteurs, notamment urbains, disposent de peu de places d'accueil familial.

Ce point de vue est partagé par les professionnels du Conseil général qui ont répondu au questionnaire. Ils considèrent également dans une moindre mesure, que les modalités de recherche de places en accueil familial et l'adéquation entre les modalités d'accueil et le profil des enfants accueillis en accueil familial ne sont pas satisfaisantes.

En revanche, la qualité d'accueil proposé par les assistants familiaux est majoritairement satisfaisante, tout comme le niveau de professionnalisation des assistants familiaux (formation...) et le niveau d'accompagnement et de soutien des assistants familiaux. En ce qui concerne l'agrément des assistants familiaux par le Conseil général, les professionnels qui ont répondu au questionnaire sont majoritairement satisfaits de la procédure d'agrément des assistants familiaux en ce qui concerne les interventions des différents acteurs dans les TAS (puéricultrices, médecins...) aux différentes étapes. En revanche, pour un peu plus de la moitié des répondants, le niveau de coordination ASE/PMI dans le suivi des agréments (circulation de l'information, demandes de dérogation, ...) n'est pas satisfaisant. En ce qui concerne le recrutement des assistants familiaux, les professionnels qui ont répondu au questionnaire sont majoritairement satisfaits du degré de sélectivité des candidatures et de son adaptation aux enjeux de la protection de l'enfance. Par rapport au précédent schéma, les professionnels⁴² qui ont répondu aux questionnaires estiment majoritairement que le dispositif a progressé, en particulier en ce qui concerne l'encadrement professionnel des assistants familiaux et l'organisation de l'accueil familial au sens large.

Toutefois, certains professionnels rencontrés en entretien regrettent que le placement familial soit parfois mis en œuvre par défaut, notamment pour des enfants dont le profil ou la situation laisse penser que l'accueil familial n'est pas le mode d'accueil le plus adapté. Enfin, certains professionnels souhaiteraient qu'un service d'accueil familial spécialisé soit mis en place pour accueillir, chez des assistants familiaux spécialement formés et accompagnés, des enfants dont les problématiques sont particulièrement importantes et/ou complexes.

⁴² Agents du Conseil général et responsables d'établissements et de services

4.4 Les modalités particulières d'accueil et d'accompagnement qui se développent

4.4.1 Une expérimentation relative au placement à domicile lancée dans le cadre du précédent schéma

L'un des 5 axes du précédent schéma, l'axe 3, visait à diversifier les modes d'accueil des enfants confiés au titre de l'ASE. Dans ce cadre, 22 places de placement à domicile ont été installées, sous forme d'expérimentation, principalement par redéploiement. Ces places sont réparties dans 3 établissements.

Nombre de places de placement à domicile, taux d'occupation et d'encadrement et prix de journée

	Nombre de places de placement à domicile <i>au 31 décembre 2013</i>	Taux d'occupation global CA 2012 (%)	Prix de journée au 1/01/2013 (€)
CES Le Méplier	8	Non déterminé (expérimentation)	
Foyer Roche Fleurie	6	92 %	54 €
Institut Saint Benoit	8	Non déterminé (expérimentation)	
Total	22	ND	ND

Source : ASEF

Un groupe de travail départemental (recherche action) s'est réuni régulièrement pour la construction des différents projets. Il a vocation à soutenir le développement de cette modalité d'accueil, à définir un référentiel commun d'intervention et à construire un mode d'évaluation de ce dispositif.

4.4.2 L'accueil séquentiel se met en place au cas par cas

Des accueils séquentiels sont mis en place au cas par cas par des établissements et en accueil familial, notamment pour des enfants ayant besoin d'accueil relais (accueil couplé avec un IME ou un ITEP, avec un autre établissement ou une famille d'accueil par exemple) ou encore pour préparer un retour à domicile.

Cependant, il n'y a pas de dispositif formalisé. Ainsi, sur le plan budgétaire, ce dispositif apparaît très coûteux car, en l'absence de places dédiées, les places occupées en placement séquentiel sont payées aux établissements comme un placement classique.

L'expression des professionnels

Selon une majorité de professionnels⁴³ qui ont répondu aux questionnaires qui les concernaient, la diversification des modes de prise en charge, par le développement d'initiatives innovantes et alternatives au placement traditionnel (placement à domicile, accueil séquentiel, accueil de jour...) a progressé dans le cadre du précédent schéma. En revanche, l'individualisation des prises en charge et la participation des familles (notamment via la mise en place du Projet Individualisé de l'Enfant) n'a pas progressée. Certains professionnels regrettent que les établissements fonctionnent encore majoritairement avec une logique de groupe. Or, une prise en charge en internat, dans le cadre d'un groupe d'une dizaine de jeunes n'est plus adaptée selon les professionnels rencontrés, en particulier pour les adolescents (pour lesquels les effets de groupes sont particulièrement générateurs de tensions).

⁴³ Agents du Conseil général et responsables d'établissements et de services

En ce qui concerne le placement à domicile, les professionnels rencontrés en entretien considèrent comme positif le développement de cette modalité d'accueil alternative. Toutefois, certains souhaiteraient que le placement à domicile constitue un dispositif un peu plus homogène sur le territoire départemental.

4.5 L'accueil en lieu de vie

Le département de la Saône-et-Loire compte 4 lieux de vie pour une capacité totale de 21 places :

- Histoire d'Enfants : 5 places
- Les Bruyères : 5 places
- Les Amarylis : 5 places
- La Bergeronnette : 6 places

L'expression des professionnels

Les professionnels du Conseil général ayant répondu au questionnaire qui les concernait, considèrent très majoritairement que la répartition géographique des lieux de vie est insatisfaisante. En revanche, selon eux, la sécurité des enfants accueillis et la qualité d'accueil proposée par les lieux de vie sont satisfaisantes.

Par ailleurs, selon certains professionnels rencontrés en entretien, les lieux de vie accueillent une proportion importante d'enfants provenant d'autres départements. Ils regrettent également que dans certains lieux de vie, le travail partenarial avec les professionnels du Conseil général soit peu développé.

4.6 L'accueil en centre maternel

Le Centre maternel de l'IDEF, situé dans l'agglomération de Chalon dispose de 8 places d'accueil pour des femmes enceintes et / ou avec enfant de moins de 3 ans en rupture avec leur milieu d'origine ou en difficulté sociale et familiale.

Nombre de places, taux d'occupation et prix de journée du centre maternel

	Nombre de places au 31 décembre 2013	Taux d'occupation global CA 2012 (%)	Prix de journée au 1/01/2013 (€)
IDEF Centre maternel	8	80%	253 €

Source : ASEF

4.7 Le contenu de l'accompagnement et du suivi des enfants confiés

4.7.1 Un service dédié au suivi des enfants accueillis

Depuis la création du service d'AED dans les TAS, les travailleurs sociaux des équipes enfance qui sont positionnés dans le service « accueil » peuvent se consacrer à plein temps à l'accompagnement des enfants confiés. Ils exercent notamment la fonction de référent.

Un **livret d'accueil** a été élaboré et mis en place à partir de 2012. Celui-ci est destiné aux parents dont l'enfant est confié à l'ASE. Il identifie les principaux interlocuteurs avec leurs coordonnées et leur rôle et explique ce qu'est-ce l'ASE, quelles sont ses missions, qu'est-ce qui est attendu des parents et des professionnels en ce qui concerne le suivi et l'accompagnement de l'enfant (y compris sur le plan de sa santé et de sa scolarité), les engagements de chacun. Ce document comporte également un espace pour indiquer les rendez-vous avec la famille

4.7.2 Un projet de délégation de la fonction de référence aux établissements

Impacté par l'évolution des textes législatifs et des pratiques professionnelles, par la dégradation des problématiques familiales et la complexité des situations prises en charge, ceci dans un contexte budgétaire contraint, le rôle de travailleur social au service accueil de l'ASEF est en cours de redéfinition.

En effet, partant du constat :

- que l'accompagnement éducatif direct et de proximité et la suppléance parentale s'exercent principalement sur le lieu d'accueil du mineur,
- qu'à travers le livret d'accueil, les conseils de vie sociale, la charte des droits et libertés de la personne accueillie, du DIPIC, les établissements entretiennent de longue date des liens étroits avec les parents, sans parler des échanges informels lors des départs et retours en famille,

le Département a choisi de déléguer dans sa globalité la prise en charge des mineurs et l'accompagnement de leurs familles aux établissements de protection de l'enfance, excepté les foyers de l'enfance, les lieux de vie et les établissements hors département.

Le Département, service « gardien » de l'enfant, conserve sa responsabilité pleine et entière dans l'accueil du mineur en établissement. Il est garant du respect du cadre législatif de l'accueil, qu'il assume à travers la validation et l'évaluation du PIE, outil qui fixe les objectifs et structure la prise en charge du mineur confié au service d'Aide Sociale à l'Enfance et à la Famille.

Cette nouvelle organisation, formalisée dans un nouveau référentiel permettra une meilleure lisibilité des interventions de chacun et devrait favoriser le développement de pratiques nouvelles. Les référents ASEF pourront assurer une présence plus soutenue auprès des familles d'accueil en lien avec le SDAF, ainsi qu'auprès des lieux de vie et des foyers de l'enfance.

4.7.3 La mise en place progressive du PIE (projet individuel de l'enfant)

A la suite de la loi du 5 mars 2007, le précédent schéma avait prévu la mise en place du PPE (projet pour l'enfant). En 2008-2009, un groupe de travail a élaboré une première version de cet outil, appelé dans le département PIE (projet individuel de l'enfant). Celui-ci a été conçu à l'origine comme un document départemental, sous responsabilité du référent ASEF, afin d'assurer la continuité de la prise en charge en formalisant le projet éducatif, scolaire et social de l'enfant, permettant une meilleure prise en compte de ses besoins et de ses relations avec la sphère familiale.

A l'échéance du PIE ou à la fin de la prise en charge du mineur, le PIE doit être intégré au dossier du mineur et archivé avec ce dossier dans le respect des règles en vigueur. Dans les mêmes conditions que pour le dossier, le PIE est consultable.

Le document a été expérimenté en 2012.

En 2013, une évaluation de cette expérimentation a conclu à un besoin de simplification du document afin de pouvoir le généraliser sur toutes les situations, y compris pour les enfants bénéficiant d'une AED.

La nouvelle version du PIE va être mise en place au cours de l'année 2014.

L'expression des professionnels

Les professionnels ayant répondu aux questionnaires⁴⁴, considèrent majoritairement que le suivi des enfants confiés dans le département est insatisfaisant, notamment en ce qui concerne les aspects suivants :

- La qualité du suivi de la santé des enfants confiés (y compris santé mentale)
- Les modalités d'accueil des mineurs étrangers isolés
- La qualité du suivi des enfants confiés réalisé par l'ASEF (mise en place du projet pour l'enfant et actualisation, disponibilité / implication des référents de l'enfant...)

Cependant, l'une des 3 principales forces identifiées par les professionnels est la qualité du travail en transversalité et du travail partenarial autour des situations d'enfants.

⁴⁴ Agents du Conseil général et responsables d'établissements et de services

Toutefois, selon certains professionnels rencontrés en entretien, ce travail en transversalité devrait être approfondi en particulier pour les situations complexes nécessitant des prises en charge croisées (accompagnement éducatif, social, médico-social, sanitaire).

Les professionnels attendent également la mise en place du PIE pour tous les enfants confiés (dans un premier temps) afin d'améliorer la coordination des différents acteurs autour des situations dans un cadre structurant (notion de « fil rouge ») indispensable pour assurer l'individualisation de la prise en charge et la cohérence des parcours.

4.8 La protection des intérêts et des biens des mineurs : une augmentation constante du nombre de dossiers suivis

Le Service de protection des intérêts et des biens des mineurs (SPIBM) a été créé en juin 2009. Il est issu du regroupement de deux missions précédemment exercées par le Conseil général et engageant la responsabilité du président : la représentation légale du mineur et l'administration légale sous contrôle judiciaire de ses biens.

Le Conseil général peut être amené à se substituer par décision judiciaire aux représentants légaux des enfants pour exercer les droits aux noms et place du mineur le temps d'une procédure ou pour gérer leurs biens. Il est alors le représentant provisoire du mineur, tuteur ou administrateur ad hoc désigné par ordonnance.

Le service a une compétence départementale, ses missions sont obligatoires, spécifiques et très spécialisées.

Ce service permet :

- D'assurer la représentation légale des mineurs dans le cadre de procédures civiles ou pénales ;
- D'assurer l'administration légale des biens des mineurs ;
- De renforcer l'information et l'accompagnement des mineurs pris en charge en lien, s'il y a lieu, avec les partenaires.

En 2013, ce service a géré les dossiers de 296 mineurs dont 188 en gestion de biens et 108 en représentation légale, essentiellement pour des victimes de crimes ou de délits.

Evolution du nombre de mineurs suivis par le SPIBM de 2009 à 2013

	2009	2010	2011	2012	2013	Evolution 2009 - 2013
Nombre de mineurs	230	264	231	266	296	29%

Source : Service de protection des intérêts et des biens des mineurs

Cette évolution des prises en charge peut s'expliquer par le fait que le service a été progressivement identifié et reconnu par les magistrats mandants depuis sa création récente.

4.9 Focus sur le profil des enfants confiés à l'ASE

4.9.1 L'ensemble des enfants confiés : une majorité de préadolescents et d'adolescents

Les préadolescents représentent la plus grande part des enfants confiés à l'ASE dans le département : 321 enfants en 2012 soit 33 % du nombre total d'enfants confiés.

Par ailleurs 135 enfants confiés soit 14 % du nombre total ont moins de 6 ans avec 52 enfants ayant moins de 2 ans soit 5 %. Les enfants de moins de 6 ans sont majoritairement placés en famille d'accueil.

Les adolescents de plus de 15 ans représentent 29 % du nombre total d'enfants placés et sont autant placés en famille d'accueil qu'en établissement.

Mode de placement des enfants confiés à l'ASE par âge au 31 décembre 2012

	Familles d'accueil	Établissements	Adolescents et jeunes majeurs autonomes	Autres	Total enfants confiés à l'ASE	Part parmi les enfants confiés
0 à 2 ans	34	18	0	0	52	5%
3 à 5 ans	61	18	0	4	83	8%
6 à 10 ans	165	69	0	2	236	24%
11 à 15 ans	154	162	0	5	321	33%
16 à 17 ans	65	97	0	9	171	18%
18 ans et plus	65	36	7	6	114	12%
TOTAL	544	400	7	26	977	100%

Source : Conseil général 71 - Statistiques transmises à la Drees

Par ailleurs, au 31 décembre 2012, **76 enfants confiés étaient accueillis hors département**, dont :

- 31 en famille d'accueil,
- 30 en établissement de type MECS
- 4 en établissement d'éducation spécialisée
- 7 en lieu de vie
- 4 dans d'autres modes d'hébergement (notamment hébergement autonome pour adolescents et jeune majeurs, établissements sanitaires)

4.9.2 Les enfants avec des troubles relevant du handicap : une proportion qui semble importante

Une enquête du CREAL Bourgogne de janvier 2011 a montré que 20 % des enfants accueillis en ITEP et 12 % des enfants accueillis en IME sont des enfants confiés à l'ASE.

Le nombre d'enfants confiés relevant en parallèle du secteur du handicap (orientation MDPH) nécessiterait cependant d'être évalué avec précision, et suivi de façon précise.⁴⁵

4.9.3 Les mineurs étrangers isolés : une augmentation importante depuis 2012

Le nombre de mineurs étrangers isolés (MIE) accueillis dans le département a plus que doublé entre 2012 et 2013. Ainsi, en 2013, 39 MIE ont été accueillis, principalement au Centre éducatif de Lux, CES de Salornay et de Bellevue Montferroux.

⁴⁵ L'absence d'informatisation de l'activité du service de l'ASE ne permet malheureusement pas à l'heure actuelle de connaître avec précision ce chiffre.

Evolution du nombre de Mineurs étrangers isolés (MIE) accueillis (par lieu d'accueil)

Lieu d'accueil	2 012	2013	Evolution 2012-2013
CES Bellevue-Montferroux	3	6	100%
CES Salornay	6	8	33%
Centre éducatif Le Village	5	13	160%
Foyer de l'Enfance (FE) de Mâcon	2	4	100%
FE Mâcon puis Foyer La Maisonnée	1	0	-100%
FE Mâcon puis CES Salornay	0	1	-
IDEF	0	1	-
Prado - Service de placement familial	0	1	-
Pas de prise en charge	0	1	-
Accueil hors département	1	4	-
Total	18	39	117%

Source : Conseil général 71

4.10 Analyse synthétique concernant la protection de l'enfance

4.10.1 Un taux d'équipement en lieux d'accueil égal à la moyenne nationale

Avec un taux d'équipement global de 8,8 places pour 1 000 jeunes de moins de 20 ans en 2009, la Saône-et-Loire présente le même taux d'équipement que la Côte d'Or et que la moyenne nationale.

Le nombre total de places d'accueil en 2009

	Nombre d'enfants accueillis chez des assistants familiaux salariés du Conseil général	Nombre de places en établissements	Capacité totale	Nombre total de places pour 1 000 personnes de moins de 20 ans
Côte d'Or	582	510	1 092	8,8
Nièvre	519	323	842	18,7
Saône et Loire	510	582	1 092	8,8
Yonne	ND	ND	ND	ND
France métropolitaine	47 591	51 714	99 305	8,8

Source : Andass 2009

L'expression des professionnels

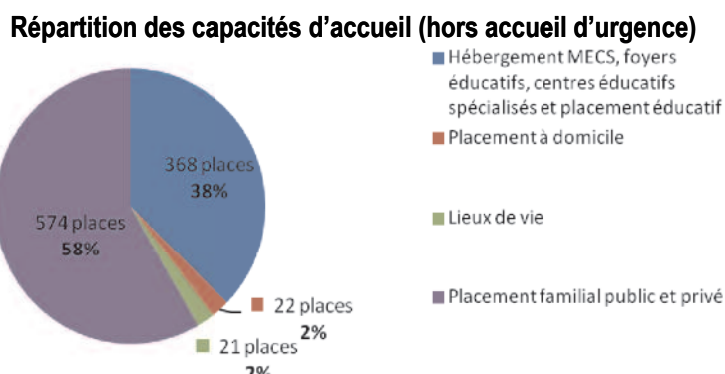
Les professionnels⁴⁶ ayant répondu aux questionnaires, considèrent très majoritairement (presque unanimement) que l'offre en matière d'accueil familial (niveau, répartition géographique des places...) est insatisfaisante. De plus, selon eux, l'un des 3 points faibles de l'accompagnement des enfants et de leur famille dans le département est le nombre et la répartition des places en familles d'accueil.

De même, ils estiment que 2 des 3 principaux points faibles de l'accompagnement des enfants et de leur famille dans le département (tous dispositifs confondus) sont, d'une part le nombre et la répartition des places en familles d'accueil et d'autre part, le taux d'équipement en établissement d'accueil pour enfants confiés.

⁴⁶ Agents du Conseil général et responsables d'établissements et de services

Une offre d'accueil reposant majoritairement sur l'accueil familial

Avec 574 places en accueil familial (public et privé), le placement familial représente 58 % de la capacité totale d'accueil dans le département (hors urgence).

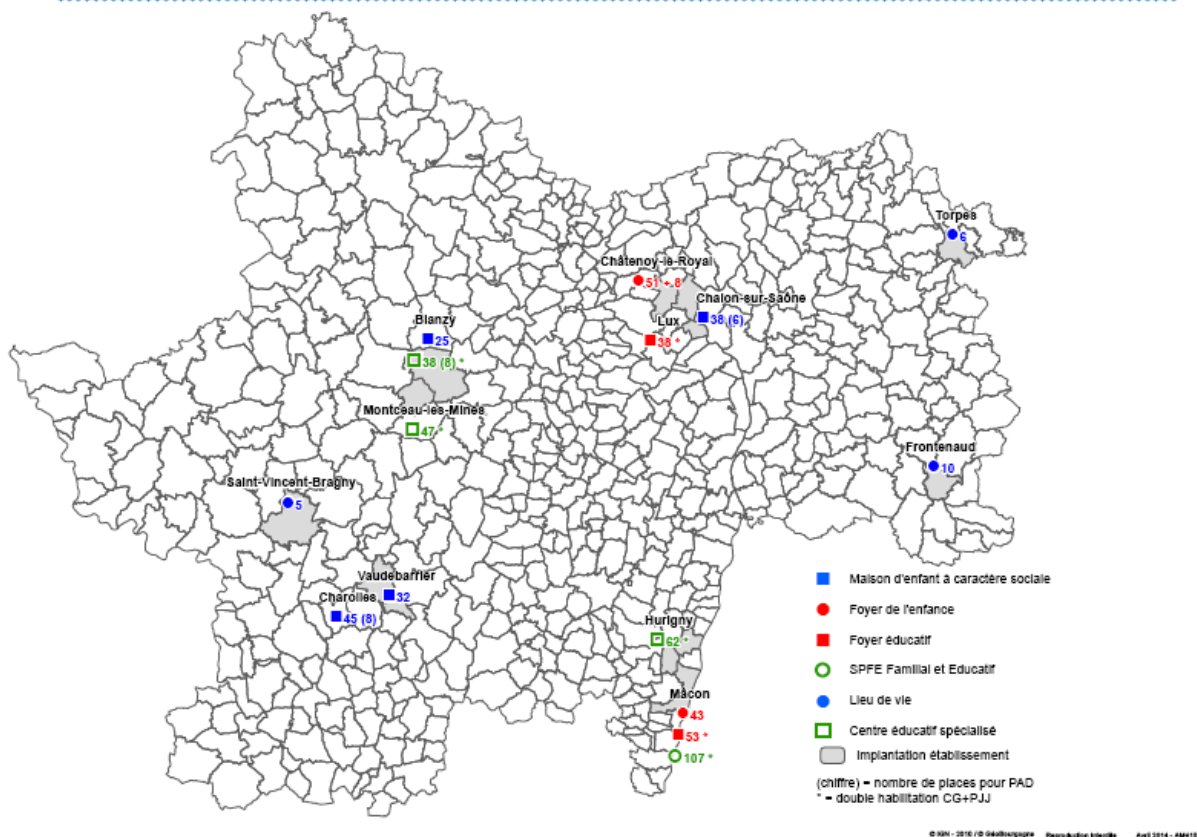


Source : ASEF 71, traitement Cekoïa Conseil, données au 31/12/2013

Répartition des places d'accueil pour enfants confiés par type de place (capacités au 31/12/13)

Type de place	Nombre de places	Détails
Accueil d'urgence (hors accueil de jour)	114	IDEF de CHATENOUY-LE-ROYAL (51 places pour les 0-21 ans) et FDE Mâcon (42 places pour les 0-21 ans)
		21 Places dans des établissements ou service de placement non dédiés
Hébergement MECS , foyers éducatifs, centres éducatifs spécialisés et placement éducatif	368	Hors places d'accueil d'urgence
Placement à domicile	22	
Lieux de vie	21	
Placement familial	574	76 places hors places d'accueil d'urgence pour le service de placement familial associatif
		498 places pour le Placement familial du Conseil général

Source : ASEF 71, traitement Cekoïa Conseil



Un taux d'équipement en places en établissement le plus faible de la région mais supérieur à la moyenne nationale

En ce qui concerne le taux d'équipement en place en établissement, celui-ci apparaît supérieur en Saône-et-Loire à la moyenne nationale (5,6 places d'établissements pour 1 000 jeunes de moins de 20 ans en 2012 en Saône-et-Loire contre 4,7 % en France métropolitaine) mais il apparaît comme le plus faible de la région Bourgogne (dont le taux d'équipement moyen est de 6,9 %).

Taux d'équipement en places en établissements relevant de l'aide sociale à l'enfance⁴⁷ pour 1 000 jeunes de moins de 20 ans de 2010 à 2012

	Côte d'Or	Nièvre	Saône et Loire	Yonne	Bourgogne	France métropolitaine
2012	7,4	9,1	5,6	6,8	6,9	4,7
2011	7,4	6,5	5,4	6,0	6,3	4,5
2010	6,4	6,4	5,4	6,0	6,3	4,4

Source : DRJSCS, Finess

Un système de gestion des places en établissement qui semble problématique

Selon la majorité des professionnels du Conseil général qui ont répondu au questionnaire, la gestion des disponibilités des places en établissement (y compris accueil d'urgence) et les règles relatives aux demandes d'admission en établissement (hors accueil d'urgence) et lieux de vie sont insatisfaisantes voire très insatisfaisantes pour la gestion des places disponibles.

⁴⁷ Etablissements d'accueil mère-enfant, Pouponnières à caractère social, Foyer de l'enfance, MECS, Centres de placement familial socio-éducatif, Lieux de vie et d'accueil

Actuellement, l'ASEF dispose d'un état mensuel des disponibilités dans les établissements (y compris les foyers de l'enfance) avec une indication du type de place (âge, mixte ou non). Chaque établissement gère ainsi sa propre liste de disponibilités (avec parfois un système de réservation de places).

L'absence de visibilité sur ces places disponibles engendre, selon les professionnels rencontrés en entretien, une concurrence regrettable entre les territoires lorsqu'il s'agit de trouver une place pour un enfant (en sortie d'accueil d'urgence, pour un accueil préparé, pour une réorientation...).

Dans un contexte de tension importante sur les places d'accueil, la recherche de place par les adjoints ASEF est ainsi complexifiée.

Il importerait, selon les professionnels rencontrés en entretiens, d'améliorer la visibilité dont dispose l'ASEF sur ces places afin de fluidifier le dispositif tout en maintenant une qualité d'accueil satisfaisante (équilibre au niveau de la composition des groupes de vie dans les établissements). Ils souhaitent en effet qu'une gestion centralisée des places disponibles soit envisagée.

4.10.2 Une judiciarisation importante en particulier pour le milieu ouvert

Une part élevée de mesures d'aide éducative de milieu ouvert parmi la population des moins de 20 ans, avec une prédominance des mesures judiciaires

Le taux de bénéficiaires d'une intervention éducative à domicile (AED ou AEMO) est élevé dans le département de la Saône-et-Loire : 10,7 bénéficiaires pour 1 000 enfants de moins de 20 ans. Le taux du département se situe 1,5 points au-dessus du taux national.

De plus, la Saône-et-Loire se caractérise par une part d'AEMO sur le total des actions éducatives de 76 % soit une part supérieure de 6 points à la part nationale (de 70 %).

Interventions éducatives à domicile au 31 décembre 2011

	Actions éducatives à domicile			Actions éducatives en milieu ouvert		Total des actions éducatives	Nombre d'enfants moins de 20 ans estimations 1.01.2013	Nombre de bénéficiaires d'une action éducative pour 1000 enfants de - de 20 ans
	AED en faveur des mineurs	AED en faveur des jeunes majeurs	Total des AED	Nombre d'AEMO	% d'AEMO sur le total des actions éducatives			
Saône-et-Loire	306	15	321	999	76%	1 320	123 929	10,7
TOTAL estimé France métropolitaine	41 659	3 354	45 013	103 797	70%	148 810	16 122 039	9,2

Source : Drees « Les bénéficiaires de l'aide sociale départementale en 2011 »

Un taux de judiciarisation des accueils légèrement inférieur à la moyenne nationale

En 2011, 84 % des accueils font suite à une décision de justice en Saône-et-Loire contre 88 % en moyenne en France métropolitaine.

En revanche, la proportion d'enfants de moins de 20 ans placés (accueillis) est très légèrement supérieure en Saône-et-Loire que la moyenne nationale (7,69 ‰ contre 7,57 ‰).

Taux de judiciarisation des accueils au 31 décembre 2011

	Accueil provisoire de mineurs	Enfants confiés à l'ASE sur décision judiciaire	Placements directs par le juge	Total confiements judiciaires (à l'ASE et en placements directs)	Total Accueils provisoires de mineurs et confiements judiciaires à l'ASE	Part des mesures de confiements judiciaires sur le total	Nombre d'enfants moins de 20 ans (estimations 1er janvier 2013)	Proportion d'enfants accueillis pour 1000 enfants de moins de 20 ans
Saône-et-Loire	154	623	176	799	953	84%	123 929	7,69
TOTAL estimé France métrop.	14 386	91 436	16 163	107 599	121 985	88%	16 122 039	7,57

Source : Drees *Les bénéficiaires de l'aide sociale départementale en 2011*

4.10.3 Une augmentation du nombre de placements depuis 2009, en particulier en établissement

Entre 2009 et 2012, le nombre de placement en famille d'accueil a diminué de 4 % alors que le nombre de placement en établissement a augmenté de 16 %.

Evolution du nombre d'enfants confiés à l'ASEF et mode de placement entre 2009 et 2012

Mode de placement	Nombre d'enfants confiés à l'aide sociale à l'enfance et aux familles (ASEF)				
	au 31/12/2009	au 31/12/2010	au 31/12/2011	au 31/12/2012	Evolution 2009 - 2012
En famille d'accueil (départemental, associatif et hors du département)	596	634	641	575	-4%
En établissement (y compris le placement à domicile)	399	475	445	463	16%
Adolescents autonomes (FJT...)	10	10	13	7	-30%
Autres modes d'hébergement (TDC...)	66	69	72	75	14%
Nombre total de placements	1 071	1 188	1 171	1 120	5%

Source : ASEF

4.11 Ce qu'il faut retenir en matière de protection de l'enfance

Dans le département, le dispositif de protection de l'enfance s'appuie sur un taux d'équipement en lieux d'accueil égal à la moyenne nationale et reposant majoritairement sur l'accueil familial (près de 60 % de la capacité totale d'accueil hors accueil d'urgence). Ainsi, il importe, pour le Département, de pouvoir continuer à recruter des assistants familiaux pour maintenir ce niveau d'offre d'accueil à l'avenir (remplacer les départs en retraite prochains).

Au sein des établissements, des modalités d'accueil plus souples se développent au cas par cas (accueil séquentiel notamment) ou sous forme d'expérimentation (placement à domicile) pour répondre à l'évolution des besoins des usagers. Conformément aux orientations de la loi du 5 mars 2007, ces modalités d'accueil alternatives ont vocation à être développées.

En ce qui concerne l'accueil d'urgence, le dispositif est actuellement saturé avec des durées d'accueil de plus en plus longues et des difficultés d'orientation pour les enfants qui ne peuvent pas retourner dans leur famille. Le dispositif devait être réformé dans le cadre du précédent schéma mais les réflexions initiées n'ont pas été mises en œuvre.

Par ailleurs, depuis le précédent schéma, les modalités de suivi des enfants confiés ont évolué : création d'un service spécifique au sein des équipes ASEF, projet de délégation de la référence aux établissements, mise en place progressive du PPE (dénommé dans le département PIE : projet individuel de l'enfant).

Le profil des enfants accueillis n'a pas beaucoup évolué depuis le précédent schéma : les préadolescents et les adolescents sont majoritaires et le nombre d'enfants présentant des handicaps ou des troubles du comportement est important. Toutefois, le nombre de mineurs étrangers isolés est en forte augmentation depuis 2012.

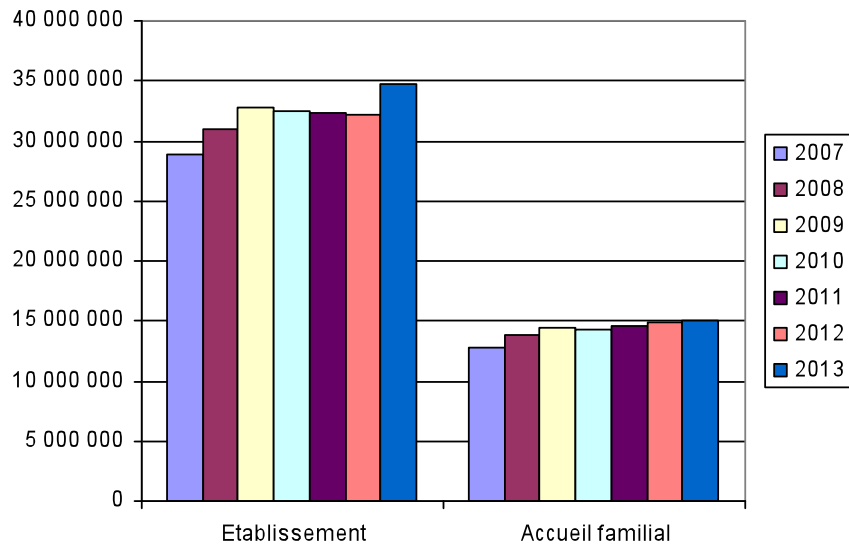
Enfin, il convient de noter que le taux de judiciarisation est important dans le département, en particulier en ce qui concerne le milieu ouvert. En effet, on observe une part élevée de mesures d'aide éducative de milieu ouvert parmi la population des moins de 20 ans, avec une prédominance des mesures judiciaires. En revanche, malgré une augmentation du nombre de placements depuis 2009 (en particulier en établissement), le taux de judiciarisation des accueils est légèrement inférieur à la moyenne nationale.

Du point de vue du Département :

- **l'état des lieux permet d'objectiver une tendance observée de façon empirique, celle de la hausse de l'ensemble des mesures de protection de l'enfance : échec de la prévention ? évolution de la politique menée par les Magistrats ? conséquence de la dégradation de l'environnement socio-économique des familles ? vigilance accrue des professionnels couplée à la montée en charge du rôle de la CRIP, permettant de repérer mieux et en nombre des situations de danger ? Tous ces déterminants sont sans doute à combiner pour comprendre cette inflation des mesures de protection ;**
- **de façon plus positive, l'état des lieux montre aussi que les alternatives au placement ou les modes d'accueil et de placement alternatifs ont été développés encore timidement, ce qui dessine des perspectives (pour renforcer encore l'AED, le placement à domicile, l'accueil séquentiel ...) ;**
- **comme dans chacun des domaines précédents, le diagnostic montre qu'il reste encore beaucoup à faire en matière de coordination des acteurs et des réponses apportées ;**
- **enfin, si la forte spécificité du Département est de faire reposer majoritairement le placement en famille d'accueil, se pose la question du renouvellement de ces professionnels, de leur professionnalisation, et en la matière aussi de la diversification de l'offre de service en famille d'accueil.**

4.12 Les dépenses du Département en matière de « Protection »

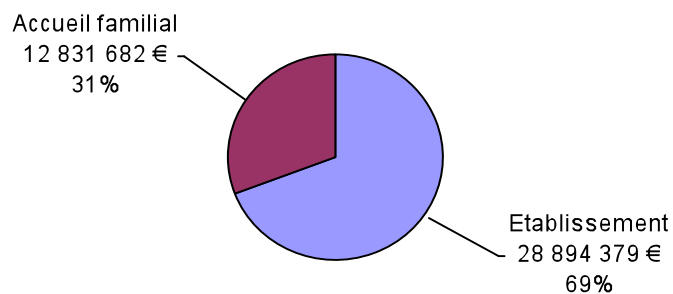
Evolution des dépenses sur le périmètre « Protéger » de 2007 à 2013 :



Sur le long terme les dépenses sont stables, avec un pic concernant les établissements en 2013, lié à la prise en compte de nouvelles modalités de tarification et augmentation de l'activité liée aux MIE.

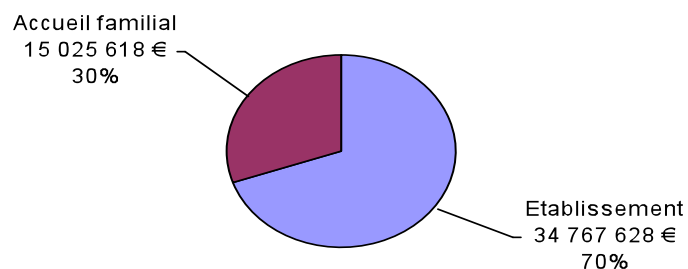
Ventilation des dépenses en début de période :

2007



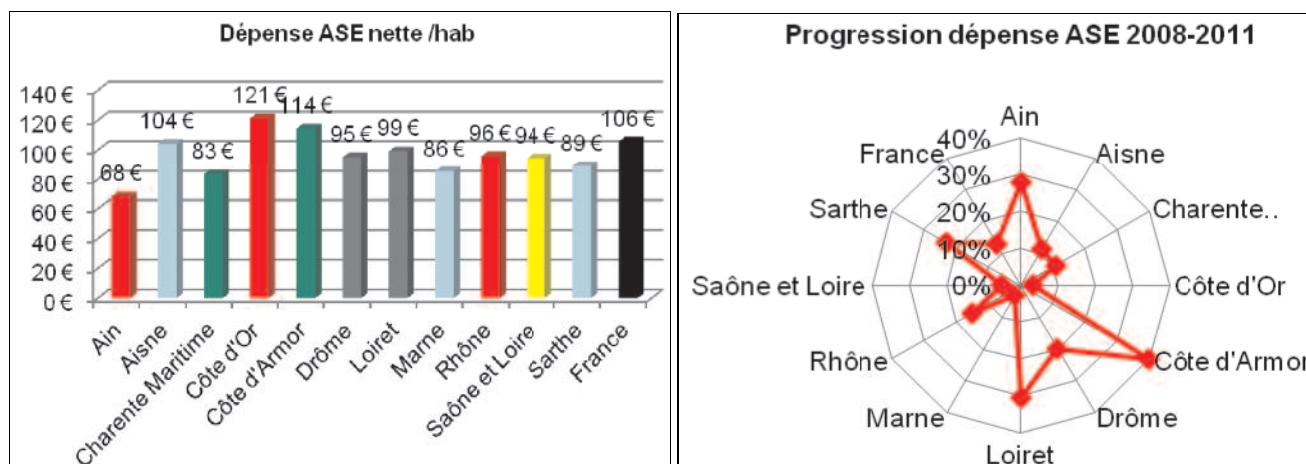
Vérification des dépenses en fin de période

2013



5. Analyse globale des dépenses du Département

En matière d'aide sociale à l'enfance, on constate une dépense globale par habitant inférieure à la moyenne nationale et une évolution maîtrisée de la dépense entre 2008 et 2011 :

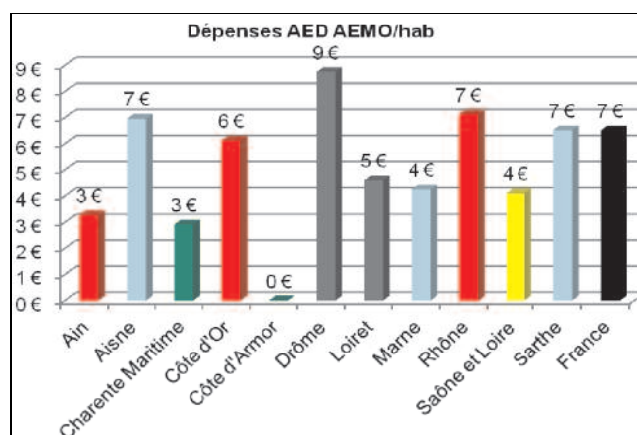


Source : Benchmark Pôle Solidarités – Profil social de la Saône-et-Loire (Budgets 2013 et 2008-2011)

La dépense totale nette ASE par habitant est ainsi inférieure à la moyenne nationale (94€ en Saône-et-Loire contre 106 € en moyenne au niveau national)

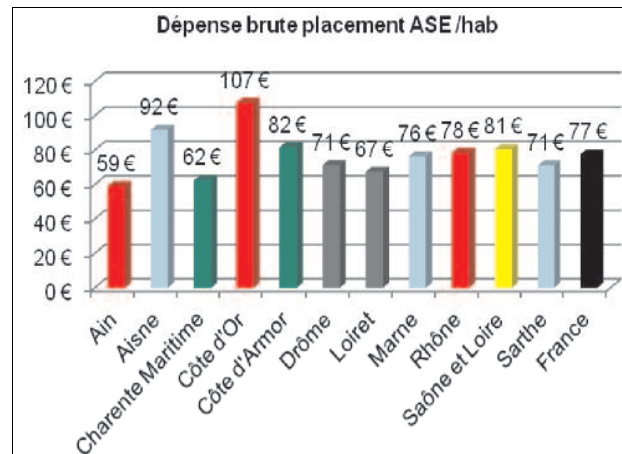
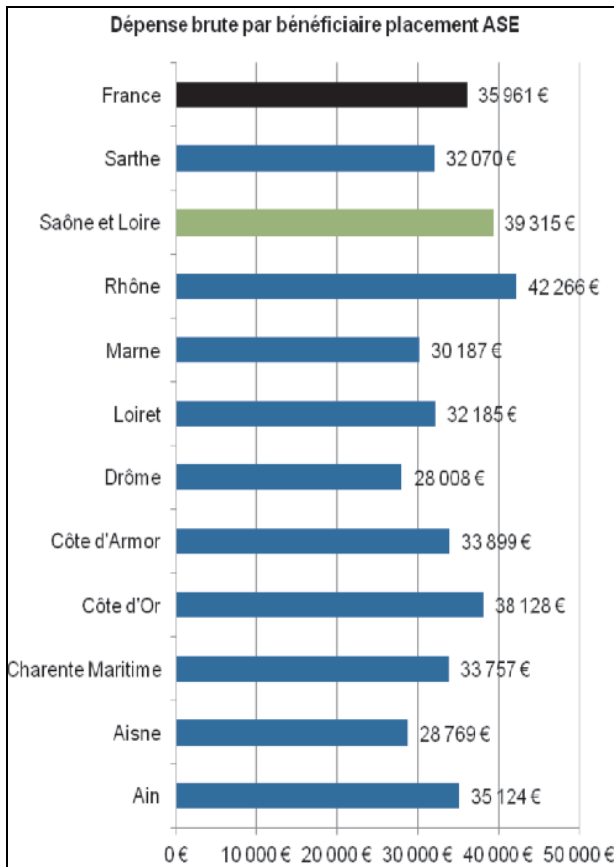
Par ailleurs, on constate dans le département, une évolution maîtrisée de la dépense entre 2008 et 2011 (+5% contre une augmentation moyenne au niveau national de 13%)

Des dépenses faibles pour l'accompagnement à domicile mais particulièrement élevées en ce qui concerne le placement :



Source : Benchmark Pôle Solidarités – Profil social de la Saône-et-Loire (Budgets 2013)

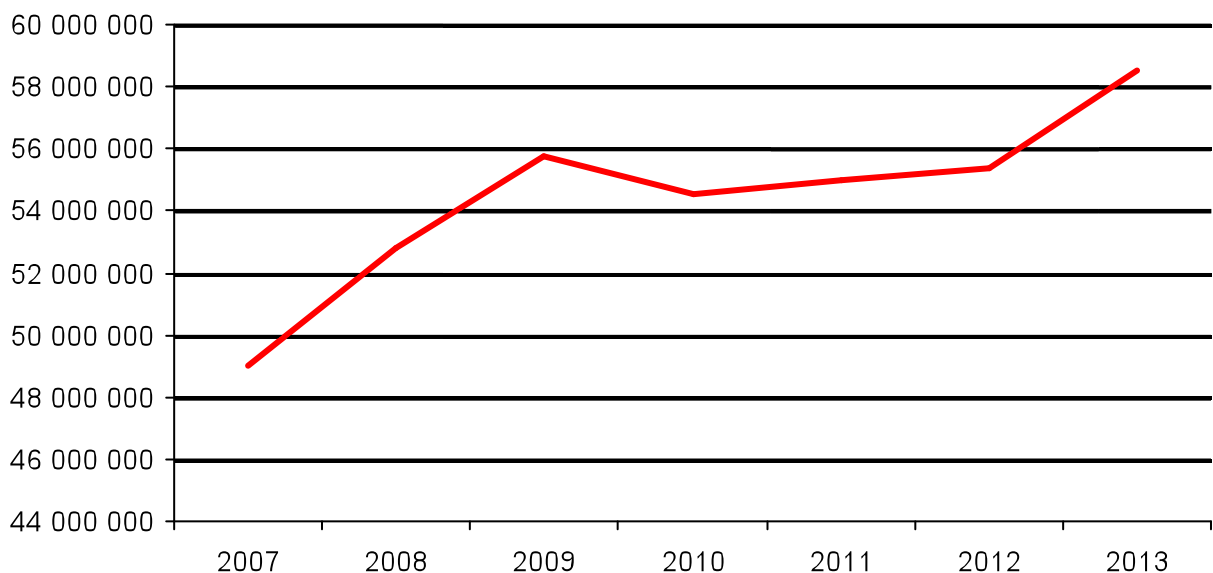
Les dépenses par habitant engagées pour l'accompagnement à domicile (AED et AEMO) sont significativement inférieures à la moyenne nationale (4€ en Saône-et-Loire contre une moyenne de 7€ au niveau national)



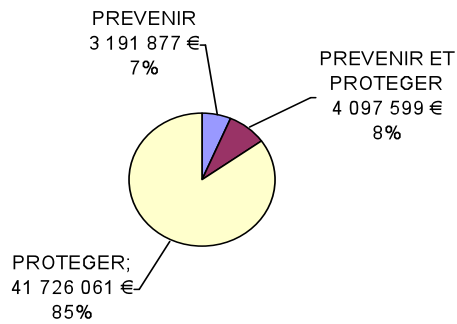
Source : Benchmark Pôle Solidarités – Profil social de la Saône-et-Loire (Budgets 2013)

En revanche, les dépenses brutes par habitant engagées pour les placements (établissement et assistants familiaux) sont supérieures à la moyenne nationale (81€ en Saône-et-Loire contre 77 € au niveau national)

Des dépenses départementales en hausse, dont la répartition s'est modifiée :

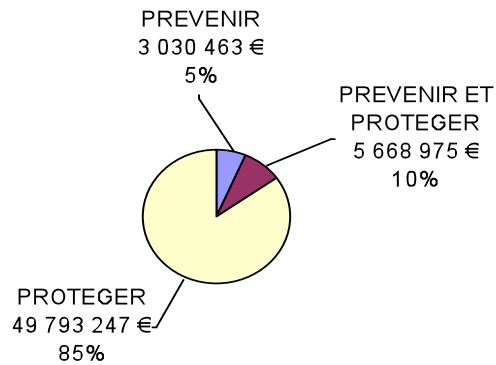


2007



Répartition 2013 :

2013



Alors que la part liée aux établissements a augmenté en volume, elle demeure stable en proportion de l'ensemble des dépenses ; la nouvelle répartition entre « prévention » et « prévention / protection » malgré une hausse en volume de la première, s'explique par la montée en charge des dépenses d'AEMO principalement.

**PLAN D'ACTION DU SCHÉMA
2014 - 2018**

1. Préalable

Le programme d'action du schéma est issu d'un processus participatif : 4 groupes de travail thématiques réunissant les acteurs institutionnels et associatifs des politiques de l'enfance et des familles se sont réunis (12 réunions au total et une centaine de participants). Les actions proposées, s'inscrivant dans la continuité du bilan du précédent schéma et du diagnostic partagé, ont par ailleurs fait l'objet d'un examen quant à leur faisabilité. L'ensemble du programme d'action a été validé par le comité de pilotage du 30 septembre 2014.

Le programme d'action s'inscrit globalement dans la continuité du schéma précédent, en réponse aux besoins d'aujourd'hui ; plutôt que la densité de l'offre de services dans les différents champs de l'enfance et des familles, il s'agit surtout de répondre à des enjeux d'évaluation, de structuration, de réaffirmation du leadership du Département dans certains domaines et de la place des différents acteurs dans d'autres, et dans certains cas d'un approfondissement de la diversification des réponses déjà entamée précédemment.

Au plan méthodologique, les fiches actions du programme décrit ci-dessous précisent le cadre des interventions à venir, et notamment un classement de celles-ci en fonction du niveau d'enjeu (de 1 à 4) auquel elles répondent : ce niveau d'enjeu est déterminé à la fois en fonction de l'importance, l'impact et l'urgence à mettre en œuvre les actions proposées. Ainsi, certaines fiches actions peuvent être à fort enjeu car répondant à une problématique très importante, mais non urgente dans leur mise en œuvre ; toutes les actions ne démarreront donc pas au 1^{er} janvier 2015, mais elles s'inscriront sur la durée d'ensemble du schéma.

Enfin, la mise en œuvre des actions est dans certains cas envisagée progressivement, selon le phasage suivant :

- une phase préalable, pour affiner le diagnostic ou les conditions de réalisation, au plan financier notamment,
- une phase expérimentale, pour engager l'action à l'échelle d'un territoire, d'un opérateur, d'une catégorie de public, à l'issue de laquelle une évaluation sera présentée au sein de l'instance de suivi de la mise en œuvre du schéma (cf axe 5),
- une phase de pérennisation selon les préconisations de l'évaluation qui précède.

Le pilotage de la mise en œuvre du programme d'action sera formalisé au sein d'un comité de suivi coordonné par la direction de l'enfance et des familles, couplé à l'observatoire départemental de l'enfance (cf axe 5 fiches actions 24 et 26), sous la présidence de l'élu départemental de référence.

2. Axe 1 : Renforcer et adapter les dispositifs de prévention et d'accompagnement des familles en réponse à l'évolution des besoins

La prévention demeure un axe fort et structurant des interventions à venir du Département. Partant cependant d'un domaine où les acteurs et projets sont multiples, où le chef de filat est parfois partagé, et dont l'état des lieux donne une vision fortement satisfaisante en termes de maillage et de réponse aux besoins, les actions proposées relèvent de redéploiements plutôt que de développements.

La prévention dans le domaine de la santé est présentée au sein d'une fiche action spécifique, mais le sujet par nature transversale est traité dans plusieurs fiches actions (cf renvois sur la fiche action n°1).

En matière de jeunesse, le programme d'actions propose une évolution du positionnement du Département au cœur du système institutionnel local, en affirmant la possibilité d'un leadership sur les questions de prévention pour le public jeune.

A noter : aucune action dans le domaine de la petite enfance n'a été inscrite dans le schéma de l'enfance et des familles, du fait que désormais une instance spécifique co-pilotée par la CAF et le Département, la CODAJE (cf état des lieux), conduit un programme global visant à la fois au repérage des besoins (observatoire), au maillage territorial (développement de l'offre), à la qualité de l'offre (appui aux professionnels et réseaux), et au développement de réponses innovantes à des besoins peu couverts (garde en horaire atypique). Les articulations avec le schéma de l'enfance et des familles existent de fait à travers la participation de la PMI et de la CAF au suivi des deux programmes.

Fiche action n°1 : poursuivre et structurer la politique de prévention sanitaire menée par le Département en direction des enfants, des jeunes et des familles

Niveau d'enjeu : 1 1 ② ③ ④ (1 étant le niveau d'enjeu le plus fort, 4 le plus faible)

Date de début de mise en œuvre : septembre 2015

→ Rappel du contexte ou de la problématique :

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. La promotion de la santé est le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci. Cette démarche relève d'un concept définissant la santé comme la mesure dans laquelle un groupe ou un individu peut d'une part, réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins et, d'autre part, évoluer avec le milieu ou s'adapter à celui-ci. La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie ; il s'agit d'un concept positif mettant en valeur les ressources sociales et individuelles, ainsi que les capacités physiques. Ainsi donc, la promotion de la santé ne relève pas seulement du secteur sanitaire : elle dépasse les modes de vie sains pour viser le bien-être.

La santé est une thématique transversale dans l'intervention du Département : compétence obligatoire du service de Protection maternelle et infantile, et action volontariste par son implication dans le soutien financier à des associations œuvrant dans le domaine de la prévention/santé (IREPS, SDIT, ANPAA, Planning Familial, Croix-Rouge,..) et dans la participation active aux contrats locaux de santé qui se développent progressivement dans les territoires.

Plusieurs études épidémiologiques réalisées au niveau national et par certains départements montrent que l'état de santé des enfants confiés est souvent dégradé par rapport à celui de la population générale. Or, lorsqu'un enfant a été retiré de son domicile familial et qu'il est confié au Conseil général, le respect de ses droits les plus fondamentaux doit être un impératif absolu. Parmi ces droits, l'accès à la santé est particulièrement important pour ne pas compromettre davantage le développement physique et psychique de l'enfant.

Publics visés : Familles, enfants, adolescents (tous publics) et enfants confiés à l'ASEF

Objectifs :

- Mieux inscrire les interventions du Département dans la politique de santé publique
- Développer les actions de la PMI dans le champ de la prévention précoce
- Renforcer la planification et l'éducation familiale en direction des publics jeunes
- Construire une politique de prévention primaire et de promotion de la santé et l'inscrire dans le développement social territorial
- Mieux prendre en compte la santé, dans le cadre d'un suivi et d'un accompagnement global des enfants confiés au Département et garantir une égalité de traitement par rapport aux autres enfants de Saône-et-Loire

Modalités de mise en œuvre de la fiche :

ACTION 1 : Formaliser la participation du Département et plus particulièrement de la DEF dans les instances de mise en œuvre de la politique de santé publique, en lien avec l'ARS	
Action 2 : Décliner les priorités du service PMI en matière de prévention et de promotion de la santé des femmes enceintes et des jeunes enfants	
Sous-Action 1	Améliorer l'accompagnement des familles pendant la période périnatale (cf. fiche action n°2)
Sous-Action 2	Poursuivre la pratique des bilans de santé en écoles maternelles sur l'ensemble du Département
ACTION 3 : Prioriser les actions des CPEF auprès des publics jeunes dans tous les milieux de vie (scolaire, apprentissage, en situation de handicap, ...) (cf. fiche action n°6)	

ACTION 4 : Recentrer les actions de santé vers les publics prioritaires, à partir des besoins repérés dans les projets de territoire et en lien avec le Projet régional de santé, notamment le PRAPS	
Sous-Action 1	Définir les objectifs à assigner aux associations intervenant dans le domaine de la prévention et financées par le Département
Sous-Action 2	Intégrer les actions de prévention des services territorialisés du Département dans les contrats locaux de santé
ACTION 5 : Renforcer la coordination et le suivi de la santé des enfants confiés à l'ASEF (fiche action n°22)	

ETUDE D'IMPACT :	
❶ Faisabilité	Impact organisationnel interne / externe : projet de service PMI
	Impact financier : redéploiement possible de subventions
	Impact sur les relations partenariales : révision des conventions avec les opérateurs du domaine
	Impact technique ou opérationnel : priorisation des interventions
❷ Proposition au COPIL	Niveau de priorité (1 à) 1
	Calendrier : démarrage septembre 2015

Résultat(s) attendu(s) :

Actions 1 et 4 : meilleure lisibilité de l'action du Département dans la politique de santé publique
 Actions 2,3 et 5 : cf. fiches actions dédiées

Indicateurs de suivi et d'évaluation :

Actions 1 et 4 :

- Participation aux instances de pilotage et aux commissions ARS
- Types d'actions mises en place sur les TAS (en interne et par les partenaires)
- Public touché

Fiche action n°2 : Renforcer la prévention en période périnatale

Niveau d'enjeu : 1 **①**②③④ (1 étant le niveau d'enjeu le plus fort, 4 le plus faible)

Date de début de mise en œuvre : janvier 2015

→ Rappel du contexte et de la problématique :

La période de la grossesse constitue un temps (relativement court) où le couple (ou la femme enceinte) est souvent particulièrement mobilisé pour que la grossesse se passe le mieux possible et réceptif aux conseils des professionnels. Cette période constitue donc un moment clé pour sensibiliser les futurs parents ou encore leur faire prendre conscience de certaines difficultés (consommation de produits susceptibles de présenter un danger pour l'enfant à naître, addictions⁴⁸...).

Dans ce cadre, l'entretien prénatal précoce (EPP ou entretien du 4^{ème} mois, dont la proposition à la femme enceinte doit être systématique depuis la loi du 5 mars 2007) constitue un outil particulièrement intéressant d'échanges avec les futurs parents sur leurs projets d'accueil et de vie avec leur futur enfant, de repérage et, si besoin d'orientation précoce de l'usager présentant des vulnérabilités vers les dispositifs et les accompagnements adaptés.

Or, dans le département, cet entretien est actuellement peu réalisé⁴⁹ car peu connu. Tous les futurs parents reçoivent une information concernant cet entretien mais très peu sont encouragés à le réaliser, au travers d'une explication du contenu de l'entretien, y compris par les travailleurs sociaux lorsque les futurs parents sont par ailleurs accompagnés par ces derniers.

Il est constaté un déficit d'information des professionnels au niveau du sens et des objectifs de cet entretien.

Par ailleurs, si le nombre de femmes ayant bénéficié d'au moins une visite à domicile, prénatale ou post-natale, est en légère augmentation depuis quelques années dans le département, il semble que les professionnels de PMI (sages-femmes et puéricultrices) ne puissent pas libérer suffisamment de temps pour développer ces actions de prévention très précoce permettant un repérage et un accompagnement des difficultés en amont d'une dégradation de la situation.

Enfin, le travail partenarial entre les professionnels de la PMI et les maternités gagnerait à être davantage structuré et à se développer pour faciliter les liaisons et les orientations.

Publics visés : Les femmes enceintes et plus généralement, les futurs parents, en particulier ceux présentant des vulnérabilités psycho médicosociales.

Objectifs :

- Développer les possibilités d'accompagnement des situations de vulnérabilité lors de la période prénatale et post-natale
- Améliorer le repérage des difficultés et l'orientation des futurs parents vers les dispositifs les plus adaptés à leur situation
- Mieux faire connaître l'action de la PMI en matière de périnatalité dans le département

⁴⁸ Un travail a été engagé entre le SDIT (service départemental d'intervenant en toxicomanie) et la PMI sur le TAS de Chalon en vue de mieux repérer les problématiques d'addiction chez les femmes enceintes et de mieux sensibiliser les professionnels à cette problématique.

⁴⁹ Il est majoritairement réalisé par les sages-femmes libérales, de PMI, de maternité

Modalités de mise en œuvre de la fiche :

ACTION 1 : Renforcer l'accès à l'entretien prénatal précoce	
Sous-Action 1	Mieux faire connaître l'EPP aux travailleurs sociaux et les sensibiliser à l'importance pour les futurs parents, et notamment les futures mères, de bénéficier de cet entretien qui constitue un temps particulier, déconnecté du suivi strictement médical de la grossesse, où ils peuvent poser leurs questions, exprimer leurs craintes... : <ul style="list-style-type: none">○ Créer un support d'information diffusé à tous les professionnels (notamment les travailleurs sociaux, les médecins et professionnels de santé libéraux...) pouvant être amenés à rencontrer une femme enceinte dans le cadre d'un accompagnement non forcément lié à la grossesse afin de présenter l'EPP et le rôle de la PMI dans le cadre des missions de protection maternelle
ACTION 2 : Renforcer le partenariat avec les maternités dans l'objectif de mieux repérer les situations de vulnérabilité au cours de la période périnatale	
Sous-Action 1	Optimiser les temps d'échanges réguliers entre les professionnels de PMI et ceux des maternités : harmoniser les pratiques et formaliser les procédures en créant un outil départemental de liaison et en déclinant les modalités des échanges

ETUDE D'IMPACT :	
① Faisabilité	<i>Impact organisationnel interne / externe : inscription dans le futur projet de service PMI</i>
	<i>Impact financier : lié au coût de la création d'un support</i>
	<i>Impact sur les relations partenariales : renforcement de partenariats existants, mobilisation de nouveaux partenaires</i>
	<i>Impact technique ou opérationnel : dégager du temps de travail (sages-femmes et puéricultrices)</i>
② Proposition au COPIL	<i>Niveau de priorité 1</i>
	<i>Calendrier : Préalable : démarrage du projet de service : janvier 2015, Expérimentation : janvier 2016 à décembre 2016 Pérennisation : janvier 2017 à la fin du schéma</i>

Point de vigilance : Tous les territoires ne disposent pas du même niveau d'offre en matière d'accompagnement. Un développement du repérage des situations de vulnérabilité pourra entraîner une sollicitation supplémentaire des dispositifs vers lesquels les futurs parents seront orientés ce qui pourra nécessiter un questionnement sur le dimensionnement de l'offre.

Résultats attendus :

- Augmentation du nombre de femmes enceintes bénéficiant de l'EPP
- Approfondissement du partenariat entre les acteurs intervenant auprès des usagers au cours de la période périnatale (maternité et PMI, professionnels de santé libéraux...)
- Fluidification des liaisons entre les professionnels de PMI et les maternités

Indicateurs de suivi et d'évaluation :

- Niveau de diffusion du support d'information présentant l'EPP et le rôle de la PMI dans le cadre des missions de protection maternelle
- Evolution du nombre d'EPP réalisés dans le département par les différents acteurs
- Evolution du nombre de femmes enceintes ayant bénéficié d'au moins une visite à domicile par un professionnel de PMI (en prénatal / post-natal)
- Evolution du nombre de temps d'échanges entre les professionnels de PMI et les maternités : élaboration et mise en œuvre de l'outil départemental de liaison.

Pilote / responsable de la mise en œuvre : Service départemental de PMI

Acteurs associés : Maternités, Ordre départemental des sages-femmes, Ordre départemental des médecins, services qui concourent à la protection de l'enfance, service social départemental, CAF, CPAM (parcours maternité)

Fiche action n°3 : Renforcer la prévention des difficultés éducatives en direction des familles avec de jeunes enfants de 0 à 6 ans

Niveau d'enjeu : 3 ①②③④ (1 étant le niveau d'enjeu le plus fort, 4 le plus faible)

Date de début de mise en œuvre : janvier 2016

→ Rappel du contexte et de la problématique :

Les professionnels intervenant auprès des familles constatent que les parents de jeunes enfants ont tendance à minimiser les difficultés éducatives rencontrées au cours de cette période de la petite enfance en pensant que l'enfant est encore très jeune et que la situation va s'améliorer lorsqu'il va grandir.

Or, il existe, dans le département, un nombre relativement important de dispositifs de soutien à la parentalité, en particulier en direction des parents de jeunes enfants : le kiosque familles, les LAEP, la Maison des Parents...

De plus, la majorité des actions financées par le Reaap concerne la tranche d'âge 0-6 ans (Plateforme familles, groupes de parole pour les jeunes parents...).

En ce qui concerne l'accompagnement des parents dans la mise en place d'un cadre éducatif adapté, les TISF peuvent également apporter un soutien particulièrement intéressant car elles interviennent à domicile, dans l'environnement de la famille.

Cependant, ces dispositifs ne semblent pas toujours connus, tant des familles que des professionnels.

En ce qui concerne l'AED, cette mesure est très peu utilisée pour les moins de 6 ans. Or, en cas de difficultés plus importantes, une intervention éducative précoce permettrait de mieux prévenir les difficultés ultérieures et d'éviter une dégradation de la situation. Il a été constaté que les professionnels n'osent souvent pas orienter des parents de jeunes enfants en difficulté vers le service d'AED par méconnaissance du dispositif.

Par ailleurs, de plus en plus de familles sollicitent les Camsp pour des problématiques éducatives (gestion de la frustration, difficulté du parent à dire non...). Or, ces difficultés éducatives ne relèvent pas des compétences des Camsp qui ont besoin de relais pour orienter les familles vers un accompagnement adapté.

En effet, les difficultés à poser le cadre éducatif par les parents constituent des obstacles au bon développement de l'enfant et des difficultés plus importantes (discipline, respect de l'autorité...) risquent de survenir au moment de l'entrée à l'école.

Publics visés : Toutes les familles avec des enfants de moins de 6 ans

Objectifs :

- Développer la prévention précoce auprès des familles avec de jeunes enfants afin de limiter le nombre de situations familiales très dégradées lors de l'enfance et de la préadolescence
- Objectiver les besoins non couverts et identifier les possibilités d'y répondre en réorientant des dispositifs qui ne seraient actuellement pas en adéquation avec ces besoins (en lien avec la fiche action n°7 sur l'évaluation des actions de prévention)

Modalités de mise en œuvre de la fiche :

ACTION 1 : Affiner l'analyse du besoin d'actions de prévention auprès d'un public de jeunes enfants / parents d'enfants de moins de 6 ans	
Sous-Action 1	Réaliser un état des lieux territorialisé de l'offre actuelle et de son adéquation par rapport aux besoins : <ul style="list-style-type: none"> ○ Mettre en place, au niveau des TAS, des groupes de parents pour recueillir leurs besoins ou s'appuyer sur les groupes existants dans certains territoires ○ Rencontrer ou échanger avec les professionnels qui interviennent au contact des familles mais qui ne sont pas spécifiquement identifiés comme des acteurs de la prévention (crèches, assistants maternels, centres de loisirs, école, médecins libéraux...) pour évaluer les besoins ○ Affiner l'analyse des informations préoccupantes concernant de jeunes enfants : tranches d'âge concernées, typologies de danger, suites données...
ACTION 2 : A partir des résultats de l'état des lieux réalisé dans le cadre de l'action 1, identifier les éventuelles actions de prévention à réorienter et / ou à développer	
Sous-Action 1	Procéder par appel à projets à partir d'un cahier des charges présentant les objectifs et les modalités de fonctionnement du dispositif souhaité

ETUDE D'IMPACT :	
❶ Faisabilité	<i>Impact organisationnel interne / externe : répartition pilotage/animation entre Direction de l'enfance et des familles (DEF) et Territoires d'actions sociales (TAS)</i>
	<i>Impact financier : financement par redéploiement</i>
	<i>Impact sur les relations partenariales : mobilisation de parents et de professionnels non impliqués directement dans la prévention jusqu'à présent</i>
	<i>Impact technique ou opérationnel : dégager un temps de travail dédié au pilotage et à l'animation de la phase diagnostic (DEF et TAS)</i>
❷ Proposition au COFIL	Niveau de priorité 3
	Calendrier : <i>Préalable : Action 1 : janvier 2016 à décembre 2016</i> <i>Expérimentation : Action 2 : janvier 2017 à décembre 2017</i> <i>Pérennisation : janvier 2018 à la fin du schéma</i>

Résultats attendus :

- Amélioration de la connaissance des besoins en matière de prévention au cours de la période de la petite enfance
- Amélioration de l'adéquation de l'offre proposée en réponse à ces besoins

Indicateurs de suivi et d'évaluation :

- Etat des lieux des besoins et de l'existant
- Evolution du nombre d'informations préoccupantes concernant des enfants de moins de 6 ans
- Evolution du nombre d'AED concernant des enfants de moins de 6 ans
- Evolution de la fréquentation des actions de soutien à la parentalité par des familles avec jeunes enfants en lien avec la fiche action n°7 sur l'évaluation des actions de prévention)

Pilote / responsable de la mise en œuvre : Service départemental de PMI en direction sectorielle et en territoires et Service de coordination et de développement de la prévention du Conseil général (Co-pilotage)

Acteurs associés : CAF, DDCS, ASEF, service social départemental, représentants des usagers et tous les acteurs menant des actions de prévention en direction des jeunes enfants et de leurs parents, UDAF, communes et EPCI, Reaap...

Fiche action n°4 : Interroger le maillage territorial en matière de prévention spécialisée et formaliser la gouvernance du dispositif

Niveau d'enjeu : 3 ①②③④ (1 étant le niveau d'enjeu le plus fort, 4 le plus faible)

Date de début de mise en œuvre : septembre 2015

→ Rappel du contexte et de la problématique :

Les actions de prévention spécialisée s'adressent à des jeunes de 11 à 25 ans en situation de risque de marginalisation. Elles s'articulent autour de différentes missions :

- Présence sociale et travail de rue ;
- Permanences d'accueil ;
- Accompagnement éducatif et social, individuel et collectif.

Dans le département, 4 secteurs⁵⁰ disposent d'une équipe de prévention spécialisée : Autun, Chalon, Mâcon, Montceau. Or, les professionnels de prévention spécialisée se disent de plus en plus sollicités pour des interventions en milieu rural ou encore sur des secteurs urbains mais qui ne relèvent pas d'un dispositif de Politique de la Ville et qui ne sont donc pas couverts par le dispositif de prévention spécialisée.

Par ailleurs, l'élaboration du cahier des charges départemental en 2010 et la mise en place des instances de pilotage (comité départemental et comités locaux) ont permis d'améliorer le fonctionnement de la prévention spécialisée. Toutefois, l'articulation entre les différents dispositifs présents sur un territoire ne semble pas toujours satisfaisante.

Publics visés : Les adolescents et préadolescents situation de risques de marginalisation et d'inadaptation sociale

Objectifs :

- Objectiver les besoins non couverts pour les publics relevant de la prévention spécialisée
- Renforcer et formaliser la gouvernance du dispositif
- Faciliter les passages entre les dispositifs ainsi que la continuité et la cohérence des parcours

Modalités de mise en œuvre de la fiche :

ACTION 1 : Objectiver les besoins non couverts (quels jeunes, quelles problématiques...) dans les secteurs où les équipes de prévention n'interviennent pas : dresser des diagnostics partagés et co construits avec les différents partenaires	
Sous-Action 1	<ul style="list-style-type: none"> ○ Consulter les usagers et les acteurs locaux ○ S'appuyer notamment sur les diagnostics de territoires élaborés par les TAS et les autres acteurs locaux (les équipes de prévention spécialisées par exemple)
ACTION 2 : A partir de l'état des lieux réalisé dans le cadre de l'action 1 et si des besoins non couverts sont identifiés : mettre en œuvre des actions adaptées au public pour répondre aux besoins non couverts en direction des jeunes et de leurs familles, dans une dimension individuelle et collective	
ACTION 3 : Renforcer l'articulation, sur le terrain, entre les équipes de prévention spécialisée et leurs partenaires	
Sous-Action 1	<p>Elaborer un protocole de collaboration et d'échange avec les autres acteurs de la prévention et de la protection de l'enfance dans l'objectif de faciliter les passages entre les dispositifs ainsi que la continuité et la cohérence des parcours :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Mieux formaliser l'intervention de chacun : définir à quel moment la prévention spécialisée peut intervenir, dans quels objectifs... ○ Formaliser un protocole d'échange d'informations entre les partenaires (partage du secret professionnel)

⁵⁰ Quartiers spécifiques ou ensemble de la commune

ETUDE D'IMPACT :	
	<i>Impact organisationnel interne / externe : Evolution des pratiques professionnelles en lien avec l'élaboration d'un protocole de collaboration entre les partenaires. Définir un cadre conventionnel avec de nouveaux partenaires (nouvelle ville....)</i>
	<i>Impact financier prévoir un financement (nouveau ou redéploiement) pour la mise en place de nouvelles actions</i>
	<i>Impact sur les relations partenariales évolution des modes de collaboration entre les professionnels, les institutions, les collectivités</i>
	<i>Impact technique ou opérationnel redéfinir l'articulation du pilotage de la prévention spécialisée au sein de la DGAS (entre les TAS, la DEF et les villes)</i>
② Proposition au COPIL	Niveau de priorité 3
	Calendrier : <i>Préalable : Action 1 : Septembre 2015 à décembre 2015</i> <i>Expérimentation : Actions 2 : janvier 2016 à décembre 2016</i> <i>Expérimentation : Action 3 : janvier 2015 à décembre 2015</i> <i>Pérennisation : janvier 2017 à la fin du schéma</i>

Résultats attendus :

- Amélioration de l'articulation entre les services de prévention spécialisée et leurs différents partenaires sur les territoires
- Meilleures répartition des rôles et formalisation de l'intervention de chacun

Indicateurs de suivi et d'évaluation :

- Identification des éventuels besoins non couverts
- Nombres d'actions mises en œuvre, le cas échéant, en réponse à ces besoins non couverts
- Elaboration du protocole de collaboration et d'échanges entre les acteurs

Pilote / responsable de la mise en œuvre : Direction Enfance-Familles du Conseil général

Acteurs associés : TAS, Membres du comité de pilotage départemental et des comités de pilotage locaux de la prévention spécialisée, représentants des usagers, Education Nationale

Fiche action n°5 : Clarifier la gouvernance de la prévention en direction de la jeunesse

Niveau d'enjeu : 1 1 ②③④ (1 étant le niveau d'enjeu le plus fort, 4 le plus faible)

Date de début de mise en œuvre : janvier 2015

→ Rappel du contexte et de la problématique :

Au niveau départemental, différents acteurs institutionnels interviennent dans le cadre des politiques en direction de la jeunesse, notamment : la DDCS, la CAF, le Conseil général (au travers différents services : Direction Education Jeunesse et Direction Enfance-Familles notamment), l'Education nationale et l'Enseignement Supérieur ou encore les communes et EPCI.

La création d'une Concertation départementale de la Jeunesse initiée par l'Etat et portée par la DDCS, la CAF et le Conseil général (Direction Education Jeunesse) est actuellement en projet.

De même, en ce qui concerne les politiques Jeunesse au sens global, des réflexions multi partenariales sont actuellement menées dans le cadre des Assises départementales.

Toutefois, en ce qui concerne plus spécifiquement la prévention en direction de ce public, la gouvernance actuelle apparaît relativement confuse.

Publics visés : Les acteurs institutionnels intervenant dans le cadre des politiques Jeunesse et plus spécifiquement en ce qui concerne les dispositifs de prévention en direction de la jeunesse.

Objectifs et résultats attendus :

- Améliorer la lisibilité et la cohérence des actions de prévention en direction de la jeunesse

Modalités de mise en œuvre de la fiche :

Point de vigilance : La mise en œuvre de cette fiche supposera un arbitrage politique préalable puis une coordination avec les services de l'Etat (DDCS, Education nationale, Enseignement supérieur), la CAF

ACTION 1 : Revoir et formaliser les modalités de gouvernance des dispositifs de prévention en direction de la jeunesse au niveau départemental	
Sous-Action 1	<ul style="list-style-type: none"> ○ Mettre en place un comité de pilotage Prévention Jeunesse regroupant les acteurs institutionnels de la politique de prévention jeunesse ○ Positionner le Conseil général comme animateur de la politique départementale de prévention jeunesse ○ Déterminer les modalités d'articulation avec le projet de Concertation départementale de la Jeunesse initié par l'Etat et porté par la DDCS, la CAF et le Conseil général (Direction Education Jeunesse) ○ Déterminer les modalités d'articulation de ce comité de pilotage Prévention Jeunesse avec le comité de pilotage de la prévention spécialisée
Sous-Action 2	Faire un état des lieux des protocoles de coopération qui existent entre les différents acteurs et, en cas de manque, élaborer de nouvelles procédures de collaboration partenariale

ETUDE D'IMPACT :	
① Faisabilité	<i>Impact organisationnel interne / externe : instances de pilotage à définir</i>
	<i>Impact financier :</i>
	<i>Impact sur les relations partenariales : renforcement de partenariats existants, mobilisation de nouveaux partenaires</i>
	<i>Impact technique ou opérationnel : travailler sur les protocoles de coopération</i>

② Proposition au COPIL	<i>Niveau de priorité 1</i>
	<i>Calendrier :</i> <i>Préalable : janvier 2016 à décembre 2016</i> <i>Pérennisation : janvier 2017 à la fin du schéma</i>

Indicateurs de suivi et d'évaluation :

- Installation du comité de pilotage départemental Prévention Jeunesse : nombre de réunions par an
- Evolution des protocoles de coopération partenariale

Pilote / responsable de la mise en œuvre : Direction Enfance-Familles du Conseil général en lien avec les services de l'Etat (notamment DDCS, Education nationale, Enseignement supérieur...), la CAF

Acteurs associés : Service de coordination et de développement de la prévention du Conseil général, ASEF, TAS, Direction Education Jeunesse du Conseil général, PMI, DDCS, Education nationale, Enseignement supérieur, CAF, prévention spécialisée, communes, centres sociaux et socioculturels, représentants des usagers

Fiche action n°6 : Développer et coordonner l'offre préventive en réponse aux nouveaux risques auxquels sont confrontés les jeunes

Niveau d'enjeu : 2 ① ② ③ ④ (1 étant le niveau d'enjeu le plus fort, 4 le plus faible)

Date de début de mise en œuvre : janvier 2015

→ Rappel du contexte et de la problématique :

Les professionnels de terrain constatent une augmentation des conduites à risques sur le plan sexuel de la part des adolescents, des violences sexuelles au sein du cercle familial / au sein du couple ou encore des conduites à risques liées aux NTIC⁵¹ (sur le plan de la protection de la vie privée notamment).

Face à l'évolution de ces situations de risques, la prévention est indispensable et doit également évoluer. Il importe de réinterroger les dispositifs existants pour adapter, si besoin, les réponses apportées aux besoins nouveaux.

Des actions de prévention sont menées en partenariat (CPEF⁵², CDAG⁵³, prévention spécialisée, équipes médico-sociales des établissements scalaires, EPICEA...) pour faire prendre conscience des risques aux adolescents (prévention des grossesses non désirées, prévention des IST, prévention des addictions...).

L'ARS a mis en place le Pass Santé Jeunes (site internet) qui va être généralisé sur l'ensemble du département.

Par ailleurs, des réflexions sont en cours avec l'IREPS⁵⁴ et les ateliers santé ville pour former les professionnels, les sensibiliser à ces questions.

D'autre part, plusieurs actions sont réalisées avec le soutien du Reaap en direction des parents d'adolescents (réseau de parents à Chalon, café des parents...).

Enfin, la Maison des Adolescents assure une mission de coordination et de développement de la prévention mais cela ne couvre pas tout le département ni l'ensemble du périmètre.

Toutefois, les acteurs et les dispositifs sont particulièrement nombreux et variés et les actions menées semblent peu lisibles et pas toujours coordonnées entre elles.

Publics visés : Les acteurs intervenant dans les dispositifs de prévention en direction de la jeunesse et, in fine, les jeunes adolescents et préadolescents

Objectifs :

- Améliorer la lisibilité et la cohérence des actions de prévention en direction de la jeunesse
- Mieux repérer les nouveaux risques auxquels sont confrontés les jeunes et donc les nouveaux besoins en termes de prévention afin d'adapter les réponses apportées sur les territoires

Modalités de mise en œuvre de la fiche :

ACTION 1 : Créer des réseaux locaux de prévention jeunesse avec pour mission :

- D'assurer la coordination et la cohérence des interventions sur les territoires
- D'exercer une veille sur l'évolution des comportements à risques chez les jeunes et les vulnérabilités
- De questionner régulièrement l'offre locale afin de s'assurer de son adéquation avec les besoins repérés

ACTION 2 : Revoir les modalités de fonctionnement des CPEF (horaires d'ouverture, actions collectives en milieu scolaire en partenariat avec les équipes de l'Education nationale...) afin de les adapter davantage au public jeune

- Faire évoluer en ce sens les conventions avec les CPEF associatifs et hospitaliers

⁵¹ Nouvelles technologies de l'information et de la communication

⁵² Centre de planification et d'éducation familiale

⁵³ Consultations de dépistage anonyme et gratuit

⁵⁴ Instance Régionale d'Education et de Promotion de la Santé

ACTION 3 : Créer des actions en partenariat avec la Maison des Ados

ETUDE D'IMPACT :

① Faisabilité	<i>Impact organisationnel interne / externe : A intégrer dans le futur projet de service PMI / CPEF</i>
	<i>Impact financier : budget formation, subventions CPEF à consolider ou à développer</i>
	<i>Impact sur les relations partenariales : retravailler les conventions avec les CPEF, les liens avec la Maison des Ados</i>
	<i>Impact technique ou opérationnel : mobiliser des professionnels des TAS sur les réseaux locaux, organiser des formations communes</i>
② Proposition au COFIL	<i>Niveau de priorité 2</i>
	<i>Calendrier : Action 1 : janvier 2017 : expérimentation et pérennisation jusqu'à la fin du schéma Action 2 : janvier 2016 : expérimentation et pérennisation jusqu'à la fin du schéma Action 3 : janvier 2015 : expérimentation et pérennisation jusqu'à la fin du schéma</i>

Résultats attendus :

- Amélioration de la réponse aux besoins spécifiques (et évolutifs) des jeunes en matière de prévention

Indicateurs de suivi et d'évaluation :

- Nombre de réseaux locaux installés
- Evolution de la proportion de jeunes accueillis dans les CPEF (par types de demande : consultation, demande d'information...)
- Indicateur sur la MDA à définir par le Conseil général en fonction du contenu de l'action 3

Pilote / responsable de la mise en œuvre : Direction Enfance-Familles du Conseil général

Acteurs associés : Maison des Ados, Service de coordination et de développement de la prévention du Conseil général, TAS, PMI, DDSCS, Education nationale, Enseignement supérieur, CPEF, CAF, prévention spécialisée, secteur de pédopsychiatrie, communes, centres sociaux et socioculturels, représentants des usagers

Fiche action n°7 : Améliorer la lisibilité des actions et faciliter le travail en transversalité en matière de prévention

Niveau d'enjeu : 4 ①②③④ (1 étant le niveau d'enjeu le plus fort, 4 le plus faible)

Date de début de mise en œuvre : janvier 2016

→ Rappel du contexte et de la problématique :

Au cours de l'état des lieux et lors des groupes de travail avec les différents acteurs de la prévention, il est apparu :

- d'une part, un besoin d'information des usagers comme des professionnels pour leur permettre d'avoir une meilleure visibilité sur les différentes actions qui existent dans le département et dans leur territoire
- d'autre part, un besoin de coordination des différents intervenants pour éviter les doublons (cohérence des interventions et des dispositifs), pour identifier les besoins non couverts, assurer une meilleure couverture du territoire...

Par ailleurs, les professionnels constatent qu'il est difficile de toucher le public cible des actions de prévention et de mobiliser les parents (peu de participants lors des réunions / soirées débat par exemple). De plus, les personnes rencontrant les difficultés ont tendance à cacher leurs difficultés, souvent par honte.

Or, la phase de repérage des difficultés et d'évaluation du besoin de la famille (recueil de la demande / écoute de la difficulté, analyse de la situation globale...) est cruciale pour pouvoir l'orienter vers la réponse la plus adaptée.

La présence des différents partenaires dans un même lieu (permanences communes par exemple) facilite l'articulation entre les partenaires et in fine, l'orientation des familles.

Enfin, il importe de travailler sur les situations globales des usagers. En effet, les difficultés des enfants sont parfois le reflet des souffrances des parents (enfants symptômes) par exemple.

Publics visés : Les professionnels intervenant dans le cadre d'actions de prévention et, in fine, les enfants et les familles Saône-et-Loirienne

Objectifs :

- Faciliter le recours, pour les usagers, aux dispositifs de prévention
- Améliorer la couverture départementale en matière de dispositifs de prévention
- Rationnaliser l'offre en matière de prévention (identifier les redondances, les incohérences, les besoins non couverts...) grâce au recensement exhaustif des actions qui existent dans les différents territoires
- Renforcer l'information des professionnels qui sont au contact des familles pour qu'ils connaissent ce qui existe sur leur territoire et puissent orienter les familles

Modalités de mise en œuvre de la fiche :

ACTION 1 : Mieux sensibiliser, au niveau local, les professionnels au contact avec les usagers (notamment à l'accueil des territoires d'action sociale du département, dans les lieux neutres ⁵⁵ (crèches, école, centres de loisirs, associations sportives, cabinets médicaux, centres sociaux et socioculturels...) à l'écoute et au repérage des besoins des usagers afin de les orienter vers les dispositifs adaptés à leur situation	
Sous-Action 1	○ Formation des professionnels mobilisant les réseaux internes (ex : EPICEA) et Externes (SDIT, ANPAA...)
ACTION 2 : Créer une plateforme internet collaborative permettant : <ul style="list-style-type: none"> - d'une part de répondre au besoin de visibilité des actions de prévention (volet informatif) - et d'autre part de favoriser l'interconnaissance, l'échange de bonnes pratiques, le partenariat local au niveau des professionnels 	

⁵⁵ Non connotés

Sous-Action 1	<p><u>Volet informatif :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Recenser l'ensemble des actions⁵⁶ de prévention qui existent sur les territoires et les classer en fonction de critères (territoire, public, besoin...) sous la forme d'un annuaire synthétique renvoyant à des fiches de présentation plus détaillées pour chaque dispositif <p><i>NB : Le recensement exhaustif des dispositifs permettra de contribuer à rationaliser l'offre en matière de prévention (identifier les redondances, les incohérences, les besoins non couverts...)</i></p> <p><u>Volet partenarial :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Créer un espace ressources permettant le partage d'outils et de bonnes pratiques ○ Créer des forums d'échanges entre professionnels (par territoire) <p><u>Aspect technique :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Désigner un professionnel en charge de l'animation (organisation de rencontres thématiques...) et de la mise à jour de cette plateforme ○ Envisager un hébergement de cet outil sur le site de l'Observatoire (cf Fiche action n°24) ○ Veiller à l'articulation avec les autres outils en projet (portail CAF-Conseil général en direction des parents, référentiel d'intervention territoriale du PAD...)
Sous-Action 2	<p>Faire connaître et rendre accessible cet outil « Ressources » aux usagers (en plus des professionnels)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Prévoir des accès différenciés pour les professionnels (un espace « pro ») et pour les usagers avec un contenu différent.

ETUDE D'IMPACT :	
❶ Faisabilité	<p><i>Impact organisationnel interne / externe : création, animation et mise à jour de la plate-forme, formaliser une fiche de poste et dégager des moyens humains</i></p> <p><i>Impact financier : coût lié à la création de l'outil</i></p> <p><i>Impact sur les relations partenariales : référent par structure ou établissement, mobiliser les partenaires sur les actions de sensibilisation</i></p> <p><i>Impact technique ou opérationnel : orienter les actions d'EPICEA vers de nouveaux publics</i></p>
❷ Proposition au COPIL	<p><i>Niveau de priorité 4</i></p> <p><i>Calendrier :</i></p> <p><i>Préalable : Action 1 : janvier 2016 à décembre 2016</i></p> <p><i>Expérimentation : Action 2 plateforme : janvier 2017 à décembre 2017</i></p> <p><i>Pérennisation : janvier 2018 à la fin du schéma</i></p>

Indicateurs de suivi et d'évaluation :

- Mise en place de la plateforme internet collaborative et niveau d'utilisation (nombre de connexions à l'espace tout public / à l'espace « pro », nombre de téléchargement d'outils, nombre de discussion actives via le forum internet d'échange...)
- Evolution de nombre de lieux ressources dans le département et du niveau de couverture territoriale
- Nombre d'actions de sensibilisation / information réalisées en direction de professionnels (et nombre de professionnels concernés)

Pilote / responsable de la mise en œuvre : Service de coordination et de développement de la prévention du Conseil général

Acteurs associés : ASEF, PMI, TAS, DDCS, CAF, prévention spécialisée, communes, centres sociaux et socioculturels, association porteuses d'actions de prévention, représentants des usagers, Education nationale, Service informatique du Conseil général.

⁵⁶Point de vigilance ; certaines actions de prévention sont ponctuelles (non pérennes)

Fiche action n°8 : Généraliser l'évaluation des actions de prévention

Niveau d'enjeu : 1 ① ② ③ ④ (1 étant le niveau d'enjeu le plus fort, 4 le plus faible)

Date de début de mise en œuvre : juin 2015

➔ Rappel du contexte et de la problématique :

La culture de l'évaluation est encore peu développée dans le secteur du travail social et encore moins dans le domaine de la prévention.

En effet, les actions de prévention sont, par essence, difficilement évaluables, mais il est indispensable de s'interroger sur les objectifs de la prévention et sur ce qui est attendu des actions menées et de leurs effets.

Par ailleurs, les dispositifs de prévention touchent un large public et concernent de nombreux partenaires à travers de nombreuses actions ce qui entraîne des difficultés de lisibilité et un besoin d'accroître la cohérence globale des politiques de prévention.

Publics visés : Tous les acteurs mettant en œuvre des actions de prévention

Objectifs :

- Positionner l'évaluation des actions de prévention comme un outil d'aide à la décision : poursuite voire développement de certaines actions, réorientation de certaines actions afin de répondre davantage aux besoins, identification des actions redondantes...
- Améliorer la lisibilité sur les effets des dispositifs de prévention
- Renforcer la visibilité des financeurs et des professionnels de terrain sur les impacts, la pertinence et l'efficacité des actions mises en œuvre

Modalités de mise en œuvre de la fiche :

ACTION 1 : Créer un référentiel départemental de l'évaluation des actions de prévention	
Sous-Action 1	<p>Mettre en place une formation-action avec les professionnels du Conseil général et ses partenaires afin de construire un cadre évaluatif partagé et de développer une culture commune :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Identifier des indicateurs d'évaluation des actions de prévention ○ Construire des outils communs d'évaluation des actions (grille de présentation des objectifs de l'action, grille d'analyse d'impacts de l'action...) <p>Alimenter les réflexions des professionnels en réunissant, en parallèle de la formation-action, un ou plusieurs groupes d'usagers afin d'identifier leurs attentes et leurs besoins : s'appuyer sur les groupes d'usagers existants (ERSP, Maison des parents...)</p>
ACTION 2 : Présenter ce référentiel à tous les professionnels menant des actions de prévention et les sensibiliser à l'utilisation des outils produits	

ETUDE D'IMPACT :

① Faisabilité	<p><i>Impact organisationnel interne / externe : construction cadre évaluatif partagé</i></p> <p><i>Impact financier : coût de la formation-action</i></p> <p><i>Impact sur les relations partenariales : utilisation d'un référentiel commun</i></p> <p><i>Impact technique ou opérationnel : intégrer le processus d'évaluation dans les pratiques professionnelles</i></p>
② Proposition au COPIL	<p><i>Niveau de priorité 1</i></p> <p><i>Calendrier</i></p> <p><i>Préalable : action 1 : juin 2015 à décembre 2015</i></p> <p><i>Expérimentation : les autres actions : janvier 2016 à décembre 2016</i></p> <p><i>Pérennisation : janvier 2017 à la fin du schéma</i></p>

Résultats attendus :

- Une offre de prévention plus cohérente et plus en adéquation avec les besoins identifiés sur les territoires
- Une meilleure couverture du territoire par les actions de prévention considérées comme pertinentes et efficaces
- Développement d'une culture commune de l'évaluation

Indicateurs de suivi et d'évaluation :

- Nombre de professionnels ayant participé à la construction du référentiel et venant d'institutions différentes
- Nombre de professionnels ayant été (in)formés à son utilisation
- Nombre d'utilisateurs ayant participé à la construction du référentiel
- Nombre d'actions évaluées à partir du référentiel et des outils produits

Pilote / responsable de la mise en œuvre : Conseil général (élus + direction à déterminer)

Acteurs associés : Les financeurs des actions de prévention concernées ainsi que les porteurs de projet, des représentants des usagers, les services du Conseil général.

3.Axe 2 : Evaluer, coordonner les prises en charge et piloter les parcours en protection de l'enfance

Les acteurs impliqués dans le groupe de travail sur cette problématique ont structuré la réflexion selon la chronologie d'un parcours typique en protection de l'enfance : l'entrée à travers le dispositif d'urgence, l'évaluation de la situation (qui intervient au départ mais aussi à différentes étapes de ce parcours), le pilotage de ce parcours (fiche action n°10 « plateforme des demandes d'accueil et d'orientation »), la gestion des ruptures dans le parcours et la problématique de l'accès à l'autonomie pour les publics à partir de 15 / 16 ans. Il s'agit globalement de rendre plus fluide le parcours en protection de l'enfance, de favoriser une meilleure coordination à la fois au niveau de la Direction de l'enfance et des familles en lien avec les territoires mais aussi en dotant l'ensemble des acteurs d'outils et cadres de référence communs. Enfin, une actualisation formalisée des attentes du Département chef de file de la protection de l'enfance est apparue souhaitable, tout particulièrement en matière d'accueil d'urgence.

Fiche action n°9 : Mettre en place une plateforme centralisée de gestion des demandes d'accueil et d'orientation des enfants confiés

Niveau d'enjeu : 1 1 ② ③ ④ (1 étant le niveau d'enjeu le plus fort, 4 le plus faible)

Date de début de mise en œuvre : janvier 2015

→ Rappel du contexte et de la problématique :

Le suivi des places disponibles en établissement est actuellement réalisé grâce à un tableau hebdomadaire rempli par l'ASEF à partir des informations transmises par les établissements. Ce tableau est surtout utilisé pour les recherches de places dans le cadre des astreintes (accueil d'urgence). Il est envoyé, pour information, aux établissements et lieux de vie, ainsi qu'à la PJJ.

Son contenu actuel ne le rend pas pertinent pour effectuer des recherches de places pour des accueils préparés (primo-accueils ou réorientations) : manque d'information sur les caractéristiques des places, sur le projet de l'établissement...

Il ne permet également pas d'anticiper et de préparer les accueils (absence d'indications sur les sorties prévisionnelles, en fin d'année scolaire par exemple).

Enfin, il ne permet pas de disposer d'informations en temps réel.

En ce qui concerne l'admission en établissement, il a été constaté au cours de l'état des lieux que, pour un même enfant, un dossier de demande d'admission était généralement envoyé à plusieurs établissements. Cette pratique crée des doublons dans les listes d'attente (accentuation du sentiment d'embolisation du dispositif et de manque de places) et apparaît très consommatrice de temps (tant pour les professionnels de l'ASEF que pour ceux des établissements). En outre, elle ne permet pas d'établir de priorités dans les demandes d'admission.

Publics visés : Les établissements du dispositif de protection de l'enfance

Objectifs :

- Disposer d'une meilleure visibilité des places disponibles
- Optimiser les procédures d'admission (demande unique, priorisation...)
- Contribuer à fluidifier le dispositif global et notamment en sortie d'accueil d'urgence (régulation des flux)

Modalités de mise en œuvre de la fiche :

ACTION1 : Elaborer une procédure unique de demande d'admission et d'orientation en établissement	
Sous-Action 1	○ Elaborer un dossier unique de demande d'admission et d'orientation
Sous-Action 2	○ A terme, formuler les demandes d'admission sur le logiciel
Sous-Action 3	○ Prévoir une procédure spécifique pour les places d'accueil d'urgence si nécessaire (en lien avec la fiche n°8)
ACTION 2 : Structurer le pilotage de la plateforme à partir de la Direction Enfance-Familles en lien avec les territoires	
Sous-Action 1	○ Définir les critères de priorisation (sortie d'accueil d'urgence, secteur, âge, nécessité de soins, projet scolaire...)
ACTION 3 : Faire évoluer le système actuel de recueil des places disponibles dans les établissements vers un logiciel permettant aux établissements de compléter leurs disponibilités en temps réel	

ETUDE D'IMPACT :	
❶ Faisabilité	<i>Impact organisationnel interne / externe</i> Fort Ressources humaines à affecter pour le pilotage de la plateforme
	<i>Impact financier</i> Coût de développement – projet DSIIG Redéploiement
	<i>Impact sur les relations partenariales</i> Fort
	<i>Impact technique ou opérationnel</i> Fort, du point de vue de la construction du cahier des charges technique pour le développement de l'outil, que de la construction des procédures pour la mise en œuvre opérationnelle avec les acteurs
❷ Proposition au COPIL	<i>Niveau de priorité 1</i>
	<i>Calendrier :</i> <i>Préalable : action 1 et 2 : janvier 2015 à décembre 2015</i> <i>Expérimentation : janvier 2016 à décembre 2016</i> <i>Pérennisation : janvier 2017 à la fin du schéma</i>

Point de vigilance :

- Veiller à la cohérence et l'articulation avec les procédures liées à l'accueil familial

Résultats attendus :

- Réduction du temps consacré par les professionnels de l'ASEF à la recherche des places en établissement
- Réduction du temps consacré par les établissements à l'examen des demandes d'admission faites de manière simultanée dans plusieurs établissements
- Pilotage en temps réel du dispositif d'accueil par l'ASEF (meilleure visibilité sur les places disponibles)

Indicateurs de suivi et d'évaluation :

- Structuration de la plateforme
- Evolution du nombre de places disponibles (par mois, sur une année)
- Evolution du nombre de sorties du dispositif d'accueil d'urgence sur une période donnée
- Evolution de la durée d'accueil en accueil d'urgence (en lien avec la fiche action n°8)

Indicateurs de suivi et d'évaluation :

- Structuration de la plateforme
- Evolution du nombre de places disponibles (par mois, sur une année)
- Evolution du nombre de sorties du dispositif d'accueil d'urgence sur une période donnée
- Evolution de la durée d'accueil en accueil d'urgence (en lien avec la fiche action n°8)

Pilote / responsable de la mise en œuvre : ASEF et TAS

Acteurs associés : Etablissements et services relevant de la protection de l'enfance, Service informatique du Conseil général (DSIG), Magistrats, PJJ

Fiche action n°10 : Généraliser l'évaluation pluridisciplinaire annuelle de la situation de tous les mineurs bénéficiant d'une mesure ASE

Niveau d'enjeu : 2 ① ② ③ ④ (1 étant le niveau d'enjeu le plus fort, 4 le plus faible)

Date de début de mise en œuvre : avril 2016

→ Rappel du contexte et de la problématique :

L'article L.223-5 du Code de l'action sociale et des familles (modifié par la loi du 5 mars 2007) affirme l'obligation de produire un rapport annuel pour tout mineur accueilli dans le cadre d'une mesure administrative ou judiciaire de protection de l'enfance : « *Le service⁵⁷ élabore au moins une fois par an un rapport, établi après une évaluation pluridisciplinaire, sur la situation de tout enfant accueilli ou faisant l'objet d'une mesure éducative* ».

L'exigence de ce rapport annuel vise à renforcer le suivi de la prise en compte des besoins de l'enfant tout au long de la mesure dont il bénéficie, et à évaluer si la mesure a répondu aux difficultés de sa situation, s'il convient d'y mettre fin, de la prolonger ou de lui substituer une autre mesure, et en particulier de modifier le statut de prise en charge de l'enfant.

Au-delà de cette obligation légale, une orientation adaptée (cf fiche n°10) suppose une évaluation précise de la situation individuelle et familiale du mineur concerné. Cette évaluation doit être pluridisciplinaire et partenariale, en particulier pour les prises en charge multiples.

La mise en place du PIE va permettre de formaliser ces évaluations qui seront nécessaires pour la mise à jour régulière du projet en fonction de l'évolution de la situation.

Par ailleurs, différentes instances (CPE, synthèses...) permettent d'assurer le suivi régulier des situations individuelles. Il semble toutefois que ces instances ne soient pas mises en œuvre de manière uniforme sur les territoires.

Par ailleurs, il n'existe pas de trame commune d'évaluation de la situation d'un mineur en cours de mesure.

Publics visés : L'ensemble des professionnels contribuant à l'accompagnement d'un enfant bénéficiant d'une mesure ASE et les bénéficiaires de la mesure (participation à la prise en charge proposée)

Objectifs :

- Dresser régulièrement (1 fois par an, deux fois par an pour les jeunes enfants ou selon les besoins) et pour toutes les situations, un bilan partagé avec tous les acteurs (et en premier lieu les bénéficiaires : le mineur et le(s) détenteur(s) de l'autorité parentale) pour faire évoluer, si besoin, le projet de l'enfant
- Permettre d'anticiper les décisions en amont de l'échéance / date de l'audience du juge.
- Faciliter l'orientation / la réorientation en cas de placement (adéquation entre les besoins de l'enfant / son projet et les caractéristiques du lieu d'accueil)
- Améliorer le repérage des situations de délaissement parental et faire évoluer le statut de l'enfant en conséquence afin de lui garantir une protection maximale.

Modalités de mise en œuvre de la fiche :

ACTION 1 : Elaborer un référentiel, partagé, d'évaluation pluridisciplinaire régulière et systématique de la situation individuelle d'un mineur en cours de mesure	
Sous-Action 1	<ul style="list-style-type: none"> ○ Définir des instances partenariales de bilan (fréquence, organisation, participants, objectifs...) devant être mises en place dans tous les territoires de manière harmonisée ○ Préciser le pilote de chaque instance (le professionnel qui est à l'initiative de la réunion)
Sous-Action 2	<ul style="list-style-type: none"> ○ Identifier les outils nécessaires à une telle évaluation : grille d'évaluation commune intégrant toutes les dimensions de la prise en charge (scolarité, santé physique et psychique, relations familiales, évolution par rapport aux objectifs fixés...) et son articulation, en cas de prise en charge multiple, avec les autres projets de l'enfant élaborés par les partenaires (PAI par exemple).

⁵⁷ ASE / établissements et services d'accueil du mineur

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Préciser le rôle de chacun dans la réalisation de cette évaluation (référénts ASEF et établissement, médecins de PMI, mineur, détenteur(s) de l'autorité parentale, établissement / assistant familial, service, partenaires : Education nationale, médecins libéraux...) ○ Formaliser les modalités de respect du secret professionnel partagé ○ Définir les modalités d'association des professionnels intervenant au sein de la famille ○ Prévoir les modalités d'articulation de cette évaluation avec le PIE : remontées d'éléments d'observation par les professionnels qui accueillent l'enfant (établissements, assistants familiaux)
Sous-Action 3	Préciser tous ces éléments dans le référentiel (outils, procédures...) et prévoir les formations nécessaires à son appropriation (par exemple sur la notion de délaissement parental)
ACTION 2 : Travailler dans une logique d'élaboration de projet de vie pour les enfants confiés à l'aide sociale à l'enfance, sur le long terme	
Sous-Action 1	<ul style="list-style-type: none"> ○ Formaliser une instance de veille autour de l'évaluation des situations de délaissement parental et des questions de statut ○ Sensibiliser les professionnels de l'ASEF autour de la protection offerte par le statut de pupille afin d'éviter tout raccourci entre statut de pupille (protecteur) et adoption (projet possible mais non exclusif) ○ Questionner systématiquement pour les enfants admis en tant que pupille de l'Etat l'opportunité d'une adoption ○ Décliner le référentiel d'accompagnement des projets d'adoption pour les enfants dont l'adoptabilité aura été validée et développer des prises en charges innovantes pour les autres (parrainage...)
Sous-Action 2	<ul style="list-style-type: none"> ○ Restructurer l'accompagnement des candidats à l'adoption pour une meilleure préparation à la réalité de l'adoption

ETUDE D'IMPACT :	
❶ Faisabilité	<i>Impact organisationnel interne / externe</i> Fort Nécessite de questionner qualitativement les évaluations faites, ainsi que les préconisations portées aux décideurs et les niveaux de validation. Articulation de la pluridisciplinarité Qualification et harmonisation des instances de synthèse et de décision Prise en compte de la réorganisation des TAS Intégration dans un projet de service ASEF
	<i>Impact financier</i> Non, pas à court terme mais induit à moyen terme par la qualité des décisions prises, par impact des évaluations et préconisations faites
	<i>Impact sur les relations partenariales</i> Fort, tant du point de vue des partenaires judiciaires, que gardiens de faits Avec les partenaires pluridisciplinaires : à organiser / quel contenu ? quel partage d'information ? quel tempo pour obtenir une évaluation complète de la situation globale pour un décideur ?
	<i>Impact technique ou opérationnel</i> Corollaire avec la déclinaison opérationnelle du référentiel Accueil, tant pour la référence gérée en interne qu'externalisée

2 Proposition au COFIL	<i>Niveau de priorité 2</i>
	<i>Calendrier :</i> <i>Préalable : avril 2016 à novembre 2016</i> <i>Expérimentation : décembre 2016 à décembre 2017</i> <i>Pérennisation : janvier 2018 à la fin du schéma</i>

Résultats attendus :

- Systématisation de la démarche de bilan, d'évaluation et de fixation d'objectifs pour toutes les mesures ASE
- Harmonisation et cohérence des pratiques et des outils en matière d'évaluation des situations individuelles

Indicateurs de suivi et d'évaluation :

- Construction du référentiel d'évaluation pluridisciplinaire de la situation individuelle d'un mineur en cours de mesure
- Nombre de participants aux formations d'appropriation du référentiel
- Nombre et types d'instances partenariales de bilan mises en place dans tous les territoires (par exemple : synthèse) et modalités de fonctionnement
- Nombre d'évaluations pluridisciplinaires annuelles réalisées (par rapport au nombre de mineurs bénéficiant d'une mesure ASE)

Pilote / responsable de la mise en œuvre : ASEF

Acteurs associés : L'ensemble des professionnels contribuant à l'accompagnement d'un enfant bénéficiant d'une mesure ASE et, en premier lieu, les établissements et services relevant de l'ASE (dont les assistants familiaux), usagers (parents et enfants), Education Nationale.

Fiche action n°11 : Redéfinir l'accueil d'urgence

Niveau d'enjeu : 1 ①②③④ (1 étant le niveau d'enjeu le plus fort, 4 le plus faible)

Date de début de mise en œuvre : janvier 2015

→ Rappel du contexte et de la problématique :

Le dispositif d'accueil d'urgence est composé de 114 places réparties entre :

- les deux établissements autonomes d'accueil d'urgence (le Foyer de l'enfance de Mâcon et l'Institut Départemental de l'Enfance et de la Famille⁵⁸ à Chatenoy-le-Royal dans l'agglomération chalonnaise)
- quelques places réservées au sein de 8 établissements et services de placement familial non dédiés à l'accueil d'urgence.

Cependant, actuellement, les foyers de l'enfance réalisent davantage d'accueils préparés de type MECS que d'accueils d'urgence au sens strict (accueil 72h ou OPP). Le constat est le même pour les établissements disposant de places d'accueil d'urgence. De plus, les durées des séjours augmentent⁵⁹ car une fois l'évaluation de la situation familiale réalisée, l'orientation est souvent problématique si un placement est préconisé (embolisation du dispositif d'aval).

Le précédent schéma avait fixé pour objectif de réformer l'accueil d'urgence mais cette démarche globale n'a pas été menée à son terme.

Il importe à présent de questionner de manière approfondie l'ensemble du dispositif.

Publics visés :

- Les 2 foyers de l'enfance et les 8 établissements et services concernés par l'accueil d'urgence.
- In fine, les enfants accueillis dans l'urgence

Objectifs :

- Objectif global : Optimiser l'accueil d'urgence et, in fine, fluidifier les entrées et sorties du dispositif
- Objectifs spécifiques :
 - Définir et partager les grands principes et les attendus de l'accueil d'urgence en Saône-et-Loire
 - Interroger et améliorer l'efficacité du dispositif d'accueil d'urgence

⁵⁸ IDEF

⁵⁹ Un tiers des enfants sont accueillis depuis plus d'un an au foyer de l'enfance de Mâcon.

Modalités de mise en œuvre de la fiche :

ACTION 1 : Elaborer un cahier des charges de l'accueil d'urgence dans le département	
Sous-Action 1	<p>Sur la base du travail réalisé dans le cadre du précédent schéma préciser :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ la définition de l'accueil d'urgence en Saône-et-Loire (ce qu'il est, ce qu'il n'est pas) ○ le périmètre donné à l'accueil d'urgence : la commande du Conseil général concernant les missions de l'accueil d'urgence (observation, évaluation, orientation) et le positionnement des Foyers de l'Enfance et des établissements disposant de places d'accueil d'urgence ○ le volume de places d'accueil d'urgence nécessaires ainsi que leurs caractéristiques (tranches d'âges concernées) : évaluer les caractéristiques des accueils actuels ○ le maillage territorial optimum et acceptable (hypothèses de localisation de l'offre : dans un ou plusieurs Foyers de l'enfance ? Dans des MECS ? Chez des assistants familiaux ? ...) ○ les conditions de l'accueil d'urgence : conditions d'accès, durée, compétences à mobiliser... ○ l'organisation du dispositif pour répondre à ces attendus
ACTION 2 : Dans un second temps, selon le volume de places nécessaire à l'accueil d'urgence qui aura été défini : Faire évoluer les capacités d'accueil par redéploiement (moyens constants) et revoir les projets d'établissement et de service des structures concernés par la prise en charge de l'accueil d'urgence dans le département	

ETUDE D'IMPACT :	
❶ Faisabilité	<p><i>Impact organisationnel interne / externe :</i></p> <p><u>Interne</u> ; collatéral avec la mise en place de la plateforme de gestion centralisée des places</p> <p><u>Externe</u> : modalités d'accueil ; rôle des établissements non dédiés actuellement à l'urgence mais qui réalisent malgré tout une part de cette mission</p> <p>Interroger la nécessité de la volumétrie de places effectivement dédiées à l'accueil d'urgence sur le département</p>
	<p><i>Impact financier :</i> Pas d'impact financier en 2015 selon redéploiement</p>
	<p><i>Impact sur les relations partenariales :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Important ; - nécessite de retravailler, en lien avec la plateforme centralisée de gestion des places les suites d'orientations ; - nécessite de définir très clairement ce qui est urgent et immédiat et les missions attendues des foyers de l'enfance - nécessite de se positionner très clairement sur « urgence et répartition territoriale » - nécessite de revoir l'article 9 du protocole - impacts projets d'établissements
❷ Proposition au COPIL	<p><i>Impact technique ou opérationnel</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Cahier des charges - Décliné en process - Impact sur les projets de service des établissements et leurs autorisations
	<p><i>Niveau de priorité 1</i></p> <p><i>Calendrier :</i></p> <p><i>Préalable : action 1 : janvier 2015 à juin 2015</i></p> <p><i>Expérimentation : action 2 : juillet 2015 à juin 2016</i></p> <p><i>Pérennisation : juillet 2016 à la fin du schéma</i></p>

Points de vigilance :

- Les réflexions menées devront prendre en compte la question de la proximité du lieu d'accueil par rapport à l'environnement habituel de l'enfant (scolarisation, soins le cas échéant...)
- Il sera nécessaire de travailler avec les prescripteurs pour construire un dispositif adapté aux besoins identifiés sur les territoires
- La fluidification du dispositif global dépendra également des redéploiements qui seront opérés pour adapter l'offre actuelle à l'évolution des besoins (cf axe 3)
- Il sera nécessaire de suivre le volume des demandes d'accueil en attente au niveau du département (enfants qui restent dans leur famille dans l'attente d'une place en établissement ou chez un assistant familial)

Résultats attendus :

- Disposer d'une solution efficace pour la prise en charge de l'accueil d'urgence : un dispositif dont le volume et le fonctionnement répondent aux besoins en termes quantitatifs (nombre de places et maintien d'une certaine disponibilité de celles-ci) et qualitatifs (taille et fourchette d'âge des groupes ; durée de séjour sur une place d'urgence)
- Fluidifier les entrées et sorties du dispositif
- Renforcer les missions spécifiques des acteurs de l'accueil d'urgence : accueil immédiat, observation évaluation, orientation

Indicateurs de suivi et d'évaluation :

- Elaboration et diffusion du cahier des charges départemental
- Evolution des capacités d'accueil d'urgence
- Evolution des projets d'établissement des structures en charge de l'accueil d'urgence
- Diminution de la durée moyenne de séjour en accueil d'urgence (conformément aux orientations qui auront été prises dans le cahier des charges)

Pilote / responsable de la mise en œuvre : ASEF

Acteurs associés : Magistrats, Foyers de l'enfance, AEMO, PJJ, établissements disposant de places d'accueil d'urgence, représentants d'utilisateurs

Fiche action n°12 : Eviter les ruptures de parcours pour des jeunes dont la prise en charge est complexe

Niveau d'enjeu : 2 ① ② ③ ④ (1 étant le niveau d'enjeu le plus fort, 4 le plus faible)

Date de début de mise en œuvre : janvier 2015

→ Rappel du contexte et de la problématique :

Pour un certain nombre de situations, des blocages limitent la mise en œuvre concrète du projet de l'enfant (PIE), notamment au moment de l'orientation à la suite d'un accueil en foyer de l'enfance⁶⁰ ou dans le cadre d'une réorientation (voire d'une exclusion non anticipée ce qui accroît le risque de rupture dans le parcours du jeune).

Ces situations relèvent le plus souvent (mais pas exclusivement) de prises en charge multiples (relevant du soin et/ou du médico-social, de l'ASE, voire de la PJJ... : les cas dits « complexes »).

Dans tous les cas, la mise en œuvre du projet de l'enfant est bloquée, souvent en partie du fait d'un manque de coopération entre les différents acteurs impliqués. En effet, les différentes institutions ne peuvent souvent pas gérer individuellement ces situations compliquées qui deviennent complexes lorsque le partenariat autour ne fonctionne pas bien.

Plusieurs expérimentations de partenariat renforcé ont été menées dans le département (dans le cadre de l'accueil familial) et ont prouvé leurs effets positifs, pour le jeune en premier lieu mais également pour les professionnels (les situations complexes ou compliquées pour lesquelles les solutions ne sont pas adaptées sont très chronophages).

Actuellement ces expérimentations se font au cas par cas. Toutefois, ce partenariat renforcé permettant une prise en charge partagée (assistants familiaux, secteur médico-social, secteur sanitaire), construite dans l'intérêt du jeune et dans le respect des compétences de chaque acteur, gagnerait à être renforcé et structuré afin d'être étendu à d'autres situations comparables.

Par ailleurs, des situations de ruptures peuvent être générées par des réorientations successives d'enfants notamment suite à des crises au sein de leur lieu d'accueil. Ces enfants se retrouvent parfois à devoir être accueillis dans l'un des deux foyers de l'enfance en dernier recours alors qu'il ne nécessite pas un accueil d'urgence au sens strict (avec évaluation). Ces situations contribuent à l'embolisation du dispositif d'accueil d'urgence.

Publics visés : L'ensemble des acteurs intervenant dans la prise en charge de ces mineurs et auprès de la famille

Objectifs :

- Faciliter le travail partenarial pour une prise en charge coordonnée des mineurs mobilisant plusieurs acteurs institutionnels
- Prévenir les ruptures de prise en charge par une approche pluri institutionnelle et pluridisciplinaire adaptée à la situation de chaque enfant
- Améliorer le partage, entre les professionnels venant d'institutions différentes, des informations utiles à une prise en charge adaptée des mineurs
- Faciliter le recours à des solutions de relais entre lieux d'accueil afin d'éviter les ruptures pour les enfants

⁶⁰ Ce qui est à l'origine de l'augmentation des durées de séjour

Modalités de mise en œuvre de la fiche :

ACTION 1 : Mettre en place une commission décisionnelle de régulation des prises en charge dont la mise en œuvre est complexe, avec 2 niveaux de fonctionnement :	
<ul style="list-style-type: none"> - Un niveau local piloté par l'adjoint ASEF et réunissant tous les acteurs locaux impliqués - Un niveau départemental piloté par le chef de service ASEF en lien avec les adjoints ASEF, traitant les situations les plus compliquées où un engagement institutionnel fort est indispensable 	
Sous-Action 1	Elaborer une charte inter institutionnelle fondatrice de la commission attestant de l'engagement de chacun des acteurs représentés dans les 2 niveaux de la commission à respecter les principes fondateurs
Sous-Action 2	Rédiger un règlement de fonctionnement précisant notamment : <ul style="list-style-type: none"> o La liste des membres de droit de cette commission⁶¹. Ces membres siégeront selon les besoins (c'est-à-dire les caractéristiques des situations étudiées) et leur niveau d'implication (actuelle ou nécessaire) dans la prise en charge de la situation. o Les critères de saisine de l'instance (s'inspirer des critères définis dans d'autres départements comme la Seine-Saint-Denis par exemple)
ACTION 2 : Développer les accueils relais organisés pour soulager ponctuellement les lieux d'accueil habituels sans provoquer de rupture dans le parcours de l'enfant	
Sous-Action 1	Encourager les établissements à passer des conventions entre eux pour organiser ces accueils relai, notamment en cas de difficulté de prise en charge dans un établissement : crise passagère...
Sous-Action 2	Elaborer une convention de partenariat entre le service départemental d'accueil familial du Conseil général et des établissements pour organiser des relais entre les 2 types d'accueil
Sous-Action 3	Identifier, pour l'accueil familial, des assistants familiaux pouvant accueillir des enfants en relai et formaliser ce type d'accueil ponctuel entre assistants familiaux
Sous-Action 4	Prévoir, dans les procédures, la nécessité d'obtenir l'accord de l'adjoint ASEF en amont de la mise en place du relai

ETUDE D'IMPACT :	
❶ Faisabilité	<i>Impact organisationnel interne / externe</i> Fort
	<i>Impact financier</i> Action 1 : pas d'impact financier Action 2 : Induit, pour la partie « développer les accueils-relais », nécessite des travaux en corollaire sur le financement afin d'éviter de doubler les prises en charge financières
	<i>Impact sur les relations partenariales</i> Action 1 : Fort – nécessite de vérifier l'engagement inter-institutionnel, sur plusieurs secteurs d'intervention (sanitaire, médico-social, ..) Nécessite d'animer ce réseau de professionnels Action 2 : Fort, dans la réalisation de relais de qualité
	<i>Impact technique ou opérationnel</i> Action 1 : Fort Action 2 : important

⁶¹ Déterminer les modalités d'association des détenteurs de l'autorité parentale

2 Proposition au COFIL	<i>Niveau de priorité 2</i>
	<i>Calendrier :</i> <i>Préalable : Action 1 : janvier 2015 à septembre 2015</i> <i>Expérimentation : Action 2 : octobre 2015 à septembre 2016</i> <i>Pérennisation : octobre 2016 à la fin du schéma</i>

Les principes de la commission :

- La commission ne peut être saisie que lorsque qu'un projet a été défini pour l'enfant (le PIE)
- La commission a vocation à être saisie et à se réunir que lorsqu'un obstacle (ou plusieurs) empêche(ent) la mise en œuvre du projet. Ainsi, les orientations / admissions qui ne posent pas de difficulté particulière seront traitées en dehors de cette commission (prérogative de l'adjoint ASEF).
- La commission est décisionnelle d'un point de vue opérationnel, pour mettre en œuvre les préconisations et décisions. Ainsi, dans le cadre judiciaire, la commission s'inscrit dans le périmètre d'action fixé par les Magistrats.

Résultats attendus :

- Lever les points de blocage grâce à un travail partenarial et une collaboration renforcés entre les acteurs
- Permettre une meilleure individualisation des prises en charge

Indicateurs de suivi et d'évaluation :

- Elaboration de la charte et nombre de signataires
- Nombre de saisines de la commission (et de demandes d'examen en commission acceptées / refusées)
- Nombre de réunions tenues / de situations examinées par an par la commission
- Nombre de situations solutionnées / de ruptures de prise en charge évitées
- Nombre d'accueils relais mis en place

Pilote / responsable de la mise en œuvre : ASEF

Acteurs associés : Etablissements et services relevant de l'ASE, Assistants familiaux, ARS, PJJ, MDPH, Magistrats, Education nationale, établissements et services médico-sociaux spécialisés, autres professionnels pouvant intervenir au sein de la famille.

Fiche action n°13 : Faciliter la transition vers l'âge adulte pour les jeunes bénéficiaires d'une mesure ASE

Niveau d'enjeu : 3 ①②③④ (1 étant le niveau d'enjeu le plus fort, 4 le plus faible)

Date de début de mise en œuvre : janvier 2015

→ Rappel du contexte et de la problématique :

Dans certains territoires, comme à Montceau, un travail partenarial spécifique s'est mis en place pour préparer les jeunes à la sortie du dispositif ASE et faciliter le passage de relais vers les dispositifs de droit commun, notamment lorsque le jeune devient majeur. Ainsi, dans ce secteur, une commission réunissant les différentes parties prenantes (ASE, mission locale...) facilite le travail en réseau.

Par ailleurs, dans toutes les missions locales, il existe un dispositif spécial d'accompagnement des situations complexes, permettant de définir comment la mission locale va pouvoir engager un projet d'insertion et de formation.

D'autres dispositifs sont mobilisés pour accompagner les jeunes dans leur autonomisation (par exemple le FAJ⁶² ou encore l'ASI⁶³ mis en œuvre, dans le département par l'association le Pont et financée par le Conseil général pour une durée de 12 voire 18 mois) ; certains sont locaux, d'autres sont mobilisables sur tout le territoire départemental, d'autres encore relèvent de dispositifs légaux...) et que le passage à l'âge adulte est encore trop peu anticipé.

Enfin, pour certains publics spécifiques (notamment les jeunes relevant également du secteur du handicap ou encore les mineurs étrangers isolés), la transition vers l'âge adulte suppose une articulation encore plus fine avec les autres dispositifs de droit commun ou du secteur spécialisé (handicap) adulte.

Publics visés : Jeunes bénéficiant d'une mesure ASE, à partir de 15-16 ans

Objectifs :

- Faciliter le passage du cadre de la protection de l'enfance à celui du droit commun ou du secteur spécialisé (handicap) adulte dans une logique de continuité du parcours
- Renforcer la sensibilisation des professionnels accompagnant des jeunes pris en charge au titre de l'ASE et approchant de l'âge de la majorité sur la nécessité d'anticiper la fin de la prise en charge ASE en construisant un projet d'autonomisation, avec le jeune et en lien avec le réseau partenarial
- Améliorer l'information des professionnels et des jeunes sur les dispositifs pouvant être mobilisés

Modalités de mise en œuvre de la fiche :

ACTION 1 : Mettre en place des actions transversales⁶⁴ d'information et de sensibilisation des professionnels	
Sous-Action 1	Recenser tous les outils mobilisables dans le cadre de l'autonomisation des jeunes (pour toutes les thématiques : logement / hébergement, santé, budget, formation / insertion, mobilité, accès aux droits (justice, aide sociale sur le plan administratif), culture, loisirs...) pour permettre l'appropriation par les professionnels
Sous-Action 2	Poursuivre les formations des agents du Conseil général (assistants familiaux notamment) visant à favoriser l'autonomisation des jeunes accueillis
ACTION 2 : Préciser les procédures (notamment en ce qui concerne l'exercice de la référence, ou encore	

⁶² Fonds d'Aide aux Jeunes

⁶³ Appui Social Individualisé

⁶⁴ Interinstitutionnelles

l'élaboration et la mise en œuvre du PIE) afin de s'assurer qu'un travail spécifique (formalisation du projet, des partenariats ⁶⁵ ...) est fait pour tous les adolescents afin d'anticiper l'arrivée à l'âge adulte , et ce, dès l'âge de 15-16 ans	
Sous-Action 1	Prendre en compte la situation spécifique des jeunes relevant du secteur du handicap (notamment ceux accueillis chez les assistants familiaux : transition vers un agrément accueillant familial)
Sous-Action 2	Prendre en compte la situation spécifique des mineurs étrangers isolés : imaginer des réponses adaptés pour leur arrivée à la majorité
ACTION 3 : Repréciser le périmètre de l'accompagnement des jeunes majeurs par le Conseil général	
Les modalités de contractualisation de l'APJM pourront être révisées, à la fois en fonction des catégories de publics concernées, mais aussi des contextes locaux (articulation de la prise en charge avec les ressources de droit commun, travaillées notamment dans la cadre des projets de territoire).	

ETUDE D'IMPACT :	
❶ Faisabilité	<i>Impact organisationnel interne / externe</i> Action 1 : Fort Action 2 : réflexion à mener et outils à recenser
	<i>Impact financier</i> Pas directement
	<i>Impact sur les relations partenariales</i> Action 1 : fort Action 2 : courant, animation à réaliser (+ lien avec les réalisations sur le sujet du développement social local)
	<i>Impact technique ou opérationnel</i> Fort concernant l'action 1 : nécessite un engagement de tous les acteurs, et des capacités (notamment en places disponibles) à la mise en œuvre Action 2 : travail important de recensement – travail important de mise à jour Action 4 : travail en lien avec l'observatoire
❷ Proposition au COPIL	<i>Niveau de priorité 3</i>
	<i>Calendrier :</i> <i>Préalable : Action 1, 2 et 3 : Janvier 2015 à juin 2015</i> <i>Pérennisation : Juillet 2015 à la fin du schéma</i>

Résultats attendus :

- Un meilleur accompagnement des jeunes pris en charge au titre de l'ASE vers l'autonomie et / ou la transition à l'âge adulte

Indicateurs de suivi et d'évaluation :

- Evolution des procédures relatives au PIE et à la référence de l'enfant confié
- Nombre d'actions transversales⁶⁶ d'information et de sensibilisation des professionnels mises en place et nombre de participants
- Nombre d'accueils chez un assistant familial poursuivis avec un agrément d'accueillant familial (accueils d'adultes handicapés)
- Réalisation d'une étude sur l'insertion professionnelle et sociale des anciens mineurs pris en charge par l'ASE

Pilote / responsable de la mise en œuvre : ASEF en lien avec les TAS

Acteurs associés : Direction de l'Insertion et du Logement du Conseil général, Direction culture-sport du Conseil général, Etablissements et services relevant de l'ASE, MDPH, Education nationale, DDSCS, Missions locales, FJT, CHRS, représentants d'usagers, ADEPAPE

⁶⁵ Missions locales, secteur universitaire

⁶⁶ Interinstitutionnelles

4.Axe 3 : Adapter et redéployer l'offre en matière de protection de l'enfance pour répondre aux besoins des enfants et de leur famille

Plus qu'un développement général du nombre de places offertes dans le dispositif actuel de protection de l'enfance, il s'agit de mieux couvrir les besoins par l'approfondissement de la diversification des modes de prises en charge, à travers des réponses innovantes, s'appuyant sur l'existant (mesures renforcées, mesures dédiées pour les publics à besoins spécifiques). La clarification de l'attente du Département sur l'accueil de jour et la formalisation des cadres d'intervention ont également été largement souhaitées par les acteurs ayant contribué au groupe de travail qui a produit les propositions d'actions.

Fiche action n°14 : Faire évoluer l'offre d'accueil de jour pour répondre aux besoins dans le cadre du milieu ouvert

Niveau d'enjeu : 1 1 ② ③ ④ (1 étant le niveau d'enjeu le plus fort, 4 le plus faible)

Date de début de mise en œuvre : septembre 2015

→ Rappel du contexte et de la problématique :

Dans le département, les accueils de jour ont aujourd'hui des réalités et des fonctionnements différents selon les structures gestionnaires.

Les enfants qui bénéficient de l'accueil de jour actuellement sont le plus souvent des jeunes en situation d'exclusion de dispositifs de droit commun (école...), en attente d'orientations spécialisées (prononcées ou à envisager) : ITEP ou IME notamment et jeunes en ruptures multiples (sociale, scolaire...).

Plusieurs questions se posent quant au dispositif d'accueil de jour actuel qui ne semble pas répondre complètement aux besoins :

- La question du statut de la mesure qui suppose aujourd'hui une décision de placement. L'accueil de jour n'est donc actuellement pas positionné comme un dispositif de milieu ouvert. Son accès est, de ce fait, très limité.
- La question de l'implantation des accueils de jour et de la proximité de l'offre. Actuellement, un certain nombre de placements avec hébergement sont mis en œuvre uniquement pour que l'enfant dont le lieu de vie est éloigné puisse bénéficier de l'accueil de jour. Si une offre d'accueil de jour était proposée à proximité de son lieu de vie, il pourrait rester vivre dans son milieu familial (dans ce cas, la séparation n'est pas le motif du placement).

Publics visés : Les mineurs (et leurs parents) ayant besoin d'un accompagnement éducatif avec une prise en charge du jeune sur des temps au cours de la journée

Objectifs :

- Disposer d'une évaluation fine et précise de l'offre actuelle et des besoins actuels (couverts et non couverts)
- Recalibrer le dispositif actuel pour le positionner comme une offre de milieu ouvert (pouvant être mobilisée dans un cadre administratif ou judiciaire)
- Positionner l'accueil de jour comme un dispositif de soutien au jeune mais aussi à sa famille (importance de la dimension du travail avec les familles, du soutien renforcé à la parentalité)
- Faciliter l'intégration des jeunes accompagnés dans les dispositifs de droit commun
- Mettre en œuvre les évolutions attendues à moyens constants, dans une logique de redéploiement de moyens

Modalités de mise en œuvre de la fiche :

ACTION 1 : Affiner l'évaluation des besoins sur les territoires et le niveau d'adéquation de l'offre actuelle (ainsi que son coût)

ACTION 2 : Si l'évaluation menée fait apparaître un besoin de réorientation de l'offre actuelle et/ou d'une nouvelle offre, **définir le contenu et les objectifs de cette offre** en associant les prescripteurs, des représentants des usagers à la réflexion (en lien avec l'axe 4) et les gestionnaires des dispositifs actuels : **Revisiter le dispositif actuel et le requalifier**

Sous-Action 1	<p>Formaliser les attendus dans un cahier des charges visant à mettre en œuvre sur les territoires le dispositif imaginé en précisant :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ le contenu de l'offre ○ sa localisation ○ son dimensionnement ○ les modalités de redéploiement des places / des moyens actuels ○ les modalités de financement du dispositif ○ son articulation avec les autres mesures de milieu ouvert (AED, AEMO notamment)
---------------	--

ACTION 3 : Lancer un appel à projets visant à mettre en place l'offre définie, par redéploiement et recalibrage de l'offre actuelle. Cette offre renouvelée précisera les attentes au niveau éducatif (quel accompagnement dans quels domaines et pour quels publics ? quelles modalités de travail avec les familles, en écho au référentiel accueil en vigueur dans le cadre du placement), et en termes d'articulation à la fois avec les autres dispositifs de la protection de l'enfance mais surtout avec les ressources de droit commun mobilisables, selon les contextes locaux (inscription dans les projets de territoire).

ETUDE D'IMPACT :

① Faisabilité	<p><i>Impact organisationnel interne/externe :</i> externe : Evaluation des besoins pour meilleure couverture territoriale</p> <p><i>Impact financier :</i> Adaptation de la prise en charge financière à la réalité du temps de prise en charge des enfants</p> <p><i>Impact sur les relations partenariales :</i> . Nécessité d'engagement des partenaires de la Protection de l'enfance et de ceux des dispositifs de droit commun comme le soin, l'éducation, l'insertion... . Liens avec l'éducation nationale (reprise scolarité) et l'insertion (mission locale)</p> <p><i>Impact technique ou opérationnel</i> . Souplesse nécessaire . Articulation avec les autres mesures : développer l'articulation de l'accueil de jour avec les dispositifs de droit commun (soin, éducation...) . Adaptation des pratiques professionnelles</p>
② Proposition au COFIL	<p><i>Niveau de priorité 1</i></p> <p><i>Calendrier :</i> <i>Préalable : Action 1 et 2 : septembre 2015 à septembre 2016</i> <i>Expérimentation : Action 3 : Octobre 2016 à septembre 2017</i> <i>Pérennisation : jusqu'à la fin du schéma</i></p>

Point de vigilance : Veiller à l'articulation des accueils de jour avec les dispositifs de droit commun et du soin / de l'éducation spécialisée pour assurer une cohérence des prises en charge et des parcours (transversalité)

Résultats attendus :

- Optimisation des moyens consacrés actuellement à l'accueil de jour en les réorientant vers une offre mieux adaptée aux besoins sur les territoires

Indicateurs de suivi et d'évaluation :

- Nombre de places d'accueil de jour (correspondant au cahier des charges) installées (redéployées)
- Taux d'occupation de ces places
- Type de mesure associée à l'accueil de jour (placement, milieu ouvert, administratif / judiciaire...)
- Nombre de jeunes bénéficiant d'un accueil de jour et réintégrés dans des dispositifs de droit commun
- Nombre de partenariats formalisés avec les dispositifs de droit commun

Pilote / responsable de la mise en œuvre : ASEF

Partenaires associés : Magistrats, établissements et services relevant de l'ASE, PJJ, ARS, représentant des usagers, Education nationale, Etablissements et service médico-sociaux d'éducation spécialisée, Missions locales et autres partenaires de droit commun

Fiche action n°15 : Développer des réponses diversifiées et plus individualisées permettant une plus grande souplesse dans les prises en charge

Niveau d'enjeu : 1 **①**②③④ (1 étant le niveau d'enjeu le plus fort, 4 le plus faible)

Date de début de mise en œuvre : janvier 2015

→ Rappel du contexte et de la problématique :

La loi du 5 mars 2007 prévoit la mise en place de modalités d'accueil innovantes comme l'accueil séquentiel ou encore le placement à domicile (PAD). La souplesse offerte par ces modes de prise en charge constitue une réponse individualisée en adéquation avec les besoins des enfants et des familles et permet de moduler les interventions en évitant le « tout placement ». Ce type d'accueil pourrait permettre une diminution des durées d'accueil en accentuant le travail avec les familles et en favorisant le retour à domicile.

Lors du diagnostic et des groupes de travail, il est apparu que les modes d'accueil classiques restent très majoritaires dans le département. Le PAD a été défini dans un cahier des charges au cours du précédent schéma. Une recherche-action est en charge de l'évaluation du dispositif, pour en apprécier les effets. Selon les résultats de l'évaluation, la question du maillage du territoire et du développement du dispositif devra être posée.

Par ailleurs, si certains établissements ont mis en œuvre quelques modalités d'accueil séquentiel, cela est fait de manière volontariste, au cas par cas, sans qu'il n'y ait de réponse formalisée autour de principes harmonisés.

En effet, le contenu de l'accueil séquentiel est interprété de manière différente par les professionnels dans le département. Il apparaît donc indispensable d'en définir les objectifs et les modalités afin de permettre la mise en place de réponses, à des coûts raisonnables, qui soient en accord avec le cadre législatif et réglementaire et notamment au regard des attentes des prescripteurs (en réponses aux besoins des familles).

La question de la répartition territoriale devra également être traitée puisque ces dispositifs alternatifs supposent, pour permettre un travail approfondi avec les familles, une proximité forte entre le lieu d'accueil, le domicile familial et le lieu de scolarisation de l'enfant.

Depuis la mise en œuvre du protocole national encadrant l'accueil des mineurs isolés étrangers (MIE), la Saône et Loire a été confrontée à une hausse des prises en charge, notamment de MIE venant d'autres départements ; bien que le flux annuel prévisionnel de ces accueils demeure faible en proportion (environ 33 / an), ceux-ci ont confronté les acteurs de la protection de l'enfance à des problématiques inédites (sur l'accès aux droits par exemple). Ces publics n'appellent pas systématiquement une réponse éducative de même nature que les autres, et il est nécessaire de proposer la prise en charge la plus adaptée.

Enfin, d'autres modes d'accueil ponctuels, hors dispositifs de protection de l'enfance (parrainage, accueil à la ferme, dispositifs agréés « Jeunesse-éducation populaire »...) sont utilisés par les établissements mais au cas par cas, sans cadre spécifique. Or, si ces modes d'accueil temporaires peuvent être utilement mobilisés afin d'apporter plus de souplesse et d'adaptabilité dans la prise en charge du jeune, il importe que ces pratiques soient sécurisées et encadrées.

Publics visés : Les mineurs pour lesquels les modalités de prise en charge actuelles ne sont pas toujours adaptées. Par exemple :

- Dans un but préventif en première intention : éviter un placement à temps complet
- Préparation d'une fin de placement / retour en famille (y compris préparation à l'autonomisation, cf. fiche action n°12)
- Jeune ou famille dans le refus d'une mesure de placement à temps complet, qui imposée, serait mise en échec
- Mineurs isolés étrangers disposant d'une certaine autonomie et ayant des besoins de l'ordre de l'accès aux droits.

Objectifs :

- Apporter des réponses adaptées et sécurisées aux besoins des enfants et des familles en permettant une souplesse et une modulation de l'accompagnement et de la prise en charge
- Maintenir et renforcer la relation parent-enfant lorsque cela est possible et souhaitable : notion de coéducation
- Faciliter le retour à domicile de l'enfant et sa prise en charge par les dispositifs de droit commun, à l'issue d'une mesure
- Réaliser cette évolution à moyens constants, dans une logique de redéploiement des moyens

Modalités de mise en œuvre de la fiche :

ACTION 1 : Evaluer l'expérimentation relative au placement à domicile et selon les résultats, consolider, redéployer ou développer cette offre dans le département	
Sous-Action 1	Procéder par appel à projets si nécessaire en fonction du nombre de places à installer
ACTION 2 : Favoriser l'accueil séquentiel dans les établissements et en formaliser les modalités	
Sous-Action 1	Formaliser les attendus dans un référentiel visant à mettre en œuvre sur les territoires cette modalité d'accueil en précisant : <ul style="list-style-type: none"> o la définition et le périmètre de l'accueil séquentiel o le contenu de l'offre, les objectifs o le volume de places nécessaires o leur localisation (avec un impératif de proximité du lieu d'accueil avec le lieu de vie de l'enfant (école, soins...)) o les modalités de redéploiement des places actuelles o les modalités de financement du dispositif o les articulations avec les autres mesures d'accompagnement renforcé : PAD, AED/AEMO renforcées...
ACTION 3 : Formaliser et sécuriser les recours au parrainage et aux autres modes d'accueil hors dispositifs de protection de l'enfance (dispositifs agréés « Jeunesse-éducation populaire »...)	
Sous-Action 1	Elaborer une procédure départementale précisant dans quelles conditions ces modes accueil ponctuels ou temporaires peuvent être mobilisés et quel est le circuit de validation du séjour (rôle de l'adjoint ASEF)

ETUDE D'IMPACT :

① Faisabilité	<i>Impact organisationnel interne/externe :</i> Diminuer les places d'internat Augmenter les places en accompagnement milieu ouvert Elaboration protocole commun entre CG/Associations/et dispositifs agréés concernant les modes d'accueil temporaires et ponctuels
	<i>Impact financier :</i> Réduction des coûts généraux du placement Tarif adapté aux nouveaux modes de prise en charge
	<i>Impact sur les relations partenariales :</i> Préciser les engagements de chacun Redéfinir les offres diversifiées
	<i>Impact technique ou opérationnel :</i> Adaptations pratiques professionnelles
② Proposition au COPIL	<i>Niveau de priorité 1</i>

	<p><i>Calendrier :</i></p> <p>Préalable : Action 1 : janvier à juin 2015 puis pérennisation</p> <p>Préalable Action 2 : sept 2016 à mars 2017</p> <p>Expérimentation : Action 2 : avril 2017 à avril 2018 puis pérennisation</p> <p>Préalable : Action 3 : janvier à juin 2015 puis pérennisation jusqu'à la fin du schéma</p>
--	--

Résultats attendus :

- Evolution maîtrisée de l'offre d'accueil dans le sens de la loi de 2007 au travers du développement de solutions alternatives au placement classique, plus souples, plus réactives et pouvant être plus facilement mobilisées dans un cadre préventif en première intention.

Indicateurs de suivi et d'évaluation :

Pour le PAD :

- Evaluation des 3 expérimentations de PAD
- Evolution du nombre de places de PAD
- Evolution des indicateurs d'activité (taux d'occupation par exemple, durée de la mesure, devenir de la dernière mesure)

Pour l'accueil séquentiel :

- Evolution du nombre d'accueils séquentiels réalisés
- Evolution des indicateurs d'activité (taux d'occupation par exemple)

Pour les autres modes d'accueil temporaires / ponctuels :

- Evolution du nombre de parrainages formalisés pour des jeunes accueillis en établissement ou en famille d'accueil
- Evolution du nombre d'accueils ponctuels ou temporaires (dispositifs agréés « Jeunesse-éducation populaire »...) mis en place en application de la procédure départementale

Pilote / responsable de la mise en œuvre : ASEF

Acteurs associés : Etablissements et services relevant de l'ASE, DDCS, magistrats, PJJ, représentants d'usagers.

Fiche action n°16 : Renforcer l'intervention des TISF en matière de prévention et de protection de l'enfance

Niveau d'enjeu : 2 ① ② ③ ④ (1 étant le niveau d'enjeu le plus fort, 4 le plus faible)

Date de début de mise en œuvre : septembre 2015

➔ **Rappel du contexte et de la problématique :**

Les TISF qui interviennent auprès des familles regrettent souvent le manque de communication et d'échanges avec les autres professionnels qui interviennent auprès des mêmes familles. Ils indiquent un besoin de travail partenarial en amont de l'intervention (par exemple, la première rencontre avec la famille devrait avoir lieu en présence du travailleur social qui suit la famille afin d'introduire la TISF et ainsi garantir plus de cohérence et de continuité dans les interventions), dans le respect des bonnes pratiques en matière de partage du secret professionnel.

Par ailleurs, les services de TISF interviennent de manière variable selon les territoires, tant en ce qui concerne le contenu des interventions qu'au niveau du volume d'heures mobilisées.

Enfin, la question du financement des TISF qui assurent des visites encadrées se pose. Dans certains territoires, une participation financière des familles est demandée ce qui n'est pas le cas dans d'autres territoires.

Publics visés : Familles ayant besoin d'un accompagnement à domicile, dans le cadre de la prévention ou de la protection de l'enfance.

Objectifs :

- Renforcer la cohérence et la continuité dans les interventions à domicile
- Harmoniser les pratiques sur les territoires

Modalités de mise en œuvre de la fiche :

ACTION 1 : Elaborer un protocole départemental d'intervention des TISF auprès d'une famille dans le cadre d'une mission de prévention ou de protection de l'enfance

Sous-Action 1	○ Définir de ce qui peut être attendu des services de TISF (périmètre de compétences) en fonction de typologies de situation (en prévention, pour accompagner un placement, un retour à domicile, pour des visites en présence d'un tiers...)
Sous-Action 2	○ Clarifier et uniformiser les finalités et modalités de l'intervention dans les différents territoires
Sous-Action 3	○ Préciser les modalités d'articulation et d'échanges entre les intervenants au sein d'une même famille (TISF, AEMO, assistantes sociales...) : travailler sur la notion de secret professionnel partagé et identifier pour chaque situation qui doit coordonner les intervenants
Sous-Action 4	○ Définir, pour les différentes typologies d'intervention, les modalités de financement

ETUDE D'IMPACT :

① Faisabilité	<i>Impact organisationnel interne / externe : Elaboration protocole départemental</i>
	<i>Impact financier : oui si développement d'activité</i>
	<i>Impact sur les relations partenariales : . amélioration de la collaboration entre les différents services</i> <i>. Meilleure information sur ce dispositif en direction des établissements</i>
	<i>Impact technique ou opérationnel : . mieux définir la place et rôle de chacun</i> <i>. meilleure connaissance des missions de chacun</i>

<p>② Proposition au COPIL</p>	<p>Niveau de priorité 2</p>
	<p>Calendrier : <i>Préalable : Action 1 : septembre 2015 à septembre 2016 (formalisation d'un mode d'intervention)</i> <i>Pérennisation jusqu'à la fin du schéma</i></p>

Résultats attendus :

- Meilleure utilisation des compétences spécifiques des TISF dans le cadre d'un accompagnement global des familles

Indicateurs de suivi et d'évaluation :

- Elaboration et mise en œuvre du protocole
- Evolution du volume d'heures de TISF utilisées par territoire et par type d'intervention

Pilote / responsable de la mise en œuvre : ASEF

Acteurs associés : services de TISF, établissements et services relevant de l'ASE, magistrats, PJJ, représentants d'utilisateurs

Fiche action n°17 : Développer une offre d'intervention éducative renforcée de milieu ouvert

Niveau d'enjeu : 3 ①②③④ (1 étant le niveau d'enjeu le plus fort, 4 le plus faible)

Date de début de mise en œuvre : janvier 2015

→ Rappel du contexte et de la problématique :

Une expérimentation d'AED renforcée est menée actuellement sur le TAS de Chalon. En 2011, cela concernait 1 mesure et en 2012, 5 ou 6.

L'AED renforcée est prévue pour une durée de 3 mois avec 2 intervenants réalisant 2 interventions minimum par semaine.

Les mesures ne sont pas sectorisées par circonscription. Cette expérimentation a pu être menée à Chalon grâce à la motivation de l'équipe et par une charge de travail plus limitée qui a permis d'assurer ces prises en charge rapides et intensives.

En ce qui concerne l'AEMO renforcée, un projet avait été déposé dans le cadre du précédent schéma mais n'a pas pu être mis en place.

Or, lorsque l'adhésion d'une famille à une mesure administrative n'est pas possible et que la situation ne relève pas de l'AEMO classique du fait de sa gravité (niveau de risque) mais que le placement ne semble pas indiqué, il n'existe pas de mesure d'intervention à domicile renforcée dans le cadre judiciaire.

Par ailleurs, le nombre d'AEMO ne cesse d'augmenter dans le département avec des durées de prises en charge longues.

Publics visés : Toute famille qui traverse une crise aigue et/ou qui rejette tous les dispositifs classiques (alternative au placement par exemple)

Objectifs :

- Eviter les placements
- Diversifier l'offre d'accompagnement en milieu ouvert en concentrant des moyens sur une courte période (période de crise) permettant ensuite d'accompagner la famille vers une prise en charge plus légère (droit commun, AED classique ou AEMO classique en sortie d'AEMO renforcée...)
- Apporter une réponse plus soutenue en cas d'échec des autres dispositifs notamment pour l'AEMO renforcée

Modalités de mise en œuvre de la fiche :

ACTION 1 : Réaliser une évaluation des effets de l'expérimentation d'AED renforcée sur le TAS de Chalon notamment sur les points suivants :

- Pertinence : niveau de réponse aux besoins
- Efficience : niveau de maximisation du résultat par rapport aux moyens utilisés

ACTION 2 : Réaliser une étude de besoin afin de déterminer quels sont les manques par rapport à l'offre actuelle en milieu ouvert (AED et AEMO) en associant les prescripteurs et des représentants des familles

Sous-Action 1	Déterminer les besoins : AED renforcée (en lien avec l'évaluation de l'expérimentation), AEMO renforcée
---------------	---

Sous-Action 2	Déterminer les objectifs des mesures attendues
ACTION 3 : Selon les manques identifiés, élaborer un cahier des charges ou référentiel⁶⁷ pour mettre en place le ou les dispositifs attendus	
Sous-Action 1	Préciser dans le cahier des charges / référentiel : <ul style="list-style-type: none"> ○ le contenu de l'offre (durée de mesures, type d'accompagnement...) ○ le volume de mesures nécessaires par territoire ○ les conditions de mise en place (à moyens constants : modalités de redéploiement et de financement du dispositif) ○ pour l'AEMO renforcée : déterminer s'il est nécessaire de prévoir des places d'accueil exceptionnel en lien avec la mesure d'AEMO renforcée
Sous-Action 2	Lancer un appel à projets pour les dispositifs qui seront externalisés et identifier les professionnels qui pourraient être mobilisés pour les dispositifs internes.

ETUDE D'IMPACT :	
❶ Faisabilité	<i>Impact organisationnel interne/externe :</i> Construire un cahier des charges spécifique à cette mesure - Définies : <ul style="list-style-type: none"> - Différences entre AED et AED renforcé - Différences entre AEMO et AEMO renforcé
	<i>Impact financier :</i> Redéploiement des mesures ou si spécialisation : impacts financiers plus forts
	<i>Impact sur les relations partenariales :</i> Placer ces mesures dans le paysage des mesures de la protection de l'enfance. Maillage et articulation des différentes mesures
	<i>Impact technique ou opérationnel :</i> . Accompagnement nouvelles postures professionnelles
❷ Proposition au COPIL	<i>Niveau de priorité :</i> 3
	<i>Calendrier</i> Préalable : Action 1 et 2 : janvier à juin 2015 Expérimentation : Action 3 : janvier 2016 à juin 2016 Pérennisation : juillet 2016 à la fin du schéma

Point de vigilance : le faible nombre de mesures d'AED renforcée ne permettra pas de dresser des conclusions représentatives à l'issue de l'évaluation. Il sera peut-être nécessaire d'étendre l'expérimentation en préalable.

Résultats attendus :

- Formalisation et harmonisation des interventions renforcées
- Diminution du nombre de placements
- Diminution du nombre de mesures d'AEMO classique
- Diminution de la durée des mesures d'AEMO classique
- Diminution de double mesure (placement direct + AEMO) (à quantifier)

Indicateurs de suivi et d'évaluation :

- Nombre de mesures d'intervention renforcée en milieu ouvert mises en place et ratio de répartition entre les mesures administratives et les mesures judiciaires

⁶⁷ pour l'AED renforcée

- Analyse des résultats sur la population bénéficiaire des AED / AEMO renforcées (études de parcours / modalités de sortie des dispositifs renforcés)
- Evolution du nombre de mesures d'AEMO classique et de la durée moyenne des mesures
- Evolution du nombre de mesures d'AED classique et de la durée moyenne des mesures

Pilote / responsable de la mise en œuvre : ASEF

Acteurs associés : Service d'AEMO, magistrats, PJJ, représentants d'usagers

Fiche action n°18 : Améliorer l'accueil des enfants ayant des troubles du comportement ou des troubles psychiques

Niveau d'enjeu : 1 ① ② ③ ④ (1 étant le niveau d'enjeu le plus fort, 4 le plus faible)

Date de début de mise en œuvre : juin 2015

➔ **Rappel du contexte et de la problématique :**

Sans qu'il ne soit encore possible d'obtenir des statistiques précises, il est constaté qu'une proportion significative des enfants accueillis à l'ASE est également reconnue handicapée par la MDPH. Par ailleurs, parmi ces enfants, un certain nombre présente des troubles psychiques et/ou du comportement.

Les seules solutions d'accueil pour ces enfants confiés relèvent alors des MECS et des assistants familiaux (pour rappel : l'accueil familial est le mode d'accueil majoritaire dans le département). Or, ces modalités d'accueil classiques, ne sont pas, a priori, adaptées. En effet, ces enfants, présentant des pathologies, ont besoin d'une prise en charge spécifique (parfois individuelle), à laquelle les établissements et (a fortiori) les assistants familiaux « traditionnels » ne sont pas préparés.

Ainsi, actuellement dans le département, il n'existe pas de modalités de prise en charge adaptées pour ces enfants ce qui entraîne des accueils très complexes pour les professionnels non spécifiquement formés avec des risques importants de ruptures dans le parcours de l'enfant.

Dans le département, il n'existe pas, par exemple, de service de placement familial spécialisé.

A noter, il n'existe pas non plus de places d'accueil familial thérapeutique pour mineurs mais cette offre existe dans des départements limitrophes (Allier par exemple).

Face à ces constats, des solutions doivent être imaginées pour accueillir au mieux ces enfants, à moyens constants (c'est-à-dire en redéployant des moyens qui peuvent l'être pour adapter la prise en charge, et en s'appuyant sur les dispositifs existants), et dans des conditions de sécurité (pour l'enfant lui-même, pour les autres enfants accueillis et pour les professionnels) satisfaisantes. Il importe de mieux développer les articulations entre les différents acteurs et leurs compétences spécifiques respectives.

Publics visés : Les enfants avec des troubles (psychiques, troubles du comportement, handicaps...) qui les positionnent à la limite voire clairement dans le champ de compétence des dispositifs médico-sociaux et qui sont accueillis dans le cadre du dispositif de protection de l'enfance.

Objectifs :

- Permettre l'accueil de ce type de public dans le cadre de dispositifs adaptés et sécurisés en redéployant des moyens actuellement non optimisés
- Faire évoluer, en la diversifiant, une partie de l'offre d'accueil actuelle (en établissement et / ou en accueil familial) pour mieux répondre aux besoins d'enfants qui nécessitent un encadrement renforcé
- Renforcer l'articulation et la complémentarité entre les différents intervenants en s'appuyant sur leurs compétences spécifiques respectives dans une logique de cohérence de parcours

Modalités de mise en œuvre de la fiche :

ACTION 1 : Comptabiliser le nombre d'enfants concernés afin d'objectiver le besoin et de prévoir le dimensionnement des dispositifs (voir actions suivantes)	
Sous-action 1	Recenser, de manière précise, le nombre d'enfants accueillis à l'ASE et disposant par ailleurs d'une notification MDPH : <ul style="list-style-type: none"> ○ Croiser les informations de la MDPH et de l'ASEF ○ Recenser au niveau des établissements et assistants familiaux les enfants concernés et le contenu de la notification / du type d'accompagnement en place pour chaque enfant
Sous-action 2	Comptabiliser le nombre d'enfants accueillis à l'ASE qui, sans être reconnus handicapés, présentent des troubles nécessitant une prise en charge spécifique : <ul style="list-style-type: none"> ○ Identifier ces situations en analysant tous les PIE et les évaluations annuelles (cf fiche action n° 9)

ACTION 2 : Mieux accompagner certains établissements ou services (notamment accueil de jour) volontaires pour accueillir plus spécifiquement ce type de public	
Sous-action 1	<p>Elaborer, en lien et avec le soutien de l'ARS, des conventions avec les secteurs sanitaire ou médico-social pour mettre en œuvre :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ des formations pour les professionnels de ces établissements (privilégier les formations communes inter établissements / inter services y compris entre les établissements et services relevant de l'ASE et les établissements médico-sociaux : formations-actions) ○ un partenariat renforcé avec les acteurs locaux (CMP, CAMSP, SESSAD...) pour faciliter l'accès aux soins pour les enfants concernés (en lien avec les Conseils locaux en santé mentale qui vont se développer progressivement dans chaque Pays en Saône-et-Loire) ○ des temps de coordination pour permettre de renforcer l'accompagnement technique et le soutien de la part des acteurs du soin / du médico-social <p>Prévoir, le cas échéant, une évolution des projets d'établissements / de services pour identifier spécifiquement ce type d'accueil</p>
Sous-action 2	Identifier et développer des lieux et dispositifs pour mettre en place des accueils relais / des séjours de rupture (en lien avec la fiche action n°11)
ACTION 3 : Formaliser et développer une offre de placement familial spécialisé pour l'accueil d'enfants ayant des troubles du comportement et/ ou des troubles psychiques en mobilisant des financements croisés	
Sous-action 1	<p>Après étude des besoins (cf action 1), identifier des places permettant ce type d'accueil :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Identifier des assistants familiaux volontaires pour mettre en œuvre ce type d'accueil ○ Elaborer un cahier des charges, définissant : les objectifs d'un tel accueil, les modalités d'accompagnement des assistants familiaux (notamment concernant une réponse à leurs demandes 24 heures sur 24 en les associant à un établissement du secteur social, médico social, voire sanitaire) ○ Préciser les modalités de financement. Prévoir des conditions de rémunération de l'assistant familial suffisamment attractives (notamment lorsque l'enfant ne peut pas être accueilli avec un autre enfant) : majoration pour sujétion exceptionnelle et /ou autre dispositif à définir.
Sous-action 2	Elaborer un plan de formation adéquat pour les assistants familiaux volontaires, y compris en lien avec les formations inter établissements qui pourront se mettre en œuvre dans le cadre de l'action 2
Sous-action 3	<p>Elaborer une / des conventions avec des structures de soin pour assurer un accompagnement et un soutien technique régulier des assistants familiaux :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Accès à un plateau technique ○ Permanence téléphonique 24 heures sur 24 ○ Analyse des pratiques professionnelles, groupes de parole

ETUDE D'IMPACT :	
① Faisabilité	<p><i>Impact organisationnel interne/externe :</i></p> <p>Impact sur notre système d'informations : croiser les informations ASEF et MDPH</p> <p>Evolution du projet de service ou du projet d'établissement</p>
	<p><i>Impact financier conséquent :</i></p> <p>Offres d'accompagnement à redéployer avec une nécessité de spécialisation.</p> <ul style="list-style-type: none"> - introduction d'autres métiers - impact financier par spécialisation
	<p><i>Impact sur les relations partenariales :</i></p> <p>Contractualisation avec les différentes instances concernées</p> <p>Eviter la substitution</p>
	<p><i>Impact technique ou opérationnel :</i></p> <p>Spécialisation d'autres professionnels/ Développer la complémentarité entre le sanitaire et le social</p>

② Proposition au COFIL	<i>Niveau de priorité 1</i>
	<i>Calendrier :</i> <i>Préalable : Action 1 : juin 2015 à décembre 2015</i> <i>Expérimentation : Action 2 et 3 : janvier 2016 à décembre 2016</i> <i>Pérennisation : janvier 2017 à la fin du schéma</i>

Point de vigilance : Il importe de veiller à ce que le secteur social (MECS, services de placement familial) ne se substitue pas aux secteurs sanitaire et médico-social

Résultats attendus :

- Diversification, à moyens constants, des types d'accueil possibles avec un accompagnement et un étayage renforcé pour permettre l'accueil de situations complexes
- Amélioration de la qualité d'accueil des enfants confiés souffrant de troubles du comportement et/ou de la personnalité

Indicateurs de suivi et d'évaluation :

- Evolution du contenu des projets d'établissements / de services existants.
- Evolution du nombre de lieux d'accueil identifiés (en nombre de places et type d'accueil⁶⁸) proposant un accueil de qualité et sécurisé pour ces enfants

Pilote / responsable de la mise en œuvre : proposition ASEF et ARS (copilotage)

Acteurs associés : Etablissements et services relevant de l'ASE, Etablissements et services médico-sociaux (ITEP, IME, Sessad...), ARS, MDPH, secteur sanitaire (inter secteurs de psychiatrie), représentants d'usagers, PJJ, Education Nationale

⁶⁸ Etablissement ou placement familial

5.Axe 4 : Mieux prendre en compte les droits des usagers dans le cadre de la politique Enfance-Familles

Problématique transversale du schéma, la question des droits des usagers a fait l'objet d'une réflexion spécifique au sein d'un groupe de travail, mais est aussi apparue comme une interrogation majeure des acteurs impliqués dans tous les groupes de travail et les instances de pilotage de l'élaboration du schéma. Les actions proposées sont de trois types :

- d'une part elles s'inscrivent dans une démarche d'amélioration des procédures et pratiques à la fois du Département et de ses partenaires, dans la relation à toutes les catégories d'usagers, en matière de communication, d'association aux décisions, d'accès aux dossiers ;
- d'autre part elles visent à améliorer l'exercice de certains droits (droits de visite par exemple dans le cadre des situations de placements) ;
- enfin, le plan d'action propose une position ambitieuse visant à associer les usagers ou leurs représentants à la conduite même de la politique publique de l'enfance et des familles, au niveau des interventions individuelles (fiche n°23) et au niveau stratégique (fiche n°25 de l'axe 5).

Fiche action n°19 : Garantir le respect des droits des usagers dans leurs relations avec les institutions et les professionnels de prévention et de protection de l'enfance

Niveau d'enjeu : 1 **①**②③④ (1 étant le niveau d'enjeu le plus fort, 4 le plus faible)

Date de début de mise en œuvre : avril 2015

→ Rappel du contexte et de la problématique :

Les droits des usagers dans leurs relations avec l'administration ont été progressivement étendus à partir de la fin des années 1970 (création d'un Médiateur en 1973, loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés : création de la CNIL⁶⁹, loi du 17 juillet 1978 relative à la liberté d'accès aux documents administratifs et à la réutilisation des informations publiques : création de la CADA⁷⁰, loi du 11 juillet 1979 relative à la motivation des actes et à l'amélioration des relations entre l'administration et le public).

Issu de la loi du 10 juillet 1989 relative à la prévention des mauvais traitements et à la protection de l'enfance, l'administration ad hoc permet aux mineurs victimes d'accéder à la justice et de préserver leurs intérêts.

Plus récemment, la loi du 12 avril 2000 relative aux droits des citoyens dans leurs relations avec les administrations a étendu les pouvoirs du Médiateur ainsi que le nombre de documents administratifs accessibles aux usagers.

Enfin, en ce qui concerne plus spécifiquement l'action sociale et la protection de l'enfance, les 2 lois fondatrices (loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale et loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance) ont également institué de nouveaux droits pour les usagers, notamment en ce qui concerne les dispositifs de prévention et protection de l'enfance.

Ainsi, il importe, pour le Conseil général, en tant que chef de file de la protection de l'enfance, de s'engager à garantir le respect de tous les droits des usagers dans leurs relations avec les agents du Conseil général mais également avec les institutions et structures en charge de la mise en œuvre de la politique Enfance-Familles.

Cet engagement de respect et de défense des droits des usagers se concrétise par la création en 2009 du Service de protection des intérêts et des biens des mineurs. Désigné par un magistrat en qualité d'administrateur

⁶⁹ Commission nationale informatique et libertés

⁷⁰ Commission d'accès aux documents administratifs

ad hoc ou de tuteur, le service se substitue aux représentants légaux des enfants pour exercer leurs droits le temps d'une procédure civile ou pénale ou pour gérer leurs biens

Publics visés : L'ensemble des usagers des dispositifs de prévention et de protection de l'enfance

Objectifs :

- Rendre lisible les engagements du Conseil général et des institutions et structures en matière de respect et de défense des droits des usagers
- Afficher les droits mais également les devoirs des usagers bénéficiant d'un accompagnement ou d'une prise en charge en matière de prévention ou de protection de l'enfance

Modalités de mise en œuvre de la fiche :

ACTION 1 : Revoir tous les documents communiqués aux usagers (courriers, protocoles, contrats...) pour vérifier que leurs droits sont bien explicités (modalités de recours et de contestation de la décision...)	
Sous-Action 1	Travailler en lien avec les TAS et les services juridiques du Conseil général
ACTION 2 : Elaborer une Charte des droits et des devoirs de l'usager en prévention et en protection de l'enfance	
Sous-Action 1	Réunir un comité d'usagers citoyens pour contribuer à la rédaction de la charte en lien avec les partenaires signataires
Sous-Action 2	Communiquer cette charte : <ul style="list-style-type: none"> o La rendre accessible sur le site internet du Conseil général o La diffuser à tous les usagers : lors de la première rencontre dans le cadre d'un accompagnement, avec le livret d'accueil de l'ASE...
ACTION 3 : Se rapprocher du Défenseur des droits pour envisager une collaboration au niveau départemental	

ETUDE D'IMPACT :	
❶ Faisabilité	<i>Mise en conformité des tous les documents (courriers protocoles, contrats ...) de la DEF et des TAS.</i>
	<i>Impact organisationnel interne / mise en conformité de tous les documents écrits (courriers protocoles, contrats...) de la DEF et des TAS .</i>
	<i>Impact financier cout d'impression de la charte et de diffusion</i>
	<i>Impact sur les relations partenariales implication des partenaires dans l'animation de l'instance des usagers et dans l'élaboration de la charte</i>
	<i>Impact technique ou opérationnel mobilisation des professionnelles de la DEF, des TAS et de la DAJ et de la DCO</i>
❷ Proposition au COPIL	<i>Niveau de priorité 1</i>
	<i>Calendrier :</i> <i>Préalable : Action 1 : avril 2015 à avril 2016</i> <i>Expérimentation : Action 2 : avril 2016 à avril 2017</i> <i>Pérennisation : avril 2017 jusqu'à la fin du schéma</i>

Résultats attendus :

- Amélioration de l'exercice des droits et des devoirs des usagers

Indicateurs de suivi et d'évaluation :

- Nombre de partenaires signataires de la Charte
- Nombre de consultations de la charte (connexions internet sur le site du Conseil général par exemple)
- Nombre de chartes distribuées en version papier
- Evolution du nombre de contestations de décisions administratives et plus généralement du nombre de recours

Pilote / responsable de la mise en œuvre : proposition Direction Enfance-Familles du Conseil général

Acteurs associés : L'ensemble des professionnels, structures et institutions participant aux missions de prévention et de protection de l'enfance, les Services juridiques du Conseil général ainsi que des représentants des usagers

Fiche action n°20 : Garantir, sur l'ensemble du territoire départemental, la liberté d'accès aux dossiers et documents administratifs pour les usagers de la prévention et de la protection de l'enfance

Niveau d'enjeu : 1 1 ② ③ ④ (1 étant le niveau d'enjeu le plus fort, 4 le plus faible)

Date de début de mise en œuvre : avril 2015

→ Rappel du contexte et de la problématique :

Parmi les différentes lois citées dans la fiche précédente, la loi du 17 juillet 1978 relative à la liberté d'accès aux documents administratifs prévoit que toute personne doit pouvoir accéder librement à son dossier personnel. Actuellement, dans le département, les modalités et les pratiques liées à l'accès des usagers à leurs dossiers varient d'un territoire à l'autre. Or, il importe que les usagers bénéficient d'une égalité de traitement dans ce domaine.

De plus, pour les enfants confiés, actuellement, une partie des dossiers est stockée dans les établissements ce qui ne permet pas d'avoir une visibilité globale sur les différentes composantes du dossier de l'utilisateur.

Publics visés : L'ensemble des usagers des services de l'ASE et de la PMI, dans les territoires comme au siège du Conseil général

Objectifs :

- Sécuriser les procédures de classement, de stockage et d'archivage de toutes les pièces constitutives des dossiers des usagers en prévention et en protection de l'enfance
- Permettre l'exercice du droit d'accès des usagers à leurs dossiers de manière uniforme sur l'ensemble du territoire départemental

Modalités de mise en œuvre de la fiche :

ACTION 1 : Réaliser un état des lieux précis des procédures et pratiques en vigueur dans les territoires et au siège du Conseil général (pour les services centralisés : adoption, accueil familial...)	
ACTION 2 : Identifier le contenu des principales demandes d'accès à leurs dossiers formulées par les usagers	
Sous-Action 1	Recenser sur une période test et dans tous les territoires, les types de demandes formulées par les usagers (types de dossiers, motifs...) et leurs attentes : besoins d'accompagnement (travailleurs sociaux, psychologues) notamment, les problèmes rencontrés par les professionnels pour répondre aux demandes des usagers
ACTION 3 : Elaborer une procédure départementale de gestion et d'archivage des dossiers	
Sous-Action 1	Travailler en lien avec les Services juridiques du Conseil général et le service des archives départementales pour respecter le formalisme prévu par le cadre légal
Sous-Action 2	Décliner la procédure départementale auprès des établissements et services pour avoir une visibilité globale sur les différentes composantes du dossier de l'utilisateur
ACTION 4 : Elaborer une procédure départementale d'accès des usagers à leurs dossiers	
Sous-Action 1	<ul style="list-style-type: none"> ○ Distinguer les types de dossiers (actifs, classés aux archives départementales...) Prévoir un accompagnement par un professionnel (travailleur social, psychologue) pour les demandes de consultations en fonction du type de dossiers et de la demande

ETUDE D'IMPACT :	
	<i>Impact organisationnel interne / externe mise en conformité de toute les procédures de la DEF , sur les TAS et de services et établissements extérieurs. Evolution des pratiques professionnelles dans la prise en compte de la demande d'accessibilité des familles à leur dossier médico-social.</i>
	<i>Impact financier</i>
	<i>Impact sur les relations partenariales présence et implication des partenaires</i>
	<i>Impact technique ou opérationnel dégager du temps dédié sur les TAS (cadres et professionnels administratif et médico-sociaux) ,à la DEF et la DAJ pour l'état des lieux et pour l'élaboration de procédures départementales, en lien avec les archives départementales</i>
② Proposition au COPIL	Niveau de priorité 1
	Calendrier : <i>Préalable : Action 1 et 2 : avril 2015 à mars 2016</i> <i>Expérimentation : action 3 et 4 : avril 2016 à mars 2017</i> <i>Pérennisation : avril 2017 jusqu'à la fin du schéma</i>

Résultats attendus :

- Une égalité de traitement de l'utilisateur en matière d'accès à ses dossiers personnels
- Des procédures harmonisées et structurantes pour les professionnels en charge de la gestion des dossiers des usagers

Indicateurs de suivi et d'évaluation :

- Elaboration et mise en place des procédures
- Evolution du nombre de demandes de consultations de dossiers par type de dossier, par mission / par territoire / par typologie d'utilisateur (parent, jeune...)

Pilote / responsable de la mise en œuvre : proposition Direction Enfance-Familles du Conseil général

Acteurs associés : TAS, Service Adoption et Accès aux Origines, Services juridiques et service des archives départementales du Conseil général, établissements et services relevant de l'ASE, PJJ .

Fiche action n°21 : Faciliter, pour les familles, l'exercice des droits de visites en présence d'un tiers

Niveau d'enjeu : 1 1 ②③④ (1 étant le niveau d'enjeu le plus fort, 4 le plus faible)

Date de début de mise en œuvre : septembre 2015

→ Rappel du contexte et de la problématique :

Le diagnostic a montré que de plus en plus d'ordonnances des juges des enfants prévoient des visites médiatisées (peu de visites en présence d'un tiers) : augmentation en nombre et en attentes (fréquence des visites médiatisées).

Or, la médiatisation suppose des compétences spécifiques qui sont actuellement peu présentes dans les services (ASEF et établissements d'accueil notamment).

Des protocoles locaux ont été élaborés par les TAS de Mâcon et de Chalon pour faciliter la mise en place de ces visites.

Ainsi, les pratiques varient d'un territoire à l'autre. De plus, avec l'organisation actuelle, l'augmentation du nombre de droits de visites à encadrer risque de faire obstacle à un exercice de qualité de ces droits pour toutes les familles, quels que soient leur situation et leur besoin d'accompagnement.

Publics visés : Les familles (enfants et parents) dont un enfant est placé et pour lesquelles l'exercice du droit de visite suppose la présence d'un tiers.

Objectifs :

- Garantir aux usagers une égalité de traitement dans l'exercice de leurs droits de visite dans le cadre d'un placement à l'ASE
- Adapter et formaliser les différentes modalités d'accompagnement des familles pour l'exercice des droits de visite, en fonction de chaque situation individuelle
- Maintenir ou développer les liens familiaux (lorsqu'ils ne sont pas nocifs) malgré un placement

Modalités de mise en œuvre de la fiche :

ACTION 1 : Dresser un état des lieux portant sur les besoins (nombre de prescriptions judiciaires par TAS) et sur les différentes pratiques en vigueur dans les territoires et évaluer les expérimentations dans les TAS de Mâcon et Chalon	
ACTION 2 : Elaborer un protocole départemental de mise en œuvre des visites en présence d'un tiers	
Sous-Action 1	Définir les différentes notions ainsi que leurs objectifs respectifs : <ul style="list-style-type: none"> ○ visite médiatisée, visite en présence d'un tiers, visite encadrée. ○ pour chaque activité, identifier des outils, des référentiels d'actions, ainsi qu'une répartition des rôles des différents intervenants / différents métiers (mobiliser les compétences spécifiques adaptées à chaque situation)
Sous-Action 2	Mettre en place un groupe de travail pluri professionnel (avec les équipes de terrain, des psychologues et des travailleurs sociaux notamment) et partenarial (Magistrats, ASEF, TISF, MECS...) chargé d'élaborer ce protocole à partir de l'évaluation des protocoles locaux, des bonnes pratiques identifiées, de l'évaluation des besoins
ACTION 3 : Mettre en œuvre le protocole dans les territoires	
Sous-Action 1	Prévoir l'organisation et les effectifs nécessaires dans les TAS et les établissements et services
Sous-Action 2	Faire évoluer, si nécessaire, la commande passée par le Conseil général à ses partenaires / prestataires (établissements et services) pour la réalisation de cette mission (convention, cahier des charges...)

ETUDE D'IMPACT :	
❶ Faisabilité	<i>Impact organisationnel interne / externe évolution des conventions d'objectifs entre le Département et les associations –</i>
	<i>Impact financier oui prévoir des effectifs supplémentaires (TISF.....) –formation des professionnels faisant tiers dans la rencontre médiatisée</i>
	<i>Impact sur les relations partenariales renforcement du partenariat du Département avec les associations dans le cadre de la mise en place d'un cahier des charges</i>
	<i>Impact technique ou opérationnel prévoir un temps dédié pour des professionnels de la DEF (ASEF , PMI) et des TAS pour la réalisation d'outils départementaux (guide des bonnes pratiques....)</i>
❷ Proposition au COPIL	<i>Niveau de priorité 2</i>
	<i>Calendrier :</i> <i>Préalable : Action 1 : septembre 2015 à mars 2016</i> <i>Expérimentation : Action 2 : avril 2016 à mars 2017</i> <i>Pérennisation : Action 3 : avril 2017 jusqu'à la fin du schéma</i>

Point de vigilance : Veiller, dans les organisations mises en place, au respect des rythmes de vie de l'enfant (temps de transport, éloignement...)

Résultats attendus :

- Harmonisation des pratiques sur les différents territoires
- Amélioration des conditions d'exercice des droits de visite pour les familles

Indicateurs de suivi et d'évaluation :

- Evolution du nombre de demandes de visites pour les différentes typologies identifiées
- Niveau de mise en œuvre du protocole dans les territoires
- Evolution des rythmes de visites prescrits et comparaison avec les rythmes de visites effectifs
- Evolution de la durée de mise en œuvre des droits de visite
- Impact en termes d'organisation sur les établissements et services
- Evolution des niveaux de satisfaction des usagers (enquête)

Pilote / responsable de la mise en œuvre : proposition ASEF

Acteurs associés : Magistrats, représentants des usagers, établissements et services contribuant à la mission de prévention et de protection de l'enfance (y compris services de TISF)

Fiche action n°22 : Renforcer la coordination et le suivi de la santé des enfants confiés à l'ASEF

Niveau d'enjeu : 2 ①②③④ (1 étant le niveau d'enjeu le plus fort, 4 le plus faible)

Date de début de mise en œuvre : janvier 2015

→ Rappel du contexte et de la problématique :

Plusieurs études épidémiologiques réalisées au niveau national et par certains départements montrent que l'état de santé des enfants confiés est souvent dégradé par rapport à celui de la population générale. Or, lorsqu'un enfant a été retiré de son domicile familial et qu'il est confié au Conseil général, le respect de ses droits les plus fondamentaux doit être un impératif absolu. Parmi ces droits, l'accès à la santé est particulièrement important pour ne pas compromettre davantage le développement physique et psychique de l'enfant.

Dans le département, la fiche de poste des médecins adjoints de PMI prévoit que ces derniers sont en charge de la surveillance de la santé des enfants confiés. Ils doivent réaliser une visite annuelle, pour tous les enfants de moins de 6 ans accueillis chez les assistants familiaux.

Actuellement, le manque de médecins sur les territoires a entraîné une mise de côté de cette mission. Ainsi, les pratiques sont désormais très variables d'un territoire à l'autre. La plupart des médecins interviennent ponctuellement, au cas par cas (demande de conseil technique, analyse de bilans réalisés par d'autres médecins, consultations selon les besoins).

De plus, il n'y a pas de bilan de santé systématique réalisé par la PMI à l'admission d'un enfant à l'ASE. Un examen médical d'admission est réalisé dans certains établissements.

Par ailleurs, les médecins adjoints de PMI sont également les référents santé des enfants nés sous le secret. Pour ce public spécifique, une procédure a été formalisée et est mise en œuvre jusqu'à leur adoption (concerne un nombre très restreint d'enfants). Ainsi, l'ensemble du suivi médical de ces bébés / jeunes enfants est assuré par les médecins de PMI (visites mensuelles, vaccination...).

En ce qui concerne le dossier de l'enfant, actuellement, les pièces constitutives du dossier médical ne sont pas versées au dossier ASE (bien qu'une pochette « secret médical » soit prévu à cet effet) ; elles sont parfois stockées par les médecins de PMI (lorsqu'ils ont eu à intervenir).

Publics visés : Tous les enfants confiés à l'ASEF

Objectifs :

- Mieux prendre en compte la santé, dans le cadre d'un suivi et d'un accompagnement global des enfants confiés
- Garantir une égalité de traitement par rapport aux autres enfants Saône-et-Loiriens (accès aux soins, bilans de santé obligatoire, vaccination...)
- Structurer une organisation opérationnelle (mise en œuvre effective) pour prendre en compte le respect de ce droit pour les enfants confiés

Modalités de mise en œuvre de la fiche :

ACTION 1 : Elaborer un diagnostic des pratiques actuelles dans les TAS et dans les établissements et services de l'ASE concernant la prise en compte de la santé des enfants confiés :

- bilan de santé à l'admission
- bilan de santé annuel
- modalités de participation des médecins de PMI à l'élaboration du PIE et aux évaluations de la situation de l'enfant
- modalités d'intervention des médecins de PMI : conseil technique, formulation d'avis, sur interpellation d'un référent ASE, pour des problématiques particulières...

- Difficultés rencontrées au niveau de l'accès aux droits pour les enfants confiés: activation du tiers payant et/ou de la CMU par exemple

ACTION 2 : Recenser les problématiques de santé les plus courantes parmi les enfants confiés

Sous-Action 1	○ Déterminer les indicateurs épidémiologiques à étudier : taux de prématurité, niveau de vaccination, taille et poids moyens à des âges clé, taux d'IVG ⁷¹ et grossesses de mineures, nombre d'enfants reconnus handicapés par le MDPH et type de handicap (en lien avec la fiche action n°17)
Sous-Action 2	○ Analyser, de manière anonyme, l'ensemble des dossiers ASE à un temps t puis de manière régulière pour mesurer les évolutions : envisager un partenariat avec l'ORS ⁷² de Bourgogne

ACTION 3 : A partir des résultats des deux précédentes actions (diagnostic des pratiques actuelles et de l'étude sur l'état de santé des enfants confiés), déterminer des réponses adaptées (organisation et procédures retenues, outils utilisés...) et opérationnelles (établir des priorités d'action en fonction des moyens disponibles, notamment au niveau de la PMI)

ETUDE D'IMPACT :

❶ Faisabilité	<i>Impact organisationnel interne / externe : à intégrer dans le projet de service DEF</i>
	<i>Impact financier : réaliser un état des lieux avec l'observatoire</i>
	<i>Impact sur les relations partenariales : implication des établissements et des assistants familiaux</i>
	<i>Impact technique ou opérationnel : temps médical et administratif dédié DEF-TAS</i>
❷ Proposition au COFIL	<i>Niveau de priorité 2 (enjeu plus forts pour les enfants en DAP, tutelle...)</i>
	<i>Calendrier : Préalable : Action 1 et 2 : janvier 2015 à décembre 2015 Expérimentation : Action 3 : Janvier 2016 à décembre 2016 puis pérennisation jusqu'à la fin du schéma</i>

Résultats attendus :

- Formalisation et mise en œuvre de procédures opérationnelles
- Meilleure connaissance de l'état de santé des enfants confiés et de son évolution

Indicateurs de suivi et d'évaluation :

- Diagnostic des pratiques actuelles
- Analyse des problématiques de santé des enfants confiés
- Mise en œuvre de nouvelles organisations et procédures
- Evolution de l'état de santé de la population concernée concernant les indicateurs épidémiologiques identifiés en action 2

Pilote / responsable de la mise en œuvre : PMI et ASEF

Acteurs associés : TAS, établissements et services relevant de l'ASE, assistants familiaux, ORS Bourgogne, médecins libéraux, CPAM, Education Nationale.

⁷¹ Interruption Volontaire de Grossesse

⁷² Observatoire Régional de Santé

Fiche action n°23: Améliorer l'information et la communication et proposer des réponses mutualisées en direction des usagers

Niveau d'enjeu : 3 ① ② ③ ④ (1 étant le niveau d'enjeu le plus fort, 4 le plus faible)

Date de début de mise en œuvre : janvier 2016

➔ **Rappel du contexte et de la problématique :**

Les professionnels intervenant auprès des familles indiquent que celles-ci ont souvent du mal à se repérer parmi les différents dispositifs qui leur sont proposés (ou imposés dans le cadre des mesures judiciaires de protection de l'enfance). Les usagers concernés (enfants/jeunes et leurs parents) rencontrent ainsi des difficultés pour différencier les différents intervenants ainsi que les objectifs des différentes interventions.

Ces constats s'expliquent en partie par une faible accessibilité des informations pour certaines qui ont des difficultés à accéder à l'information (problèmes de compréhension du dispositif réglementaire et difficultés au niveau des échanges à l'oral et à l'écrit, ...).

Or, l'accès à une information transparente et adaptée constitue l'un des droits fondamentaux de l'utilisateur.

Publics visés : Les familles du département

L'ensemble des usagers des dispositifs de prévention ou de protection de l'enfance.

Objectifs :

- Rendre l'information lisible et accessible pour l'ensemble des usagers
- Adapter la communication pour que celle-ci soit compréhensible par chaque usager
- Améliorer les réponses aux usagers en développant une offre adaptée, par un rapprochement des professionnels et des compétences

Modalités de mise en œuvre de la fiche :

ACTION 1 : Prendre appui sur les lieux ressources existants (plateformes parentalités par exemple) et y développer la mutualisation de compétences diverses, regroupement de plusieurs services et dispositifs d'information et d'accompagnement en direction des parents (notion de guichet unique)	
ACTION 2 : Améliorer la communication avec les parents d'enfants confiés et avec les jeunes bénéficiaires d'une mesure de placement	
Sous-Action 1	<p>Actualiser le livret d'accueil des parents d'enfants confiés à l'ASE élaboré par le Conseil général</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Réunir un groupe de parents pour s'assurer de l'adaptation du support et de la compréhension du contenu de l'outil ○ Associer les établissements et services <p>et le diffuser systématiquement :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Intégrer sa présentation et diffusion à la procédure de rencontre des parents : première rencontre avec l'adjoint ASEF ou lors de l'élaboration du PIE ○ S'interroger sur l'opportunité de traduire ce document dans plusieurs langues
Sous-Action 2	<p>Elaborer des livrets d'accueil pour les enfants confiés dont la forme et le contenu seront adaptés à l'âge de l'enfant :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Mettre en place une action collective avec plusieurs groupes d'enfants confiés pour construire des livrets adaptés à chaque tranche d'âge ○ Associer les établissements et services <p>et les diffuser systématiquement :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Intégrer la présentation et diffusion du livret à la procédure de rencontre de l'enfant : première rencontre avec l'adjoint ASEF ou le référent ou encore lors de l'élaboration du PIE

ETUDE D'IMPACT :

❶ Faisabilité	<i>Impact organisationnel interne / externe mutualisation des moyens , des compétences et des locaux entre partenaires , –mise à disposition éventuelle de professionnels</i>
	<i>Impact financier prévoir des financements (nouveaux ou redéployés) pour le fonctionnement des plates formes</i>
	<i>Impact sur les relations partenariales développement de nouveaux partenariats complémentaires pour les usagers –</i>
	<i>Impact technique ou opérationnel mobilisation de l'ASEF (DEF et TAS) et des établissements pour le travail d'actualisation autour du livret d'accueil</i>
❷ Proposition au COPIL	<i>Niveau de priorité 3</i>
	<i>Calendrier : Expérimentation : Action 1 et 2 : janvier 2016 à décembre 2016 Pérennisation : janvier 2017 jusqu'à la fin du schéma</i>

Points de vigilance :

Veiller à la cohérence et l'articulation des livrets d'accueil de l'ASE avec ceux des établissements et services

Résultats attendus :

- Amélioration de l'information globale des usagers
- Amélioration de la compréhension par les usagers des objectifs des interventions dont ils bénéficient ce qui pourrait/devrait faciliter, in fine, leur participation (voir fiche action n°23)

Indicateurs de suivi et d'évaluation :

- Nombre de lieux ressources associant plusieurs dispositifs et services d'information des parents
- Nombre de participants (parents / enfants) lors des actions collectives organisées pour élaborer les livrets d'accueil
- Nombre de livrets d'accueil distribués aux parents
- Nombre de livrets d'accueil distribués aux enfants

Pilote / responsable de la mise en œuvre : proposition Direction Enfance-Famille du Conseil général

Acteurs associés : CAF, Reaap, Communes et EPCI, Direction de la Communication du Conseil général, représentants des usagers et UDAF

Fiche action n°24 : Faciliter la participation des usagers dans les accompagnements et prises en charge dont ils bénéficient

Niveau d'enjeu : 1 ① ② ③ ④ (1 étant le niveau d'enjeu le plus fort, 4 le plus faible)

Date de début de mise en œuvre : janvier 2016

➔ **Rappel du contexte et de la problématique :**

Au-delà de la nécessaire information des usagers (voir fiche action n°22), la participation des usagers (le mineur et les détenteurs de l'autorité parentale) est également reconnue comme un droit fondamental par le cadre juridique national et supranational. En effet, l'article 12 de la Convention Internationale des Droits de l'Enfant affirme que « les États garantissent à l'enfant qui est capable de discernement le droit d'exprimer librement son opinion sur toute question l'intéressant, les opinions de l'enfant étant dûment prises en considération eu égard à son âge et à son degré de maturité... ». La législation nationale a repris ce droit, notamment dans les lois du 2 janvier 2002 et du 5 mars 2007. Ainsi, bien que la loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance ne comporte pas de partie spécifique relative à la participation et l'expression des mineurs accompagnés, l'esprit de la loi favorise par exemple, le droit d'être entendu par un magistrat et institue un projet pour l'enfant (PPE) dont l'élaboration doit associer le mineur et les détenteurs de l'autorité parentale.

Dans le département, le PPE (dénommé PIE : Projet Individuel de l'Enfant), va être prochainement généralisé pour l'ensemble des enfants confiés. La procédure d'élaboration et de bilan / mise à jour régulière prévoit la participation des parents et du jeune aux différentes phases. Cependant,, au-delà des PPE, la participation des familles est variable d'un territoire à l'autre.

Dans le cadre des actions de soutien à la parentalité et des mesures d'AED notamment, les actions collectives à destination des usagers (familles, parents, enfants) se développent dans certains territoires, parfois dans le cadre de partenariats. Des services de TISF développent également des actions collectives avec les familles qui sont accompagnées : pique-niques, jeux de pistes... Ces actions semblent particulièrement bénéfiques pour des familles souvent peu habituées à élaborer des projets de sorties avec leurs enfants (développement de l'autonomie des parents, socialisation des enfants...). Suite à ces actions, certains parents sont accompagnés pour organiser des vacances avec leurs enfants (montage du projet, financement : demandes de bons vacances CAF...). Ainsi, l'action collective apparaît comme un outil facilitant la participation et l'autonomisation des usagers. Toutefois, les professionnels (travailleurs sociaux en particulier) sont davantage habitués à une prise en charge individuelle, la gestion d'un groupe supposant une posture différente.

Publics visés : Les usagers (mineurs et titulaires de l'autorité parentale), bénéficiaires d'un accompagnement dans le cadre de la prévention ou de la protection de l'enfance.

Objectifs et résultats attendus :

- Harmoniser les pratiques dans le sens d'une généralisation de l'association des familles et des enfants/adolescents aux différentes étapes de leur accompagnement (diagnostic initial, fixation des objectifs, évaluation...)
- Remettre la famille au cœur des interventions, partager avec elle les constats (les difficultés identifiées, les ressources pouvant être mobilisées...) pour lui permettre de mieux comprendre les objectifs des interventions

Modalités de mise en œuvre de la fiche :

ACTION 1 : Associer systématiquement les familles à la construction de tous les plans d'aide et d'accompagnement	
Sous-Action 1	Dresser un état des lieux des pratiques et des procédures en vigueur dans les différents territoires
Sous-Action 2	<ul style="list-style-type: none"> ○ Harmoniser et, si besoin, faire évoluer les procédures dans cet objectif ○ Partager les bonnes pratiques en matière d'accompagnement des familles

ACTION 2 : Généraliser l'invitation des parents à toutes les réunions de synthèse organisées par l'ASEF ou à défaut, prévoir une restitution des réunions et des rapports aux parents / aux enfants	
Sous-Action 1	Faire évoluer la procédure relative à l'organisation et au fonctionnement des synthèses en ce sens
Sous-Action 2	Harmoniser les modalités de communication du contenu des rapports avant échéance aux usagers
ACTION 3 : A chaque fois que cela est possible, dans les accompagnements d'usagers, favoriser l'action collective	
Sous-Action 1	Renforcer la formation des professionnels à l'accompagnement collectif des familles <ul style="list-style-type: none"> ○ Organiser des formations communes, en lien avec EPICEA (qui participe aux actions de formation à l'animation de groupes de parole de parents en direction des professionnels du Conseil général) : ouvrir ces formations aux partenaires du Conseil général

ETUDE D'IMPACT :	
❶ Faisabilité	<i>Impact organisationnel interne / externe sur l'organisation des instances</i>
	<i>Impact financier : oui concernant l'action 3</i>
	<i>Mutualisation des moyens financiers des différents partenaires</i>
	<i>Impact sur les relations partenariales : généralisation de la place des usagers</i>
	<i>Impact technique ou opérationnel sur les pratiques professionnelles</i>
❷ Proposition au COFIL	<i>Niveau de priorité 3</i>
	<i>Calendrier :</i>
	<i>Préalable : Action 1 : janvier 2016 à décembre 2016</i>
	<i>Expérimentation : Action 2 et 3 : janvier 2017 à décembre 2017</i>
	<i>Pérennisation : janvier 2018 jusqu'à la fin du schéma</i>

Indicateurs de suivi et d'évaluation :

- Evolutions des procédures en vigueur
- Evolution du nombre de plans d'aide co-construits avec les usagers (par type d'intervention)
- Evolution du nombre de synthèses où un parent était présent
- Nombre de formations organisées et nombre de professionnels formés au montage et à l'animation d'actions collectives
- Evolution du nombre d'actions collectives organisées (notamment les actions inter-services) et du nombre de participants

Pilote / responsable de la mise en œuvre : Direction Enfance-Familles en lien avec les TAS

Acteurs associés : Etablissements et services intervenant dans le cadre de dispositifs de prévention et de protection de l'enfance, EPICEA, représentants des usagers

6. Axe 5 : Formaliser, évaluer, suivre et piloter la politique départementale en faveur de l'enfance et des familles

Pour donner au schéma une portée programmatique, il est apparu nécessaire de structurer son pilotage au sein d'un axe dédié ; deux orientations majeures sont à retenir :

- d'une part celle qui consiste à lier la fonction d'observatoire et le pilotage même du programme d'actions : l'observatoire est bien là positionné comme un outil d'aide à la décision, de niveau stratégique ;
- d'autre part la continuité d'un processus participatif et ouvert pour le suivi de la mise en œuvre du programme d'actions : si le Département est bien le chef de file de la politique enfance et familles, celle-ci ne peut se mettre en œuvre qu'en partenariat avec l'ensemble des acteurs institutionnels et associatifs.

Fiche action n°25 : Observer pour mieux évaluer, suivre et piloter la politique départementale en faveur de l'enfance et des familles

Niveau d'enjeu : 1 1 ② ③ ④ (1 étant le niveau d'enjeu le plus fort, 4 le plus faible)

Date de début de mise en œuvre : janvier 2015

→ Rappel du contexte et de la problématique :

La loi du 5 mars 2007 a instauré (article 16), le principe de la création d'un observatoire départemental de la protection de l'enfance dans chaque département, piloté par le Président du Conseil général.

La composition et les missions de cet observatoire sont précisées dans l'article L.226-3-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF).

En Saône-et-Loire, la création de cet observatoire départemental était prévue dans le précédent schéma mais n'a pas encore été mis en place.

Les professionnels rencontrés dans le cadre de l'état des lieux ont exprimé une attente forte quant à l'installation de cette instance.

Publics visés : L'ensemble des partenaires du Conseil général et des professionnels intervenant dans le dispositif de prévention et de protection de l'enfance

Objectifs :

- Renforcer le pilotage de la politique départementale en matière de prévention et de protection de l'enfance

Modalités de mise en œuvre de la fiche :

ACTION 1 : Mettre en place l'observatoire départemental de l'Enfance dans le cadre fixé par le CASF et les recommandations de bonnes pratiques (Guide du Ministère par exemple)	
Sous-Action 1	○ Arrêter la composition de l'instance (un niveau stratégique et un niveau technique) et prévoir d'y associer des représentants des usagers
Sous-Action 2	○ Elaborer une charte inter institutionnelle de fonctionnement

ACTION 2 : Confier à l'Observatoire, en référence à la loi⁷³, les missions suivantes :	
<ul style="list-style-type: none"> - Mettre en place une veille juridique et une veille sur l'évolution des recommandations de bonnes pratiques professionnelles (identification d'un professionnel en charge de cette activité de veille et de la diffusion des informations) - Alimenter l'Observatoire Social Départemental en statistiques stratégiques (ratios, évolutions de d'indicateurs clé...) - Réaliser des études notamment sur la santé des enfants confiés, les mesures d'accompagnement renforcé, le devenir des anciens mineurs pris en charges par l'aide sociale à l'enfance... 	
Sous-Action 1	Pour faciliter la production de statistiques : créer des outils harmonisés de recueil de données : trames de rapport d'activité communes, grilles communes, liste des requêtes de routine à appliquer sur la base de données du Logiciel utilisé pour gérer la mission ASE afin d'obtenir des chiffres d'activité de manière systématique et régulière...
Sous-Action 2	Créer des outils de communication pour informer les partenaires et les professionnels de terrains des travaux de l'observatoire et diffuser les outils, bonnes pratiques... : site internet, lettre d'information...

ETUDE D'IMPACT :	
❶ Faisabilité	<i>Impact organisationnel interne / externe :</i> <i>Interne : désignation pilote et/ou référent, ainsi que les agents à associer (pour expertise méthodologique ou thématique)</i> <i>Externe : mobilisation des partenaires (cf fiche 26)</i>
	<i>Impact financier :</i> <i>Formation des professionnels à l'évaluation</i> <i>Temps agent</i> <i>Budget d'intervention (prestations d'études externalisées)</i>
	<i>Impact sur les relations partenariales :</i> <i>A terme, il est envisageable de conventionner les relations avec les principaux partenaires concernés (ex : partage de données, études co-financées...)</i>
	<i>Impact technique ou opérationnel</i>
❷ Proposition au COPIL	<i>Niveau de priorité 1</i>
	<i>Calendrier :</i> <i>Préalable : action 1 : janvier 2015 à décembre 2016</i> <i>Pérennisation de l'ensemble des actions : de janvier 2017 jusqu'à la fin du schéma</i>

Résultats attendus :

- Renforcement du travail partenarial
- Harmonisation des pratiques
- Amélioration de la visibilité globale sur l'activité, l'offre et les besoins
- Suivi de la mise en œuvre du schéma

⁷³ Recueil et expertise les données départementales relatives à l'enfance en danger

Recueil et analyse des évaluations des services et établissements intervenant au titre de la protection de l'enfance

Suivi de la mise en œuvre du schéma départemental de l'enfance et des familles

Formulation d'avis et de propositions en matière d'évolution de la politique de protection de l'enfance dans le département

Production de statistiques qui sont notamment portées à la connaissance de l'Assemblée départementale, des représentants de l'État et de l'autorité judiciaire

Indicateurs de suivi et d'évaluation

- Fréquence des réunions
- Nombre de participants
- Travaux menés (études...)
- Utilisation des outils de communication (nombre de connexion au site internet /téléchargement de la lettre d'information)

Pilote / responsable de la mise en œuvre : Direction Enfance-Familles du Conseil général

Acteurs associés : L'ensemble des partenaires du Conseil général et des professionnels intervenant dans le dispositif de prévention et de protection de l'enfance, Education Nationale, représentants d'usagers

Fiche action n°26 : Développer la participation des usagers dans le suivi, le pilotage et l'évaluation de la politique départementale en faveur de l'enfance et des familles

Niveau d'enjeu : 1 1 ②③④ (1 étant le niveau d'enjeu le plus fort, 4 le plus faible)

Date de début de mise en œuvre : janvier 2016

→ Rappel du contexte et de la problématique :

Le recueil du point de vue des usagers se développe au sein des établissements et services. En effet, au-delà de l'application de la loi 2002-2, qui prévoit la mise en place de CVS⁷⁴ ou de groupes d'expression des usagers, certains établissements et services reçoivent régulièrement toutes les familles, diffusent des questionnaires d'évaluation des besoins, de satisfaction...

Toutefois, au sein du Conseil général, l'association des usagers à l'évaluation des besoins et à la réflexion sur les dispositifs en faveur de l'enfance et des familles est encore très peu développée.

Publics visés :

- Les usagers des dispositifs et de la politique publique en faveur de l'enfance et des familles
- Les professionnels intervenant sur le champ de la prévention / protection de l'enfance

Objectifs et Résultats attendus :

- Encourager la participation des usagers à la gouvernance de la politique publique en faveur de l'enfance et des familles
- Généraliser le recueil de la parole des usagers au niveau des établissements et services et au niveau du Conseil général pour l'identification des besoins, l'évaluation des dispositifs en cours, l'évaluation des dispositifs et des pratiques...)
- Développer la démarche qualité au sein des services du Conseil général au niveau local et institutionnel

Modalités de mise en œuvre de la fiche :

ACTION 1 : Au niveau du Conseil général : Généraliser les études de besoins au niveau local (dans le cadre des diagnostics de territoire par exemple) en s'appuyant sur la parole de l'utilisateur (questionnaires, focus groups, comité d'utilisateurs...) pour tous les dispositifs et domaines de la politique en faveur de l'enfance et des familles	
ACTION 2 : Rendre obligatoire (conditionner les financements), pour les structures gérant des dispositifs de prévention et de protection de l'enfance, la mise en place d'outils (adaptés) de recueil de la parole des familles (y compris les structures non soumises à la loi 2002-2) : études de besoins, questionnaires de satisfaction...	
ACTION 3 : Mettre en place, au sein du Conseil général un comité représentatif de parents d'enfants bénéficiaires d'une mesure ASE et d'anciens mineurs confiés à l'ASE permettant d'éclairer les décisions prises (sur le principe du Coderpa⁷⁵ pour les politiques en faveur des personnes âgées)	
Sous-action 1	Elaborer un règlement de fonctionnement de l'instance précisant : <ul style="list-style-type: none"> ○ La composition ○ Les objectifs ○ Les modalités de consultation et de recueil d'avis
Sous-action 2	Prévoir une participation de ces représentants à l'observatoire départemental (cf fiche n°24) et aux autres instances de concertation qui pourront être mises en place dans le cadre du schéma (groupes de travail par exemple).
Sous-action 3	Encourager la structuration des associations de représentants d'utilisateurs au niveau départemental : Se rapprocher de l'ADEPAPE ⁷⁶ et des autres associations d'anciens mineurs pris en charge au titre de l'ASE qui existent au niveau national et/ou dans d'autres départements.

⁷⁴ Conseil de la vie sociale

⁷⁵ Comité Départemental des Retraités et Personnes Agées

⁷⁶ Association Départementale d'Entraide des Personnes Accueillies à la Protection de l'Enfance

ETUDE D'IMPACT :	
❶ Faisabilité	<i>Impact organisationnel interne / externe : Création d'instances spécifiques associant les usagers</i>
	<i>Impact financier : Coûts de formation autour de la démarche participative des usagers Indemnisation des usagers ?</i>
	<i>Impact sur les relations partenariales : Nécessite l'engagement conjoint des partenaires du Département dans une démarche participative</i>
	<i>Impact technique ou opérationnel : Temps dédié, changement de postures professionnelles des travailleurs sociaux</i>
❷ Proposition au COFIL	<i>Niveau de priorité 3</i>
	<i>Calendrier : janvier 2016, d'abord sous forme expérimentale à la fin du schéma</i>

S'interroger sur l'opportunité de mettre en place une médiation au niveau départemental

Indicateurs de suivi et d'évaluation :

- Nombre d'outils (focus groups, comités d'usagers, de questionnaires) élaborés au niveau local en direction des familles par les services du Conseil général
- Nombre d'outils (groupes d'expression de la parole des usagers, questionnaires diffusés en direction des familles...) mis en place par les établissements et services
- Nombre de membres du comité des usagers de l'ASE, fréquences des réunions, nombre d'avis sollicités

Pilote / responsable de la mise en œuvre : Direction Enfance-Familles du Conseil général

Acteurs associés : Etablissements et services intervenant dans le cadre de la politique Enfance-Familles, représentants d'usagers

Fiche action n°27 : Mettre en place les outils et les instances de suivi, d'évaluation et de pilotage du schéma départemental

Niveau d'enjeu : 1 1 ② ③ ④ (1 étant le niveau d'enjeu le plus fort, 4 le plus faible)

Date de début de mise en œuvre : janvier 2015

→ Rappel du contexte et de la problématique :

Le précédent schéma prévoyait un suivi et une évaluation de sa mise en œuvre mais cela n'a pas pu être pleinement réalisé. Or, il est important de pouvoir rendre compte aux partenaires, aux professionnels et, in fine, aux usagers, des actions réalisées dans le département.

Un pilotage dynamique du schéma permet en outre d'entretenir la mobilisation des professionnels et de soutenir le travail partenarial. Il permet enfin d'identifier les adaptations à y apporter pour répondre aux évolutions législatives et réglementaires pouvant survenir durant sa période de validité.

Publics visés :

- En premier lieu, l'ensemble des professionnels et institutions concernés par la prévention et/ou la protection de l'enfance et les interventions auprès des familles
- In fine, les usagers

Objectifs :

- Aboutir à une mise en œuvre effective et uniforme du plan d'action du schéma sur l'ensemble du territoire départemental dans le respect des spécificités locales
- Faire connaître les orientations et les actions réalisées en faveur de l'enfance et de la famille

ACTION 1 : Désigner un chef de projet en charge du suivi technique de la mise en œuvre du schéma et notamment du suivi des indicateurs détaillés dans chaque fiche action	
ACTION 2 : Sous l'égide de l'observatoire, organiser des réunions régulières (a minima une fois par an) avec les pilotes des fiches action afin de faire le point sur les actions mises en œuvre, les difficultés rencontrées, les ajustements à réaliser dans le plan d'action...	
ACTION 3 : Une fois par an, prévoir de consacrer une réunion plénière des membres de l'observatoire à la présentation des actions mises en œuvre au cours de l'année	
ACTION 4 : Faire des bilans réguliers (et a minima, à mi-parcours) de la mise en œuvre de chaque action avec l'ensemble des professionnels, partenaires et usagers et présenter les objectifs pour la période suivante, par exemple dans le cadre d'une « Rencontre annuelle de l'Enfance et des Familles »	
Sous-action 1	Déterminer la fréquence de ces réunions
Sous-action 2	Prévoir une communication adaptée pour valoriser les actions réalisées (par exemple sur le site internet du Conseil général)
ACTION 5 : Prévoir l'évaluation globale de la mise en œuvre du plan d'action à la fin de la période couverte par le schéma	

ETUDE D'IMPACT :	
1 Faisabilité	<i>Impact organisationnel interne / externe :</i> <i>Interne : désignation pilote et chef de projet schéma</i> <i>Externe : engagement des partenaires dans les instances de suivi du schéma</i>
	<i>Impact financier : évaluation finale externalisée</i> <i>Temps agents</i>
	<i>Impact sur les relations partenariales :</i> <i>Contractualisation possible</i>

	<i>Impact technique ou opérationnel : Evolution vers une culture partagée de l'évaluation continue des politiques publiques</i>
② Proposition au COFIL	<i>Niveau de priorité 1</i>
	<i>Calendrier : janvier 2015 à la fin du schéma</i>

Résultats attendus :

- Mesure et description du niveau de réalisation des actions programmées pour l'année en cours
- Adaptation, au travers d'une actualisation partenariale du schéma, de la politique en faveur de l'enfance et des familles en prévoyant la possibilité, grâce à un pilotage performant, d'opérer les réajustements nécessaires en fonction des évolutions du contexte global (juridique, économique, sociologique).
- Maintien de la dynamique et de la mobilisation des partenaires créée à l'occasion de l'écriture du présent schéma départemental

Indicateurs de suivi et d'évaluation :

- Nombre de réunions de pilotage organisées (avec les pilotes de chaque fiche action), fréquence et comptes rendus de ces réunions
- Actualisation du plan d'action
- Nombre de réunions de l'observatoire consacrées au suivi du schéma
- Nombre de réunion(s) de bilan avec les professionnels, les partenaires et les usagers
- Mise en place d'une communication adaptée

Pilote / responsable de la mise en œuvre : Direction Enfance-Famille du Conseil général

Acteurs associés :

- Tous les professionnels contribuant à la mise en œuvre de la politique en faveur de l'enfance et des familles et les représentants des usagers

ANNEXES

1. Contribution de la Sauvegarde 71



Chalon sur Saône,
le 25 septembre 2014

Monsieur CHAINTRON, Président du
Conseil Général
Monsieur RIOUFOL, Directeur Général
adjoint aux solidarités
Monsieur STECKER, Directeur de
l'Enfance et des Familles
Département de Saône et Loire
18 rue de Flacé – Espace Duhesme

71026 MACON CEDEX

Le Président

Nos réf. 268/09-2014 JLM/CG/CE/FL

Objet : Commentaires sur le diagnostic du Schéma départemental de Protection de l'Enfance et des Familles 2015-2019

Monsieur le Président, Messieurs les Directeurs,

Notre prise de connaissance de la partie diagnostic du document relatif au Schéma départemental de la Protection de l'Enfance et des Familles 2015 – 2019, nous amène à émettre des réserves dès le premier Comité de pilotage sur la méthode qui conduit à des appréciations très critiques portées sur deux des services que gèrent notre association : le Service de Prévention Spécialisée et le Service AEMO.

C'est dans un état d'esprit ou nous souscrivons à une démarche d'évaluation qui consiste à regarder les choses en face, afin de pointer ce qui fonctionne, ce qui fonctionne moins, ce qui doit être consolidé ou amélioré que nous avons abordé la lecture du document et le travail entrepris dans le cadre du schéma. De fait, les remarques qui suivront s'inscrivent dans cette approche et ne sont en rien une réponse que réactionnelle à des appréciations à l'endroit de nos services.

Nous tenons cependant à attirer l'attention sur l'utilisation de données dont la méthodologie d'investigation déployée pour les obtenir peut conduire à une analyse peu significative à partir du moment où elle porte sur des réponses d'un panel peu représentatif. En effet, l'hétérogénéité de l'échantillonnage de personnels en poste à la Direction des Solidarités (DEF et TAS) proportionnellement peu impliqué directement dans l'activité évaluée de nos deux services ne peut amener à tirer des conclusions des seules réponses aux questionnaires.

Par exemple, interroger des personnels qui ne sont pas en contact avec la prévention spécialisée, car il n'y a pas d'antenne sur leur territoire (Paray par exemple, soit 11% du panel) ou parce que leurs fonctions ne les conduisent pas à travailler avec ces services, conduit inévitablement à certains types de réponse par méconnaissance, absence d'information etc. Dans le cas d'espèce de la Prévention spécialisée il aurait été plus opportun de cibler l'interrogation sur les trois Directeurs de Territoire qui animent les comités techniques et comités de pilotage depuis plus de 3 ans, les REMS (responsables d'équipe médico-sociale) partenaires de la prévention spécialisée sur les comités techniques notamment (là où s'élabore l'action conjointe), les équipes du Conseil Général qui travaillent sur les territoires concernés et les personnels de la DEF qui sont en lien avec le dossier prévention spécialisée.

direction générale

Association Loi 1901 / SIRET 778 564 559 00046 / APE 8790 A
18, Quai Gambetta 71100 CHALON-SUR-SAONE / Tél. 03 85 90 05 90 / Fax 03 85 90 05 99
Mail : direction.generale@sauvegarde71.fr

Fort est de constater que depuis le nouveau conventionnement en 2011, nous n'avons pas enregistré ce type d'appréciation que ce soit lors des Comités Techniques ou des Comités de Pilotage, instances techniques et politiques chargées de pilotage du service, ni de la part des personnels du Conseil Général directement impliqués dans le dossier ni de la part des Villes.

Nous formulons la même remarque pour le Service AEMO, questionner les Juges qui sont en première ligne pour apprécier le travail réalisé aurait été certainement des plus pertinents.

Par ailleurs, solliciter tel service pour recueillir un avis sur le service de telle autre structure partenaire c'est à coup sûr laissé libre court à l'expression d'insatisfactions, de divergences et de représentations envers les autres peu fondés car souvent, dans ce type d'exercice, non objectif. D'ailleurs lorsqu'on regarde les résultats des questionnaires, on constate que les services du Conseil Général sont globalement satisfaits des services du Conseil Général et insatisfaits des partenaires et vice versa. L'illustration est patente quand on lit page 59 dans la partie « l'expression des professionnels » que les professionnels du Conseil Général sont très majoritairement satisfaits de l'AED (mesure similaire à l'AEMO mais contractuelle et mise en œuvre par l'ASEF) alors que les responsables d'établissements et services répondent l'inverse.

Nous connaissons les améliorations que nous devons conduire dans notre Service AEMO comme le souligne notre plan d'amélioration de la qualité consécutif à notre évaluation interne. Cependant, la partie diagnostic du Schéma départemental fait état de manques ou critiques que nous nous devons de commenter.

Ainsi, en page 61, il est indiqué que « les durées de prise en charge apparaissent longues » mais dans la réalité il n'en est rien. En effet, la durée moyenne de nos interventions s'établit à 24 mois¹. Si on regarde la répartition des durées de mesures dans le service, on s'aperçoit qu'un peu plus de 60 % des mesures durent entre moins de 6 mois et 24 mois. Ce qui fait augmenter la moyenne générale c'est le volume de mesures (faible en proportion mais important en termes de durée) dont la situation est ancrée dans de graves difficultés et que les Juges maintiennent en raison de problèmes majeurs dont on s'aperçoit d'ailleurs qu'ils ne mobilisent pas que l'AEMO mais de nombreux autres professionnels (y compris du Conseil Général).

Dans ce cas, nous ne pouvons pas faire l'économie du temps nécessaire pour que l'action éducative se déploie auprès d'usagers contraints, méfiants, parfois opposants alors que les situations judiciairisées se complexifient ce dont témoignent nos équipes, chefs de service, magistrats et personnels du Conseil Général en page 62 « ils constatent que les situations qui relèvent de l'AEMO semblent de plus en plus dégradées ».

De fait, deux ans c'est court pour intervenir auprès de familles ayant, pour la plupart, déjà fait l'objet de multiples tentatives d'aide qui ont toutes échouées ou d'usagers parfois ancrés dans des problématiques psychiques ou conflictuelles qui rendent les premiers mois d'intervention notamment très compliqués pour nos professionnels.

Par ailleurs, si le service AEMO veille, chaque fois qu'il l'estime possible, à proposer un arrêt de la mesure, c'est bien les Juges qui restent les seuls décideurs souverains de l'instauration, de la poursuite ou de l'arrêt des mesures. La question de la durée des mesures ne peut donc pas faire l'économie de cette dimension incontournable.

Le 8^{ème} rapport de l'ONED remis au gouvernement en 2013 reprend, en se basant sur des études ciblées ou des rapports d'activité de services AEMO, fait état d' « une durée moyenne de 24 mois avec 43 % des mesures qui durent moins d'un an et 23 % plus de 3 ans ». Le service AEMO géré par la Sauvegarde 71 est en deçà de ces durées. Bien que la situation sociale n'explique pas seule la durée des mesures d'AEMO ce rapport souligne que « lorsqu'aucun parent n'a pas d'emploi, la durée moyenne des mesures s'allonge de quatorze mois. » ; De plus, « en cas de déficience chez les parents même non reconnue MDPH la durée s'allonge de 27 mois en moyenne » tout en insistant sur le fait que « les mesures d'AEMO sont, depuis la réforme de 2007, plus complexes nécessitant des interventions plus longues ».

¹ Rapport d'activité AEMO – Sauvegarde 71 /2013

De plus, nous observons qu'un raccourcissement de la durée des mesures ne garantit en rien une baisse du volume global de mesures exercées ; Des mainlevées d'AEMO, n'empêchent pas d'être ressaisi de nouveau pour ces mêmes situations. On parle de « taux de retour ». Il convient de s'y intéresser pour identifier ces flux et construire des parcours de prise en charge organisés sur le passage de relai judiciaire/administratif, car les magistrats sont réticents pour lever des mesures sans garantie de relai d'accompagnement. Nous travaillons avec un TAS dans ce sens.

On le voit la question de la durée des mesures est une question complexe qui fait intervenir de nombreux facteurs, il est donc assez difficile et pour le coup infondé d'apprécier que les suivis du Service AEMO sont trop longs.

Sur la fréquence des visites (page 62), il est fait mention de l'insatisfaction des professionnels du Conseil Général interrogés sur la qualité des accompagnements. La disponibilité et la fréquence des visites des éducateurs sont dénoncées ce qui ne fait pas avancer le travail collaboratif puisque fort est de constater que nos professionnels opérationnels peuvent porter le même jugement sur la pratique des assistantes sociales du Conseil Général. Pour notre part, nous nous efforçons de traiter tous les appels dans nos antennes par le biais des secrétaires avec des cahiers de message que les éducateurs consultent régulièrement.

Une moyenne de 30 mesures réalisées en continu par travailleur social conditionne la fréquence des visites compte tenu de plus des impératifs liés à la mise en œuvre des mesures (temps de déplacement, d'audience, d'écrit, de réunions, de démarches diverses). Dans l'appel à projet, nous avons évalué à 1h30 par mois en moyenne de temps relationnel direct. Depuis, notre service AEMO diversifie ces modes d'intervention (actions collectives) pour renforcer le mieux possible les temps de contact.

En tout état de fait, l'arbitrage budgétaire induit des charges de travail, et donc des fréquences d'intervention, différentes de celle du service d'AED, comparé à l'AEMO dans le document, et dont la norme de prise en charge s'établit à 25 mesures par travail social pour des situations moins dégradées. S'il ne s'agit pas d'opposer les uns aux autres, il convient cependant de faire le lien entre les moyens octroyés à un service et la fréquence de ses interventions. D'ailleurs l'ONED le souligne dans son 8^{ème} rapport (cité précédemment) lorsqu'il est mentionné que « les départements estiment le temps imparti aux visites à domicile - à une par mois - en ce sens se pose la question des seuils (nombre de mesures par TS) au-delà desquels l'AEMO classique ne peut être opérante ».

Il est indiqué que la mise en place de synthèses ouvertes par notre service « va dans le bon sens mais qu'elles ne sont pas mises en œuvre partout ». Nous indiquerons que depuis le 1^{er} janvier 2013, toutes les antennes AEMO organisent des synthèses ouvertes. Leur nombre a même été augmenté en 2014, suite au bilan fait avec la DEF et les 4 responsables ASEF. Les directeurs de territoire, la DEF et les 4 responsables ASEF sont parfaitement informés de ce dispositif. La grande majorité des mesures donne lieu à au moins un contact avec le service social départemental du Conseil Général et un travail collaboratif est mis en œuvre avec les services SSD ou PMI dans environ 50 % des situations qui font l'objet d'une mesure AEMO.

D'une manière générale, nous souscrivons volontiers à la nécessité de renforcer les coordinations, les collaborations, les cohérences entre services. Nous allons bientôt aboutir à l'instauration « de la fiche navette » entre services proposée par la Sauvegarde 71 lors de sa réponse à l'appel à projet. Nous avons également revisité, avec la DEF et les quatre RASEF, certaines procédures de travail (préparation aux placements, articulation judiciaire/Administratif). Il n'en demeure pas moins que des éléments restent encore tributaires de pratiques individuelles. C'est pourquoi, nous sollicitons de nouveau et cherchons à impulser des protocoles et procédures validées institutionnellement de part et d'autre pour améliorer les articulations et le partage d'informations au bénéfice des usagers.

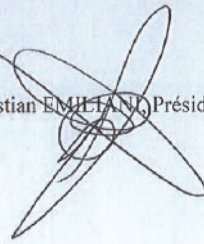
Nous aurions apprécié une mention sur la réalité de notre service AEMO qui a absorbé près de 30% d'activité sur ces 5 dernières années (près de 20 % ces trois dernières années), sans aucune mesure en attente et sans faillir dans la qualité de son intervention - même si des pratiques sont bien sûr perfectibles - en montrant de ce fait une réactivité et une capacité d'adaptation que nous souhaitons souligner.

Nous remercions Monsieur STECKER de nous permettre d'exprimer notre point de vue et d'apporter un éclairage sur les réalités de nos services dans ce courrier qui sera, selon sa proposition, mis en annexe du Rapport sur le Schéma Départemental de Protection de l'Enfance et des Familles des cinq années à venir. Nous apprécions cette démarche gage d'une collaboration concertée.

Sachez que nos équipes et nos dirigeants sont à la disposition des uns et des autres pour échanger sur nos activités et partager toutes les informations et pratiques qui permettent de faire évoluer les prises en charge de familles et de jeunes. L'investissement des services et établissements de la Sauvegarde 71 au long court et lors des travaux sur ce schéma vous confirme cet engagement.

Nous vous prions d'agréer, Monsieur le Président, Messieurs les Directeurs, nos très sincères salutations.

Christian EMLIANN, Président.

A handwritten signature in black ink, consisting of several overlapping loops and a long horizontal stroke extending to the left.

2. Tableau de suivi du programme d'actions

Conseil général de Saône-et-Loire
SCHEMA DEPARTEMENTAL DE L'ENFANCE ET DES FAMILLES
 Pilotage - Suivi de la mise en œuvre des actions

Actions	Date de début de mise en œuvre	Date de fin de mise en œuvre	Niveau de priorité (1 à 4)
Axe 1 : Renforcer et adapter les dispositifs de prévention et d'accompagnement des familles en réponse à l'évolution des besoins			
Fiche action n°1 : poursuivre et structurer la politique de prévention sanitaire menée par le Département en direction des enfants, des jeunes et des familles	sept-15	déc-18	1
Fiche action n°2 : Renforcer la prévention en période périnatale	janv-15	déc-18	1
Fiche action n°3 : Renforcer la prévention des difficultés éducatives en direction des familles avec de jeunes enfants de 0 à 6 ans Action 1 : Affiner/l'ajuster du besoin d'actions de prévention auprès d'un public de jeunes enfants/parents d'enfants de moins de 6 ans Action 2 : identifier les éventuelles actions de prévention à réorienter et/ou à développer	janv-16 janv-16 janv-17	déc-18 déc-16 déc-18	3
Fiche action n°4 : Interroger le maillage territorial en matière de prévention spécialisée et formaliser la gouvernance du dispositif Action 1 : Objectiver les besoins non couverts (quels jeunes, quelles problématiques...) dans les secteurs ou les équipes de prévention n'interviennent pas Action 2 : mettre en œuvre des actions adaptées au public pour répondre aux besoins non couverts en direction des jeunes et de leurs familles, dans une dimension individuelle et collective Action 3 : Renforcer l'articulation, sur le terrain, entre les équipes de prévention spécialisée et leurs partenaires	janv-15 sept-15 janv-16 janv-15	déc-18 déc-15 déc-16 janv-15	3
Fiche action n°5 : Clarifier la gouvernance de la prévention en direction de la jeunesse	janv-16	déc-17	1
Fiche action n°6 : Développer et coordonner l'offre préventive en réponse aux nouveaux risques auxquels sont confrontés les jeunes Action 1 : Créer des réseaux locaux de prévention jeunesse Action 2 : Renforcer les modalités de fonctionnement des CPEF (forales d'ouverture, actions collectives en milieu scolaire en partenariat avec les équipes de l'éducation nationale...) afin de les adapter davantage au public jeune Action 3 : Créer des actions en partenariat avec la Maison des Ados	janv-15 janv-17 janv-16 janv-15	déc-18 déc-17 déc-16 déc-15	2
Fiche action n°7 : Améliorer la lisibilité des actions et faciliter le travail en transversalité en matière de prévention Action 1 : Créer une plateforme internet collaborative Action 2 : Mieux sensibiliser, au niveau local, les professionnels au contact avec les usagers	janv-16 janv-16 janv-16	déc-18 déc-16 déc-16	4
Fiche action n°8 : Généraliser l'évaluation des actions de prévention Action 1 : Créer un référentiel départemental de l'évaluation des actions de prévention Les autres actions	juin-15 juin-15 janv-16	déc-18 déc-15 déc-18	1
Axe 2 : Evaluer, coordonner les prises en charge et piloter les parcours en protection de l'enfance			
Fiche action n°9 : Mettre en place une plateforme centralisée de gestion des demandes d'accueil et d'orientation en établissement Action 1 : Elaborer une procédure unique de demande d'admission et d'orientation en établissement. Et Action 2 : Structurer le pilotage de la plateforme à partir de la Direction Enfance-Familles en lien avec les territoires	janv-15 janv-15	déc-18 déc-15	1
Fiche action n°10 : Généraliser l'évaluation pluridisciplinaire annuelle de la situation de tous les mineurs bénéficiaires d'une mesure ASE	avr-16	déc-18	2
Fiche action n°11 : Réaffirmer l'accueil d'urgence Action 1 : Elaborer un cahier des charges de l'accueil d'urgence dans le département	janv-15 janv-15	déc-18 jun-15	1

Actions	Date de début de mise en oeuvre	Date de fin de mise en oeuvre	Niveau de priorité (1 à 4)
<p>Actiobn 2 : Faire évoluer les capacités d'accueil par redoublement (moyens constants) et revoir les projets d'établissement et de service des structures concernés par la prise en charge de l'accueil d'urgence dans le département</p>	juil-15	déc-18	2
<p>Fiche action n°12 : Eviter les ruptures de parcours pour des jeunes dont la prise en charge est complexe</p>	janv-15	déc-18	2
<p>Actiobn 1 : Mettre en place une commission décisionnelle de régulation des prises en charge dont la mise en oeuvre est complexe, avec 2 niveaux de fonctionnement</p>	janv-15	sept-15	
<p>Actiobn 2 : Développer les accueils relais organisés pour soulager ponctuellement les lieux d'accueil habituels sans provoquer de rupture dans le parcours de l'enfant</p>	oct-15	sept-16	
<p>Fiche action n°13 : Faciliter la transition vers l'âge adulte pour les jeunes bénéficiaires d'une mesure ASE</p>	janv-15	juin-17	3
<p>Actiobn 1 : Mettre en place des actions transversales d'information et de sensibilisation des professionnels. Et</p>	janv-15	juin-15	
<p>Actiobn 2 : Préciser les procédures. Et</p>	janv-15	juin-15	
<p>Actiobn 3 : Repenser le périmètre de l'accompagnement des jeunes majeurs par le Conseil général.</p>	janv-15	juin-15	
<p>Axe 3 : Adapter et redéployer l'offre en matière de protection de l'enfance pour répondre aux besoins des enfants et de leur famille</p>			
<p>Fiche action n°14 : Faire évoluer l'offre d'accueil de jour pour répondre aux besoins dans le cadre du milieu ouvert</p>	sept-15	sept-17	1
<p>Actiobn 1 : Affiner l'évaluation des besoins sur les territoires et le niveau d'adéquation de l'offre actuelle. Et</p>	sept-15	sept-16	
<p>Actiobn 2 : Définir le contenu et les objectifs de cette offre</p>	sept-15	sept-16	
<p>Actiobn 3 : Lancer un appel à projets visant à mettre en place l'offre définie, par redéploiement et recalibrage de l'offre actuelle</p>	oct-16	sept-17	
<p>Fiche action n°15 : Développer des réponses diversifiées et plus individualisées permettant une plus grande souplesse dans les prises en charge</p>	janv-15	oct-17	1
<p>Actiobn 1 : Evaluer l'implémentation relative au placement à domicile et selon les résultats, consolider, redéployer ou développer cette offre dans le département</p>	janv-15	juin-15	
<p>Actiobn 2 : Favoriser l'accueil séquentiel dans les établissements et en formaliser les modalités</p>	sept-16	avr-18	
<p>Actiobn 3 : Formaliser et sécuriser les recours au parrainage et aux autres modes d'accueil hors dispositifs de protection de l'enfance</p>	janv-15	juin-15	
<p>Fiche action n°16 : Renforcer l'intervention des TISF en matière de prévention et de protection de l'enfance</p>	sept-15	sept-16	2
<p>Fiche action n°17 : Développer une offre d'intervention éducative de milieu ouvert renforcée</p>	janv-15	déc-18	3
<p>Actiobn 1 : Réaliser une évaluation des effets de l'expérimentation d'AED renforcés sur le TAS de Chalon</p>	janv-15	juin-15	
<p>Actiobn 2 : Réaliser une étude de besoin afin de déterminer quels sont les manques par rapport à l'offre actuelle en milieu ouvert (AED et AEMO)</p>	janv-15	juin-15	
<p>Actiobn 3 : Selon les manques identifiés, élaborer un cahier des charges ou référentiel</p>	janv-16	juin-16	
<p>Fiche action n°18 : Améliorer l'accueil des enfants ayant des troubles du comportement ou des troubles psychiques</p>	juin-15	déc-18	1
<p>Actiobn 1 : Comptabiliser le nombre d'enfants concernés</p>	juin-15	déc-15	
<p>Actiobn 2 : Mieux accompagner certains établissements ou services (notamment accueil de jour) volontaires pour accueillir plus spécifiquement ce type de public. Et</p>	janv-16	déc-18	
<p>Actiobn 3 : Formaliser et développer une offre de placement familial spécialisée pour l'accueil d'enfants ayant des troubles du comportement et/ou des troubles psychiques</p>	janv-16	déc-18	
<p>Axe 4 : Mieux prendre en compte les droits des usagers dans le cadre de la politique Enfance-Familles</p>			
<p>Fiche action n°19 : Garantir le respect des droits des usagers dans leurs relations avec les institutions et les professionnels de prévention et de protection de l'enfance</p>	avr-15	déc-18	1

Actions	Date de début de mise en oeuvre	Date de fin de mise en oeuvre	Niveau de priorité (1 à 4)
Action 1 : Renvoyer tous les documents communiqués aux usagers pour vérifier que leurs droits sont bien explicités	avr-15	avr-16	
Action 2 : Elaborer une Charte des droits et des devoirs de l'usager en prévention et en protection de l'enfance	avr-16	avr-17	
Fiche action n°20 : Garantir, sur l'ensemble du territoire départemental, la liberté d'accès aux dossiers et documents administratifs pour les usagers de la prévention et de la protection de l'enfance	avr-15	déc-18	1
Action 1 : Réaliser un état des lieux précis des procédures et pratiques en vigueur dans les territoires et au siège du Conseil général Et Action 2 : Identifier le contenu des principales demandes d'accès à leurs dossiers formulées par les usagers	avr-15	avr-16	
Action 3 : Elaborer une procédure départementale de gestion et d'archivage des dossiers Et Action 4 : Elaborer une procédure départementale d'accès des usagers à leurs dossiers	avr-16	déc-18	
Fiche action n°21 : Faciliter, pour les familles, l'exercice des droits de visites en présence d'un tiers	sept-15	déc-18	1
Action 1 : Dresser un état des lieux portant sur les besoins (nombre de prescriptions judiciaires par IAS) et sur les différentes pratiques en vigueur dans les territoires et évaluer les expérimentations dans les IAS de Mâcon et Chalon	sept-15	avr-16	
Action 2 : Elaborer un protocole départemental de mise en oeuvre des visites en présence d'un tiers	avr-16	avr-17	
Action 3 : Mettre en oeuvre le protocole dans les territoires	avr-17	déc-18	
Fiche action n°22 : Renforcer la coordination et le suivi de la santé des enfants confiés à l'ASEF	janv-15	déc-18	2
Action 1 : Elaborer un diagnostic des pratiques actuelles dans les IAS et dans les établissements et services de l'ASE concernant la prise en compte de la santé des enfants confiés Et Action 2 : Recenser les problématiques de santé les plus courantes parmi les enfants confiés Action 3 : délimiter des réponses adaptées et opérationnelles	janv-15	déc-15	
Fiche action n°23 : Améliorer l'information et la communication et proposer des réponses mutualisées en direction des usagers	janv-16	déc-18	3
Fiche action n°24 : Faciliter la participation des usagers dans les accompagnements et prises en charge dont le bénéficiaire	janv-16	déc-18	1
Action 1 : Associer systématiquement les familles à la construction de tous les plans d'aide et d'accompagnement Action 2 : Généraliser l'invitation des parents à toutes les réunions de synthèse organisées par l'ASEF ou à défaut, prévoir une restitution des réunions et des rapports aux parents /aux enfants. Et Action 3 : A chaque fois que cela est possible, dans les accompagnements d'usagers, favoriser l'action collective	janv-16	déc-16	
Fiche action n°25 : Mettre en place les outils et les instances de suivi, d'évaluation et de pilotage du schéma départemental	janv-15	déc-18	1
Action 1 : Mettre en place l'observatoire départemental de l'enfance	janv-15	déc-15	
Fiche action n°26 : Développer la participation des usagers dans le suivi, le pilotage et l'évaluation de la politique départementale en faveur de l'enfance et des familles	janv-16	déc-18	1
Fiche action n°27 : Mettre en place les outils et les instances de suivi, d'évaluation et de pilotage du schéma départemental	janv-15	déc-18	1

Légende : Niveaux de priorité

Niveau 1 = niveau d'urgence très élevé

Niveau 2 = niveau élevé

Niveau 3 = niveau faible

Niveau 4 = niveau d'urgence très faible

3. Glossaire

AAH	Allocation Adulte Handicapé
ADEPAPE	Association Départementale d'Entraide des Personnes Accueillies à la Protection de l'Enfance
ADMR	Aide à Domicile en Milieu Rural
AED	Aide Educative à Domicile
AEEH	Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé
AEMO	Action Educative en Milieu Ouvert
AGIRE	Association Agir pour l'Insertion, la Réussite et l'Emploi
ALSH	Accueil de Loisirs Sans Hébergement
AMAVIP	Association de Médiation de d'Aide aux Victimes d'Infractions Pénales
ANDASS	Association Nationale des Directeurs d'Action Sociale et de Santé des Départements
ANPAA	Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie
ARS	Agence Régionale De Santé
AS	Assistant Social
ASE	Aide Sociale à l'Enfance
ASEF	Aide Sociale aux Enfants et aux Familles
ASFAM	Assistant Familial
ASI	Appui Social Individualisé
ASS MAT / ASMAT	Assistant Maternel
AVS	Aide à la Vie Sociale
CA	Compte Administratif
CADA	Commission d'Accès aux Documents Administratifs
CAF	Caisse d'Allocations Familiales
CAMSP	Centre d'Action Médico-Sociale Précoce
CASF	Code de l'Action Sociale et des Familles
CDAG	Consultations de Dépistage Anonyme et Gratuit
CES	Centre Educatif Spécialisé
CG	Conseil général
CH	Centre Hospitalier
CHRS	Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale
CHS	Centre Hospitalier Spécialisé
CIO	Centre d'Information et d'Orientation
CISPD	Conseils Intercommunaux de Sécurité et de Prévention de la Délinquance
CLAS	Contrat Local d'Accompagnement à la Scolarité
CLI	Commission Locale d'Insertion
CMP	Centre Médico-Psychologique
CMPP	Centre Médico-PsychoPédagogique
CMU	Couverture Maladie Universelle
CNAF	Caisse Nationale d'Allocations Familiales
CNIL	Commission Nationale Informatique et Libertés
CODAJE	Commission Départementale de l'Accueil des Jeunes Enfants
CODERPA	Comité Départemental des Retraités et Personnes Agées

CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CPEF	Centre de Planification et d'Education Familiale
CREAI	Centre Régional pour l'Enfance et l'Adolescence Inadaptées
CRIP	Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes
CSAPA	Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
CSP	Code de la Santé Publique
CTE	Commission Technique Enfance
CVS	Conseil de la Vie Sociale
DDCS	Direction Départementale de la Cohésion Sociale
DEF	Direction de l'Enfance et des Familles
DGFIP	Direction Générale des Finances Publiques
DIPC	Document Individuel de Prise en Charge
DREES	Direction des Recherches, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
EPCI	Etablissement Public de Coopération Intercommunale
EPICEA	Equipes de Prévention et d'Information Collective pour l'Enfance et l'Adolescence
EPP	Entretien Périnatal Précoce
ERSP	Espace Ressources pour le Soutien à la Parentalité
ETP	Equivalent Temps Plein
FAJ	Fonds d'Aide aux Jeunes
FDE	Foyer Départemental de l'Enfance
FE	Foyer de l'Enfance
FINESS	Fichier National des Etablissements Sanitaires et Sociaux
FJT	Foyer de Jeunes Travailleurs
FSL	Fonds de Solidarité Logement
GEAID	Groupement Départemental d'Aide et d'Intervention à Domicile
GERE	Garde d'Enfant Relais Emploi
IDEF	Institut Départemental de l'Enfance et de la Famille
IME	Institut Médico-Educatif
INSEE	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
IP	Information Préoccupante
IREPS	Instance Régionale d'Education et de Promotion de la Santé
IST	Infection Sexuellement Transmissible
ITEP	Institut Thérapeutique, Educatif et Pédagogique
IVG	Interruption Volontaire de Grossesse
LAEP	Lieux d'Accueil Enfants-Parents
LVA	Lieu de Vie et d'Accueil
MAM	Maison d'Assistants Maternels
MAPEFF	Maison de la Petite Enfance et de la Famille
MDA	Maison Des Adolescents
MDPH	Maison Départementale des Personnes Handicapées
MECS	Maison d'Enfants à Caractère Social
MEN-MESR DEPP	Ministère de l'Education nationale-Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche, Direction de l'Evaluation, de la Prospective et de la Performance
MFR	Maison Familiale Rurale

MIE	Mineurs Etangers Isolés
MSA	Mutualité Sociale Agricole
ND	Non Disponible
NTIC	Nouvelles Technologies de l'Information et de la Communication
OMPHALE	Outil Méthodologique de Projection d'Habitants, d'Actifs, de Logements et d'Elèves
OPAC	Office Publique de l'Habitat
ORS	Observatoire Régional de Santé
PAD	Placement A Domicile
PDH	Plan Départemental de l'Habitat
PIE	Projet Individuel de l'Enfant (= PPE)
PJJ	Protection Judiciaire de la Jeunesse
PMI	Protection Maternelle Et Infantile
PPE	Projet Pour l'Enfant (nommé PIE dans le département)
PRE	Programme de Réussite Educative
PRS	Projet Régional de Santé
RAM	Relais d'Assistants Maternels
REAAP	Réseau d'Ecoute, d'Appui et d'Accompagnement des Parents
RP	Recensement de la Population
RSA	Revenu de Solidarité Active
SAE	Statistique Annuelle des Etablissements de Santé
SDAF	Service Départemental d'Accueil Familial
SDIT	Service Départemental d'Intervenant en Toxicomanie
SESSAD	Service d'Education Spécialisée et de Soins A Domicile
SNIR	Système National Inter-Régimes
SPIBM	Service de protection des intérêts et des biens des mineurs
SSD	Service Social Départemental
TAS	Territoires d'action sociale
TDC	Tiers Digne de Confiance
TISF	Technicien de l'Intervention Sociale et Familiale
UC	Unités de Consommation
UDAF	Union Départementale des Associations Familiales
VAD	Visite A Domicile
VIF	Réseau de lutte contre les Violences Intrafamiliales

4. Analyse du questionnaire en direction des professionnels du Conseil général

4.1 Présentation

Dans le cadre du diagnostic réalisé pour l'élaboration de ce schéma départemental de l'Enfance et des Familles, un questionnaire a été diffusé, par internet, au cours du mois de février, à tous les agents du Conseil général contribuant à la mise en œuvre de la politique départementale en faveur de l'Enfance et de la Famille.

L'objectif de ce questionnaire était de recueillir leur avis, notamment sur les modalités d'accompagnement de ce public dans le département ainsi que les pistes d'amélioration que ces professionnels imaginent.

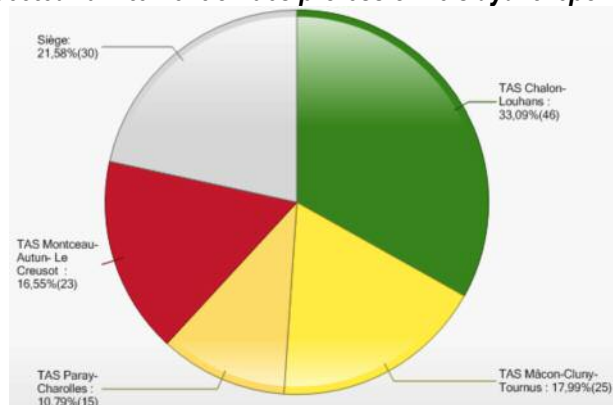
Au total, 139 personnes ont répondu à ce questionnaire en totalité ou partiellement (c'est-à-dire seulement à certaines questions)⁷⁷.

Parmi les répondants :

- 43 sont des professionnels de PMI (hors agents administratifs)
- 31 sont des agents administratifs PMI et ASEF (siège et territoires)
- 29 sont des travailleurs sociaux de l'ASEF
- 27 sont des travailleurs sociaux du Service social départemental (SSD)
- 7 sont des Responsables d'équipe médicosociale
- 2 sont des psychologues

Environ 1/3 des répondants (46 sur 139) travaille dans le territoire de Chalon-Louhans, 22 % (30 répondants) sont positionnés au siège, 18 % (25 répondants) interviennent sur le territoire de Mâcon-Cluny-Tournus, un peu moins de 17 % (23 répondants) sont positionnés sur le territoire de Montceau- Autun- Le Creusot et 11 % (15 répondants) travaillent sur le territoire de Paray-Charolles.

Secteur d'intervention des professionnels ayant répondu



⁷⁷ En effet, 17 personnes ont complété 10 % ou moins de 10 % du questionnaire.

4.2 Mise en œuvre du précédent schéma départemental

Parmi les répondants, près de 73 % (101 répondants) connaissent le schéma départemental en faveur de l'enfance et des familles 2007 – 2012.

Pour la grande majorité des répondants, le précédent schéma correspondait, au moins en partie, aux besoins des publics concernés.

Question posée : **Selon vous, correspondait-il aux besoins des publics concernés ?**

Oui totalement	9 répondants	9%
Oui en partie	76 répondants	80%
Non pas vraiment	10 répondants	11%
Non pas du tout	0 répondant	0%
Total	95 répondants	100%

Le précédent schéma avait identifié 5 grands axes de progrès.

Sur les 8 thématiques du **premier axe** : « **Articulation entre la vie sociale, la vie familiale et la vie professionnelle** », seules 3 n'ont pas ou pas vraiment été améliorées selon la majorité des répondants :

- Inciter à l'émergence de structures d'accueil interentreprises ouvertes sur l'extérieur (pour 77 % des répondants)
- Faciliter le retour à l'emploi des personnes ayant interrompu leur activité pour raison familiale (pour 62 % des répondants)
- Développer une stratégie de structuration de l'offre d'équipements et de modes de gardes adaptés, de nature à favoriser l'activité des parents (pour 51 % des répondants)

En revanche, l'action visant à développer des bonnes pratiques en matière de petite enfance a particulièrement bien été mise en œuvre (pour 71 % des répondants), tout comme celle ayant pour but de faire vivre les réseaux de périnatalité en lien avec tous les acteurs concernés (pour 65 % des répondants) et, dans une moindre mesure, celle encourageant les professionnels à avoir une attention particulière sur la situation des familles vivant dans des zones touchées par la pauvreté, la précarité, l'isolement social (pour 60 % des répondants).

Point de vue des professionnels concernant la mise en œuvre des actions de l'axe 1 « Articulation entre la vie sociale, la vie familiale et la vie professionnelle »

Question posée : *les domaines suivants ont-ils été mis en place / améliorés ?*

	Total des "Oui"	Total des "Non"	Oui nettement	Oui plutôt	Non pas vraiment	Non pas du tout
Développer une stratégie de structuration de l'offre d'équipements et de modes de gardes adaptés, de nature à favoriser l'activité des parents	49%	51%	12%	37%	44%	7%
Approfondir le travail partenarial entre les institutions concernées (CAF, Conseil général, Communes...) et faire vivre la CODAJE (Commission départementale d'accueil du jeune enfant)	54%	46%	11%	43%	42%	4%
Faciliter le retour à l'emploi des personnes ayant interrompu leur activité pour raison familiale	38%	62%	9%	29%	52%	10%
Favoriser les volets sociaux et parentaux dans les contrats d'insertion des bénéficiaires du RMI / RSA	55%	45%	5%	50%	37%	8%
Inciter à l'émergence de structures d'accueil interentreprises ouvertes sur l'extérieur	23%	77%	1%	22%	56%	21%
Développer les bonnes pratiques en matière de petite enfance : informer, conseiller, orienter, soutenir les initiatives locales et les démarches collectives, à travers des lieux d'accueil, des groupes de parole, des ateliers d'éducation, l'école...	71%	29%	14%	57%	25%	4%
Avoir une attention particulière sur la situation des familles vivant dans des zones touchées par la pauvreté, la précarité, l'isolement social (cf. les territoires de la politique de la Ville et les zones rurales isolées), en organisant des actions d'accompagnement et d'information, en mobilisant les compétences des TISF, des CESF et de la PMI	60%	40%	11%	49%	33%	7%
Faire vivre les réseaux de périnatalité, en coopération étroite avec les centres hospitaliers, les maternités, les médecins libéraux, la PMI, afin de donner aux mères, aux parents, les appuis nécessaires pour bien commencer la vie de l'enfant	65%	35%	12%	53%	32%	3%

Sur les 7 thématiques de l'**axe 2** : « **Mise en œuvre d'une stratégie de prévention globale** », seules 2 n'ont pas ou pas vraiment été améliorées selon une faible majorité des répondants :

- Faire évoluer la prévention spécialisée : redéfinir les missions de la prévention spécialisée, en relation avec le Département et les communes et dans le cadre d'une politique enfance et familles et développer les actions de proximité (pour 53 % des répondants)
- Accroître la prévention des situations de fragilité et d'exclusion des jeunes : développer les partenariats avec les dispositifs de droit commun (missions locales, FJT, CHRS, OPH, bourses...) (pour 51 % des répondants)

En revanche, les actions suivantes ont particulièrement bien été mises en œuvre :

- Développer des dispositifs de soutien à la parentalité répondant aux besoins identifiés localement : renforcer l'information et le conseil en direction des parents, développer des lieux de médiation familiale, mettre en place des groupes de parole, des actions collectives (pour 69 % des répondants)
- Développer les dispositifs d'accompagnement de proximité : redéfinir les missions des TISF (pour 67 % des répondants)
- Favoriser la prévention des risques en direction des adolescents : établir une démarche de prévention de l'absentéisme et de l'échec scolaire, développer les classes relais et les écoles ouvertes, développer les actions collectives et les loisirs sur les temps périscolaires, éducation à la santé... (pour 63 % des répondants)

Point de vue des professionnels concernant la mise en œuvre des actions de l'axe 2 « Mise en œuvre d'une stratégie de prévention globale »

Question posée : les domaines suivants ont-ils été mis en place / améliorés ?

	Total des "Oui"	Total des "Non"	Oui nettement	Oui plutôt	Non pas vraiment	Non pas du tout
Développer des dispositifs de soutien à la parentalité répondant aux besoins identifiés localement : renforcer l'information et le conseil en direction des parents, développer des lieux de médiation familiale, mettre en place des groupes de parole, des actions collectives	69%	31%	15%	54%	28%	3%
Développer les dispositifs d'accompagnement de proximité : redéfinir les missions des TISF	67%	33%	17%	49%	30%	3%
Favoriser la prévention des risques en direction des adolescents : établir une démarche de prévention de l'absentéisme et de l'échec scolaire, développer les classes relais et les écoles ouvertes, développer les actions collectives et les loisirs sur les temps périscolaires, éducation à la santé...	63%	37%	13%	50%	32%	5%
Accroître la prévention des situations de fragilité et d'exclusion des jeunes : développer les partenariats avec les dispositifs de droit commun (missions locales, FJT, CHRS, OPH, bourses...)	49%	51%	11%	38%	43%	8%
Développer la prévention des situations de violences intrafamiliales et de maltraitance : développer le partenariat avec l'Education nationale, la Gendarmerie, les associations spécialisées, développer les actions d'information et de prévention	61%	39%	12%	49%	32%	7%
Faire évoluer la prévention spécialisée : redéfinir les missions de la prévention spécialisée, en relation avec le Département et les communes et dans le cadre d'une politique enfance et familles et développer les actions de proximité	47%	53%	14%	33%	40%	13%
Piloter la prévention de l'enfance et des familles (suivi de la mise en œuvre du schéma, développement des réflexions partenariales, de la fonction d'observatoire...)	51%	49%	10%	41%	43%	6%

Parmi les 3 thématiques de l'axe 3 : « Diversification des modes d'accueil des enfants confiés au titre de l'ASE », seuls le développement de l'individualisation des prises en charge et la participation des familles (notamment via la mise en place du Projet Individualisé de l'Enfant) n'ont pas vraiment été améliorés selon la majorité des répondants (58 %).

En revanche, les 2 autres actions ont bien été mises en œuvre selon les répondants, en particulier celle sur l'évolution des démarches d'adoption (plus grande sécurisation juridique, meilleure information des candidats) pour 68 % des répondants.

**Point de vue des professionnels concernant la mise en oeuvre des actions de l'axe 3
« Diversification des modes d'accueil des enfants confiés au titre de l'ASE »**

Question posée : les domaines suivants ont-ils été mis en place / améliorés ?

	Total des "Oui"	Total des "Non"	Oui nettement	Oui plutôt	Non pas vraiment	Non pas du tout
Diversifier les modes de prise en charge, par le développement d'initiatives innovantes et alternatives au placement traditionnel (placement à domicile, accueil séquentiel, accueil de jour...)	52%	48%	6%	45%	40%	8%
Faire évoluer les démarches d'adoption : plus grande sécurisation juridique, meilleure information des candidats	68%	32%	18%	50%	26%	6%
Développer l'individualisation des prises en charge et la participation des familles (notamment via la mise en place du Projet Individualisé de l'Enfant)	42%	58%	12%	30%	38%	20%

Parmi les 3 actions de l'axe 4 : « Développement d'un suivi de qualité des prises en charge et des établissements », seule celle visant à réformer et développer l'accueil d'urgence n'a pas été vraiment mise en place selon la majorité des répondants (65 %).

En revanche, les 2 autres actions ont été particulièrement bien mises en œuvre selon les répondants, notamment celle concernant le développement de l'AED (pour 93 % des répondants).

Point de vue des professionnels concernant la mise en oeuvre des actions de l'axe 4 « Développement d'un suivi de qualité des prises en charge et des établissements »

Question posée : les domaines suivants ont-ils été mis en place / améliorés ?

	Total des "Oui"	Total des "Non"	Oui nettement	Oui plutôt	Non pas vraiment	Non pas du tout
Développer l'accès à l'Aide éducative à domicile (AED) : mise en place du service départemental, élaboration de protocoles de travail	93%	7%	37%	56%	7%	0%
Renforcer l'organisation et le développement de l'accueil familial départemental, améliorer l'encadrement professionnel des assistants familiaux	69%	31%	17%	52%	31%	0%
Développer et réformer l'accueil d'urgence	35%	65%	10%	25%	49%	16%

Enfin, parmi les 5 actions de l'axe 5 : « Renforcer l'efficacité de la mise en œuvre et du suivi du schéma », seules 2 n'ont pas été vraiment mises en œuvre selon une majorité de répondants, en particulier celle prévoyant la réalisation de bilans réguliers sur la mise en œuvre du schéma (pour 67 % des répondants).

En revanche, les 3 autres actions ont bien été mises en œuvre selon les répondants, en particulier celle visant à sécuriser le recueil et le traitement des informations préoccupantes (pour 87 % des répondants) et celle visant à développer le travail en transversalité au niveau du Conseil général (pour 73 % des répondants).

Point de vue des professionnels concernant la mise en oeuvre des actions de l'axe 5

« Renforcer l'efficacité de la mise en oeuvre et du suivi du schéma »

Question posée : les domaines suivants ont-ils été mis en place / améliorés

	Total des "Oui"	Total des "Non"	Oui nettement	Oui plutôt	Non pas vraiment	Non pas du tout
Mieux connaître et observer les situations et l'évolution des besoins (au niveau départemental et au niveau local)	45%	55%	6%	39%	44%	11%
Sécuriser le recueil et le traitement des informations préoccupantes	87%	13%	26%	61%	13%	0%
Développer le travail en transversalité au niveau du Conseil général	73%	27%	12%	61%	25%	2%
Développer la concertation entre le Conseil général et ses partenaires	62%	36%	12%	50%	35%	1%
Réaliser des bilans réguliers sur la mise en œuvre du schéma	33%	67%	5%	27%	51%	16%

Parmi les répondants, 6 ont rédigé un commentaire libre pour préciser leurs réponses concernant le bilan du précédent schéma :

- « Des axes de travail ont été développés mais globalement je trouve que **les territoires ruraux sont un peu délaissés et restent en marge** »
- « **Grande difficulté pour développer des actions de prévention, nous travaillons dans le curatif** »
- « **Il y a de grandes disparités sur le territoire qui génèrent des inégalités car les moyens ne sont pas les mêmes, concernant par exemple la diversification des modes d'accueil. Le Conseil Général ne semble pas toujours chef de file de la protection de l'enfance, le diktat appartenant davantage aux grosses associations et à leurs établissements sociaux et médico-sociaux. Il ne tient pas toujours cette place et ce rôle de garant de l'intérêt de l'enfant** ».
- « **La CRIP a des délais de traitement des IP beaucoup trop longs** (parfois plus d'un mois entre la réception de l'IP et la transmission au secteur). La procédure IP est beaucoup trop rigide : à ce jour toute information concernant une éventuelle difficulté en lien avec un mineur est traitée de manière unique via le filtre IP. Cela peut être très violent pour les familles qui font l'objet de ces interventions d'autant plus qu'il nous est régulièrement demandé de réévaluer une situation familiale déjà évaluée par une assistante sociale scolaire par exemple »
- « Selon moi, dans la rubrique mise en œuvre d'une stratégie de prévention globale par le biais de **mise en place d'actions collectives, nous ne pouvons développer correctement cet axe du fait de la charge de travail actuelle de chaque agent de la collectivité et de la non possibilité d'une décharge partielle de certaines tâches en cas d'investissement sur ces actions collectives.** D'autre part, concernant le développement de l'accueil familial, notre département n'est pas assez réactif : en effet, étant dans une zone géographique en limites d'autres départements, nous voyons régulièrement certains candidats assistants familiaux avec un profil intéressant être recrutés très rapidement par ces autres départements alors qu'ils n'ont pas encore été reçus par celui de Saône-et-Loire »
- « **Un grand travail reste à faire avec les partenaires pour renforcer le volet prévention, encore trop de dispositifs cloisonnés et d'institutions qui ne s'ouvrent pas les unes aux autres** »

4.3 Modes d'accueil de la petite enfance et structures d'accueil périscolaire et de loisirs

Point de vue des professionnels concernant l'adéquation entre l'offre et la demande, les besoins des familles :

	Total des satisfaisants et très satisfaisants	Total des insatisfaisants et très insatisfaisants	Très satisfaisant(e)	Satisfaisant(e)	Insatisfaisant(e)	Très insatisfaisant(e)
Pour les crèches collectives et haltes-garderies	20%	80%	1,10%	18,68%	56,04%	24,18%
Pour les micro-crèches	23%	77%	1,33%	21,33%	56,00%	21,33%
Pour l'accueil individuel (chez un assistant maternel)	69%	31%	1,10%	68,13%	26,37%	4,40%
Pour l'accueil périscolaire	55%	45%	3,37%	51,69%	38,20%	6,74%
Pour les structures d'accueil de loisirs (ALSH)	68%	32%	4,76%	63,10%	27,38%	4,76%

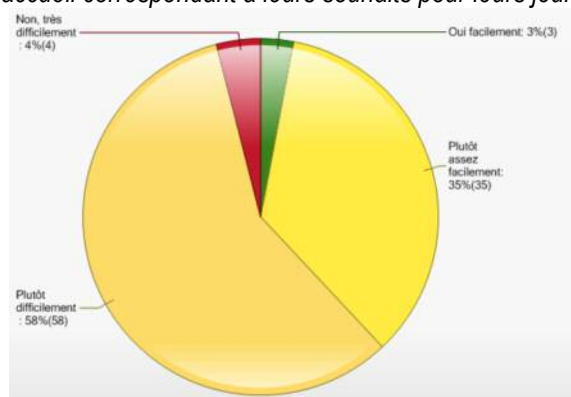
Selon les professionnels qui ont répondu au questionnaire, l'adéquation entre l'offre et les besoins des familles en matière d'accueil des jeunes enfants et des enfants est satisfaisante pour l'accueil individuel (chez un assistant maternel) pour près de 70 % des répondants et en matière d'accueil de loisirs (ALSH) et d'accueil périscolaire (pour respectivement 68 % et 55 % des répondants).

En revanche, la grande majorité des répondants considère que cette adéquation n'est pas satisfaisante en ce qui concerne l'accueil collectif (crèches, haltes-garderies, micro-crèches) pour près de 80 % des répondants.

Par ailleurs, les professionnels ayant répondu au questionnaire considère majoritairement que les parents ont des difficultés pour trouver un mode d'accueil correspondant à leurs souhaits pour leurs jeune(s) enfant(s).

Point de vue des répondants sur l'accès des familles à un mode d'accueil correspondant à leurs souhaits :

Question posée : Dans le territoire sur lequel vous intervenez, estimez-vous que les familles trouvent facilement un mode d'accueil correspondant à leurs souhaits pour leurs jeunes enfants ?



En ce qui concerne les besoins spécifiques de certaines familles, les professionnels ayant répondu au questionnaire considèrent en grande majorité que les réponses apportées ne sont pas satisfaisantes, quel que soit le type de besoin concerné.

Point de vue des professionnels concernant la réponse apportée aux besoins spécifiques des familles :

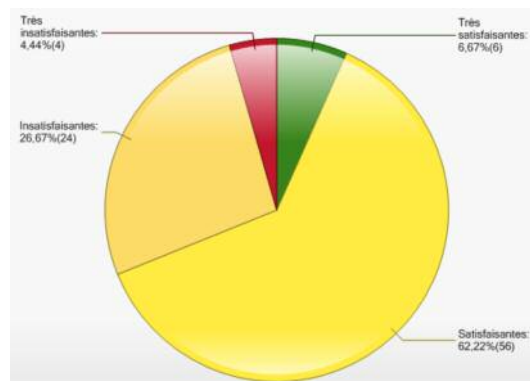
Question posée : En termes de modes d'accueil, comment pouvez-vous qualifier la réponse apportée aux besoins spécifiques des familles ?

	Total des satisfaisants et très satisfaisants	Total des insatisfaisants et très insatisfaisants	Très satisfaisant(e)	Satisfaisant(e)	Insatisfaisant(e)	Très insatisfaisant(e)
Parent dont l'enfant présente un handicap ou un problème de santé grave	14%	86%	1,11%	13,33%	61,11%	24,44%
Parent ayant des horaires de travail atypiques	9%	91%	1,12%	7,87%	61,80%	29,21%
Personnes en recherche d'emploi / parcours d'insertion	20%	80%	1,16%	18,60%	67,44%	12,79%

Enfin, les répondants sont très majoritairement satisfaits (près des ¾) des procédures d'agrément des assistants maternels.

Point de vue des répondants sur les procédures d'agrément des assistants maternels

Question posée : Selon vous, les procédures d'agrément des assistants maternels sont :



4.4 Offre en matière de prévention : niveau de l'offre, adéquation par rapport aux besoins, accessibilité, qualité de service

Les actions de prévention

Les professionnels ayant répondu au questionnaire estiment très majoritairement que, mise à part pour la prévention spécialisée, les actions de prévention sont satisfaisantes ou très satisfaisantes en ce qui concerne le niveau de l'offre, l'adéquation par rapport aux besoins, l'accessibilité et la qualité de service.

Plus précisément, les professionnels sont particulièrement satisfaits des actions menées dans le cadre de la périnatalité, dont la préparation à la naissance, l'entretien prénatal précoce (80 % de satisfaction), des bilans de santé en école maternelle (79 % de satisfaction) et de l'accompagnement et des dispositifs mis en œuvre dans le cadre du service social départemental (accompagnement social général, aides au logement, insertion...) (76 % de satisfaction).

Point de vue des professionnels sur les actions de prévention

Question posée : Quel est votre point de vue sur le niveau de l'offre, l'adéquation par rapport aux besoins, l'accessibilité et la qualité de service les aspects suivants ?

	Total des satisfaisants et très satisfaisants	Total des insatisfaisants et très insatisfaisants	Très satisfaisant(e)	Satisfaisant(e)	Insatisfaisant(e)	Très insatisfaisant(e)
Les actions menées dans le cadre de la périnatalité, dont la préparation à la naissance, l'entretien prénatal précoce	80%	20%	7,81%	71,88%	18,75%	1,56%
Les interventions et accompagnements réalisés par les puéricultrices de PMI	61%	39%	10,84%	50,60%	32,53%	6,02%
Les consultations réalisées dans les centres de PMI	73%	27%	12,20%	60,98%	18,29%	8,54%
Les bilans de santé en école maternelle	79%	21%	12,82%	66,67%	17,95%	2,56%
Les actions réalisées par les centres de planification	70%	30%	19,15%	51,06%	25,53%	4,26%
Les actions mises en œuvre par la prévention spécialisée	44%	56%	9,30%	34,88%	41,86%	13,95%
Les dispositifs et actions de soutien à la parentalité (groupes de parole, actions collectives, information des parents...)	63%	38%	5,56%	56,94%	34,72%	2,78%
L'accompagnement et les dispositifs mis en œuvre dans le cadre du service social départemental (accompagnement social général, aides au logement, insertion...)	76%	24%	6,45%	69,35%	24,19%	0,00%

Le dispositif EPICEA

Parmi les répondants, près de 90 % (109 sur 125) connaissent le dispositif EPICEA (Equipes de prévention et d'information collective pour l'enfance et l'adolescence). Parmi ceux-ci, près de 41 % (44 répondants sur 108) ont déjà participé à ce dispositif.

Les professionnels qui ont déjà participé à une action EPICEA ou qui connaissent ce dispositif se disent très majoritairement satisfaits de son fonctionnement (notamment le travail pluridisciplinaire) et des actions mises en œuvre dans ce cadre. En revanche, la visibilité de ce dispositif est assez faible, en particulier vis-à-vis des partenaires extérieurs.

De plus, dans la rubrique commentaires libres, deux personnes ont indiqué qu'ils souhaiteraient une reconnaissance de la charge de travail engendrée, sur les TAS, par les actions mises en œuvre dans le cadre d'EPICEA. L'une de ces personnes regrette également le manque de temps de travail dégagé pour les professionnels pour participer à EPICEA.

Par ailleurs, un autre professionnel déplore le manque de pilotage des groupes EPICEA sur les territoires. Selon lui, l'animation de ce groupe devrait être assurée par un professionnel dédié car actuellement, le dispositif passe souvent au second plan par rapport aux autres missions prioritaires. « C'est un groupe qui n'est de ce fait pas assez reconnu, en interne et en externe ».

Point de vue des professionnels sur le dispositif EPICEA

Question posée : Quel est votre point de vue sur ce dispositif ?

	Total des satisfaisants et très satisfaisants	Total des insatisfaisants et très insatisfaisants	Très satisfaisant(e)	Satisfaisant(e)	Insatisfaisant(e)	Très insatisfaisant(e)
Fonctionnement (mobilisation des professionnels, organisation...)	89%	11%	19,32%	69,32%	11,36%	0,00%
Travail pluridisciplinaire	93%	7%	30,95%	61,90%	5,95%	1,19%
Offre : actions mises en œuvre, adéquation par rapport aux besoins	70%	30%	15,48%	54,76%	29,76%	0,00%
Niveau de connaissance et de visibilité en interne (au sein du Conseil général)	52%	48%	7,95%	44,32%	42,05%	5,68%
Niveau de connaissance et de visibilité par rapport aux partenaires externes	36%	64%	3,85%	32,05%	48,72%	15,38%

Les propositions des professionnels en matière de prévention

Parmi les répondants, 26 ont rédigé un commentaire libre pour indiquer quelles seraient, selon eux, les principales actions à proposer dans le cadre de la prévention pour le prochain schéma départemental :

- **Accepter que le service adoption ait lui aussi une offre en termes de prévention.** Nous sommes un service spécialisé en adoption et à même de repérer le sens des difficultés que rencontrent certains parents avec leur enfant quelques années après l'adoption et nous sommes à même d'aider ces familles. Peu de professionnels à l'extérieur sont spécialisés dans ce domaine. Aussi nous ne remplissons pas notre mission de prévention quand nous devons renvoyer les familles dans le secteur libéral qui, en Saône et Loire, n'est pas outillé pour les aider.
- **Actions à proposer dans le cadre d'EPICEA : améliorer la visibilité par rapport aux partenaires extérieurs,** plus de moyens humains, informer les jeunes professionnels afin de renforcer le groupe
- **Poursuivre les actions menées dans le cadre de l'exercice des mesures d'AED tel que les actions collectives.**
- **Actions de sensibilisation collective à la prévention de la maltraitance** dans les écoles dès l'école primaire renforcement de la communication grand public sur ce qu'est la maltraitance renforcement de la communication auprès des professionnels de l'enfance sur la notion de protection de l'enfance avec la notion de place et de responsabilité de chacun
- **Développer des actions d'information « tout public » et développer le réseau et le partenariat.** La place de la PMI est peu reconnue car la PMI est limitée dans ces actions, débordées par la mission d'agrément des assistants maternels et autres missions obligatoires, il faut également savoir que les VAD post natales sont quasi nulles et la première prévention est bien à ce niveau
- **Création d'un poste de puéricultrice de PMI coordinatrice des liaisons entre l'hospitalier et l'extra hospitalier/ Création d'un poste de puéricultrice PMI coordinatrice (ou cadre) de toutes les puéricultrices PMI du département.**
- Des actions restent à développer pour **favoriser l'accès aux services pour les familles en difficultés** ; par exemple, problème d'ouverture nécessitant une coopération accentuée avec les acteurs locaux ou de mobilité, d'isolement, pas de ligne budgétaire par exemple pour soutenir les familles dans ce domaine en territoire alors qu'elle existe pour les bénéficiaires du RSA, pas de prévention spécialisée ni maison des ados sur les territoires ruraux ; pas de d'actions de prévention pour jeunes majeurs en situation de rupture donc très fragilisés ou par exemple pour les jeunes femmes (voire filles car mineures) avec enfants qui n'acceptent pas une maison maternelle car trop éloigné de leur lieu de vie.

- **Développer des actions collectives en matière de prévention :**
 - o Plus de possibilités d'actions auprès des familles pouvant regrouper plusieurs institutions (moyens financiers supplémentaires, échanges avec les communes, conventions passées avec certaines associations...)
 - o Actions d'information auprès des différents partenaires grâce au groupe EPICEA (en particulier auprès des établissements scolaires de la maternelle à l'élémentaire)
 - o Possibilités d'utiliser et de s'appuyer sur les moyens, structures et personnels existants comme sur l'ERSP (service de la Sauvegarde financé par le Conseil général)
 - o Besoins importants d'éclairages psychologiques voir anthropologiques ou sociologiques.
- **Développer des actions de prévention primaire dédiées aux mineurs enfants et adolescents en renforçant le partenariat avec nos grands partenaires (Education nationale, Justice...).**
- **Développer des actions de prévention primaire en direction des mineurs de Saône-et-Loire en renforçant le partenariat avec l'Education nationale**
- Les actions ne sont pas suffisantes en nombre faute de temps, les professionnels ne sont pas assez disponibles pour proposer des actions en plus grand nombre, seules quelques lieux bénéficient d'actions chaque année alors que **la prévention devrait être généralisée ou être d'un accès beaucoup plus large.**
- **Les puéricultrices n'ont pas assez de temps, idem pour les assistants sociaux qui n'ont pas assez de temps à consacrer aux accompagnements du fait des suivis ponctuels de plus en plus croissant.** Ainsi les accompagnements dans la cadre de la protection de l'enfance ne sont pas assez satisfaisants.
- **Libérer du temps à la PMI et aux AS de secteur pour permettre d'être plus dans l'accompagnement et d'intervenir de manière plus soutenue dans les familles à certains moments de crise ou de fragilité.** Actuellement ces deux services font de l'abattage, ce qui n'est pas satisfaisant voir même dangereux!!!
- **Développer l'implication des personnels de la PMI à la condition de renforcer leur nombre**
- **Mettre en œuvre les moyens humains et matériels nécessaires pour que la PMI exerce ses mission de prévention**, ce qu'elle ne fait plus, trop impliquée dans la prise en charge de la protection de l'enfance en danger (montée en puissance des IP) création d'un service Assistantes maternelles, libérant les puéricultrices pour les tâches de prévention, recrutement de médecins en rendant attractive leur rémunération , recrutement d'un psychologue en PMI, réfléchir sur le long terme: augmenter les moyens pour la prévention en PMI c'est économiser demain pour le budget ASEF
- **Mettre l'accent sur les actions collectives**
- **Permettre au service de PMI de pouvoir exercer sa mission première de Prévention.** Création d'un service spécial pour l'agrément et le suivi des assistantes maternelles. Permettre des consultations prénatales. Libérer du temps aux puéricultrices pour leur permettre d'effectuer plus de visites pré et post-natales.
- **Plus de consultations nourrissons, et création de consultations prénatales en PMI.** Création d'un service assistante maternelle pour libérer du temps aux puéricultrices pour faire du travail de prévention sur le terrain.
- **Poursuite des actions d'information auprès des professionnels de l'Education nationale mise en place d'actions auprès des structures petite enfance (partenariat avec Grand Chalon)**
- **Poursuite des rencontres des écoles primaires, présentation des différents outils...**

- **Privilégier le lien avec les parents sur le terrain** (par exemple, avec les parents ayant mis en place sur leur quartier un café des parents ou toute initiative locale visant à accompagner les parents, mais de manière à ne pas trop institutionnaliser ces actions de soutien des parents)
- **Renforcer l'action de prévention sur les équipes PMI et SSD par des équipes dédiées ou des répartitions des tâches et des priorités** : les puéricultrices font de moins en moins de prévention du fait des autres missions obligatoires (ASS MAT) et SSD idem.
- **Renforcer le partenariat.**
- **Travailler avec les parents dès qu'ils viennent pour la consultation PMI.** Dans certaine ville, des permanences de conseillère conjugale se font en même temps que les permanences médicales ; car ce peut être un moment d'échange autour de l'accueil de l'enfant, le passage de 2 à 3 dans la famille, la fatigabilité, les changements chez la femme qui entraînent quelquefois un éloignement du père : ces axes de travail sont importants dans la prévention et dans la protection de l'enfance.
- **Travailler sur la notion de protection de l'enfance avec les partenaires, en particulier l'Education nationale.** Les enseignants n'ont aucune information sur ce domaine dans leur formation et ne sont que dans des représentations de la protection de l'enfance c'est-à-dire, le placement uniquement
- **Trouver des médecins de PMI, permettre aux équipes de PMI de réaliser des actions de préventions de façon plus importante,** cette question reste liée aux missions obligatoires à réaliser en PMI qui ne laissent pas de place pour les actions collectives. Les équipes de PMI n'ont pas les effectifs suffisants pour mener de front les suivis individuels et développer les actions collectives.

4.5 Recueil et le traitement des informations préoccupantes

Les professionnels qui ont répondu au questionnaire sont **majoritairement satisfaits** de l'organisation du recueil et du traitement des informations préoccupantes dans le département, en particulier en ce qui concerne l'interdisciplinarité pour l'évaluation et le fonctionnement de la CRIP

Point de vue des professionnels concernant le recueil et le traitement des informations préoccupantes :

	Total des satisfaisants et très satisfaisants	Total des insatisfaisants et très insatisfaisants	Très satisfaisant(e)	Satisfaisant(e)	Insatisfaisant(e)	Très insatisfaisant(e)
Le fonctionnement de la CRIP (réception des informations préoccupantes, mandatement, signalement à l'autorité judiciaire, retour vers les émetteurs de l'information)	73%	27%	5,05%	67,68%	25,25%	2,02%
Le délai de réalisation de l'évaluation d'une situation préoccupante	56%	44%	2,08%	54,17%	36,46%	7,29%
La qualité de la collaboration au sein du Conseil général dans la réalisation de l'évaluation d'une situation préoccupante (interdisciplinarité)	76%	24%	8,91%	67,33%	19,80%	3,96%

4.6 Offre en matière de protection (dispositifs relevant de l'ASE)

Les interventions à domicile

Les interventions des TISF (technicien en intervention sociale et familiale)

Les professionnels qui ont répondu au questionnaire sont **majoritairement satisfaits** de l'offre d'accompagnement par des TISF ainsi que des conditions de mise en œuvre des accompagnements (interventions à domicile, visites en présence d'un tiers, délai d'intervention, qualité). Ils considèrent également majoritairement (62 %) que la capacité des services de TISF à transmettre des éléments d'observation concernant la situation familiale est satisfaisante ou très satisfaisante.

Point de vue des professionnels concernant les interventions de TISF :

	Total des satisfaisants et très satisfaisants	Total des insatisfaisants et très insatisfaisants	Très satisfaisant(e)	Satisfaisant(e)	Insatisfaisant(e)	Très insatisfaisant(e)
Volume d'heures de TISF pouvant être mobilisées : adéquation par rapport aux besoins	63%	37%	5,32%	57,45%	36,17%	1,06%
Conditions d'intervention des TISF : délai d'intervention et qualité de l'accompagnement	64%	36%	8,70%	55,43%	34,78%	1,09%
Capacité à mobiliser les TISF sur des interventions à domicile	78%	22%	6,74%	70,79%	21,35%	1,12%
Capacité à mobiliser les TISF sur des visites en présence d'un tiers	74%	26%	5,71%	68,57%	24,29%	1,43%
Capacité des services de TISF à transmettre des éléments d'observation concernant la situation familiale	62%	38%	8,51%	53,19%	32,98%	5,32%

L'aide éducative à domicile (AED)

Les professionnels qui ont répondu au questionnaire sont **majoritairement satisfaits** de l'AED dans le département : adéquation de l'offre par rapport aux besoins, délai de prise en charge et qualité de la prise en charge (fréquence des visites, disponibilité des éducateurs...). Plus particulièrement, ils sont près de 17 % à être très satisfaits de la qualité de l'accompagnement en AED.

Point de vue des professionnels concernant l'AED :

	Total des satisfaisants et très satisfaisants	Total des insatisfaisants et très insatisfaisants	Très satisfaisant(e)	Satisfaisant(e)	Insatisfaisant(e)	Très insatisfaisant(e)
Volume de mesures d'AED pouvant être proposées : adéquation par rapport aux besoins	76%	24%	7,89%	68,42%	22,37%	1,32%
Délai de prise en charge pour les AED	59%	41%	2,50%	56,25%	36,25%	5,00%
Qualité de la prise en charge pour les AED (fréquence des visites, disponibilité des éducateurs...)	81%	19%	16,87%	63,86%	16,87%	2,41%

L'action éducative en milieu ouvert (AEMO)

Les professionnels qui ont répondu au questionnaire sont majoritairement (à plus de 80 %) **insatisfaits voire très insatisfaits** de l'AEMO dans le département : délai de prise en charge, qualité de la prise en charge (fréquence des visites, disponibilité des éducateurs...) et du niveau de coordination entre les professionnels de l'AEMO (ils sont d'ailleurs très insatisfaits à plus de 45 % de cette coordination).

Point de vue des professionnels concernant l'AEMO :

	Total des satisfaisants et très satisfaisants	Total des insatisfaisants et très insatisfaisants	Très satisfaisant(e)	Satisfaisant(e)	Insatisfaisant(e)	Très insatisfaisant(e)
Délai de prise en charge pour les AEMO	14%	86%	0,00%	14,47%	64,47%	21,05%
Qualité de la prise en charge pour les AEMO (fréquence des visites, disponibilité des éducateurs...)	20%	80%	0,00%	19,74%	55,26%	25,00%
Niveau de coordination entre les professionnels de l'AEMO et les professionnels du Conseil général autour des situations	18%	82%	2,44%	15,85%	36,59%	45,12%

L'accueil de jour

Les professionnels qui ont répondu au questionnaire sont majoritairement (68 %) satisfaits de la qualité de la prise en charge en accueil de jour.

En revanche, ils sont **plutôt insatisfaits** de l'adéquation de l'offre par rapport aux besoins (54 %) et de l'accessibilité de l'accueil de jour (55 %).

Le délai de prise en charge en accueil de jour est satisfaisant pour la moitié des répondants et insatisfaisant pour l'autre moitié. La proportion de très insatisfaits (près de 5 %) est toutefois supérieure aux très satisfaits (2 % environ).

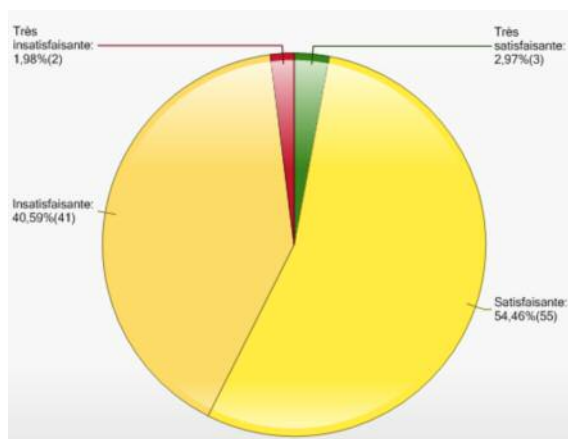
Point de vue des professionnels concernant l'accueil de jour :

	Total des satisfaisants et très satisfaisants	Total des insatisfaisants et très insatisfaisants	Très satisfaisant(e)	Satisfaisant(e)	Insatisfaisant(e)	Très insatisfaisant(e)
Niveau de l'offre (adéquation par rapport aux besoins) en accueil de jour	46%	54%	2,08%	43,75%	43,75%	10,42%
Accessibilité de l'accueil de jour	45%	55%	0,00%	45,45%	47,73%	6,82%
Délai de prise en charge en accueil de jour	50%	50%	2,38%	47,62%	45,24%	4,76%
Qualité de la prise en charge en accueil de jour	68%	32%	2,44%	65,85%	29,27%	2,44%

La coordination entre les différents intervenants

Un peu plus de la moitié des professionnels qui ont répondu au questionnaire estime que la qualité de la coordination entre les différents acteurs intervenant auprès d'une famille est satisfaisante

Point de vue des professionnels sur la qualité de la coordination entre les différents acteurs intervenant auprès d'une famille :



Les placements et hébergements

L'accueil d'urgence

Les professionnels qui ont répondu au questionnaire sont **majoritairement insatisfaits** des délais pour obtenir une place en accueil d'urgence (76 %), de la durée de séjour des enfants accueillis en urgence (69 %) et, dans une moindre mesure, de la qualité de mise en œuvre des missions de l'accueil d'urgence : observation, évaluation, orientation (55 %).

En revanche, la qualité de la prise en charge et la sécurité des enfants accueillis dans le cadre de l'accueil d'urgence est considérée comme satisfaisante pour près de 60 % des répondants.

Point de vue des professionnels concernant l'accueil d'urgence :

	Total des satisfaisants et très satisfaisants	Total des insatisfaisants et très insatisfaisants	Très satisfaisant(e)	Satisfaisant(e)	Insatisfaisant(e)	Très insatisfaisant(e)
Délai pour obtenir une place en accueil d'urgence	24%	76%	0,00%	24,19%	45,16%	30,65%
Qualité de la prise en charge et la sécurité des enfants accueillis dans le cadre de l'accueil d'urgence	59%	41%	1,64%	57,38%	29,51%	11,48%
Qualité de mise en œuvre des missions de l'accueil d'urgence : observation, évaluation, orientation	45%	55%	0,00%	45,45%	43,64%	10,91%
Durée de séjour des enfants accueillis en urgence	31%	69%	0,00%	31,37%	54,90%	13,73%

Les établissements et lieux de vie

Les professionnels qui ont répondu au questionnaire sont **majoritairement insatisfaits** des aspects suivants :

- La répartition géographique des lieux de vie (à 82 %)
- La répartition géographique des établissements (à 65 %)
- La gestion de la liste des disponibilités des places en établissement (y compris accueil d'urgence) (à 65 %)
- Les règles relatives aux demandes d'admission en lieux de vie (à 60 %)

- Les règles relatives aux demandes d'admission en établissement (hors accueil d'urgence) (à 50 % mais avec près de 12 % de très insatisfaits)

En revanche, la sécurité des enfants accueillis et la qualité d'accueil proposée par les établissements et par les lieux de vie sont satisfaisantes pour la majorité des répondants (à 73 % pour les établissements et à 65 % pour les lieux de vie)

Point de vue des professionnels concernant l'accueil en établissements et lieux de vie :

	Total des satisfaisants et très satisfaisants	Total des insatisfaisants et très insatisfaisants	Très satisfaisant(e)	Satisfaisant(e)	Insatisfaisant(e)	Très insatisfaisant(e)
Les règles relatives aux demandes d'admission en établissement (hors accueil d'urgence)	50%	50%	0,00%	50,00%	38,46%	11,54%
Les règles relatives aux demandes d'admission en lieux de vie	40%	60%	0,00%	40,00%	51,11%	8,89%
La gestion de la liste des disponibilités des places en établissement (y compris accueil d'urgence)	35%	65%	0,00%	35,19%	40,74%	24,07%
La répartition géographique des établissements	35%	65%	0,00%	35,00%	31,67%	33,33%
La qualité d'accueil proposée par les établissements et la sécurité des enfants accueillis	73%	27%	3,92%	68,63%	19,61%	7,84%
La répartition géographique des lieux de vie	18%	82%	0,00%	18,18%	50,91%	30,91%
La qualité d'accueil proposée par les lieux de vie et la sécurité des enfants accueillis	65%	35%	2,17%	63,04%	26,09%	8,70%

Le suivi des enfants accueillis

Les professionnels qui ont répondu au questionnaire sont **majoritairement insatisfaits** du suivi des enfants confiés et notamment des aspects suivant :

- La qualité du suivi de la santé des enfants confiés (y compris santé mentale) (à 63 %)
- Les modalités d'accueil des mineurs étrangers isolés (à 61 %)
- La qualité du suivi des enfants confiés réalisé par l'ASEF (mise en place du projet pour l'enfant et actualisation, disponibilité / implication des référents de l'enfant...) (à 59 %)
- Les possibilités d'individualisation de l'accueil ou d'accompagnement (accueils alternatifs, accueil séquentiels, placement à domicile, accueil de jour...) (à 55 %)

Point de vue des professionnels concernant le suivi des enfants accueillis :

	Total des satisfaisants et très satisfaisants	Total des insatisfaisants et très insatisfaisants	Très satisfaisant(e)	Satisfaisant(e)	Insatisfaisant(e)	Très insatisfaisant(e)
La qualité du suivi des enfants confiés réalisé par l'ASEF (mise en place du projet pour l'enfant et actualisation, disponibilité / implication des référents de l'enfant...)	41%	59%	4,23%	36,62%	49,30%	9,86%
La qualité du suivi de la santé des enfants confiés (y compris santé mentale)	37%	63%	1,37%	35,62%	53,42%	9,59%
Les possibilités d'individualisation de l'accueil ou d'accompagnement (accueils alternatifs, accueil séquentiels, placement à domicile, accueil de jour...)	45%	55%	0,00%	44,93%	37,68%	17,39%
Les modalités d'accueil des mineurs étrangers isolés	39%	61%	0,00%	38,78%	46,94%	14,29%

Focus sur l'accueil familial départemental

Les professionnels qui ont répondu au questionnaire sont majoritairement satisfaits (à 75 %) de la procédure d'agrément des assistants familiaux en ce qui concerne les interventions des différents acteurs dans les TAS (puéricultrices, médecins...) aux différentes étapes.

En revanche, pour un peu plus de la moitié des répondants (52 %), le niveau de coordination ASE/PMI dans le suivi des agréments (circulation de l'information, demandes de dérogation, ...) n'est pas satisfaisant

Point de vue des professionnels concernant les procédures d'agrément des assistants familiaux :

	Total des satisfaisants et très satisfaisants	Total des insatisfaisants et très insatisfaisants	Très satisfaisant(e)	Satisfaisant(e)	Insatisfaisant(e)	Très insatisfaisant(e)
Mobilisation adaptée des différents professionnels des TAS (puéricultrices, médecins) aux diverses étapes de la procédure	75%	25%	7,35%	67,65%	23,53%	1,47%
Niveau de coordination ASE/PMI, PMI/ASE dans le suivi des agréments (circulation de l'information, demandes de dérogation, ...)	48%	52%	4,48%	43,28%	40,30%	11,94%

En ce qui concerne le recrutement des assistants familiaux, les professionnels qui ont répondu au questionnaire sont majoritairement (à 62 %) satisfaits du degré de sélectivité des candidatures et de son adaptation aux enjeux de la protection de l'enfance. Par ailleurs, la durée de la procédure est considérée comme satisfaisante pour la moitié des répondants et insatisfaisante pour l'autre moitié. La proportion de très insatisfaits (près de 12 %) est toutefois supérieure aux très satisfaits (7 % environ).

Point de vue des professionnels concernant les procédures de recrutement des assistants familiaux :

	Total des satisfaisants et très satisfaisants	Total des insatisfaisants et très insatisfaisants	Très satisfaisant(e)	Satisfaisant(e)	Insatisfaisant(e)	Très insatisfaisant(e)
Durée de la procédure	50%	50%	4,55%	45,45%	42,42%	7,58%
Adaptation du degré de sélectivité des candidatures aux enjeux de la protection de l'enfance	62%	38%	7,35%	54,41%	26,47%	11,76%

Plus globalement, les professionnels qui ont répondu au questionnaire considèrent très majoritairement (81 %) que l'offre en matière d'accueil familial (niveau, répartition géographique des places...) est insatisfaisante, tout comme, dans une moindre mesure, les modalités de recherche de places en accueil familial (59 % d'insatisfaits) et l'adéquation entre les modalités d'accueil et le profil des enfants accueillis en accueil familial (59 % d'insatisfaits).

En revanche, la qualité d'accueil proposée par les assistants familiaux est satisfaisante pour 76 % des répondants, tout comme le niveau de professionnalisation des assistants familiaux (formation...), pour 67 % des répondants et le niveau d'accompagnement et de soutien des assistants familiaux, pour 66 % des répondants.

Point de vue des professionnels concernant le fonctionnement de l'accueil familial départemental :

	Total des satisfaisants et très satisfaisants	Total des insatisfaisants et très insatisfaisants	Très satisfaisant(e)	Satisfaisant(e)	Insatisfaisant(e)	Très insatisfaisant(e)
L'offre en matière d'accueil familial (niveau, répartition géographique des places...)	19%	81%	0,00%	19,18%	52,05%	28,77%
Le niveau de professionnalisation des assistants familiaux (formation...)	67%	33%	2,74%	64,38%	31,51%	1,37%
Le niveau d'accompagnement et de soutien des assistants familiaux	66%	34%	5,48%	60,27%	28,77%	5,48%
Les modalités de recherche de places en accueil familial	41%	59%	0,00%	41,27%	46,03%	12,70%
La qualité d'accueil proposée par les assistants familiaux	76%	24%	1,52%	74,24%	24,24%	0,00%
L'adéquation entre les modalités d'accueil et le profil des enfants accueillis en accueil familial	41%	59%	0,00%	40,54%	47,30%	12,16%

Les propositions des professionnels en matière de protection de l'enfance

Parmi les répondants, 22 ont rédigé un commentaire libre pour indiquer quelles seraient, selon eux, les principales actions à proposer dans le cadre de la protection de l'enfance pour le prochain schéma départemental :

- **Travaux sur le service accueil (éducateurs référents) = moins de suivis par portefeuille** pour une qualité de travail satisfaisante et des professionnels valorisés et motivés par ce qu'ils font (recrutements, décharge...)
Des cadres davantage formés à leurs différentes fonctions avec un refondement de leur organisation pour un travail de proximité et de qualité avec les équipes.
Plus de communication sur le métier d'assistant familial, création de tracts et réunions d'info pour attirer vers ce métier.
- **Avoir plus d'assistantes familiales sur le secteur de Charolles** pour éviter les dérogations et un nombre d'enfants importants par assistante familiale.
- **Création d'un service qui traite les évaluations d'informations préoccupantes.**
Traiter les demandes d'agrément assistante familiale en binôme puéricultrice / éducateur.
- **Création d'un service spécialisé ASMAT/ASFAM pour le recrutement et le suivi**
- **Créer des structures avec une prise en charge éducative et médicale** (psychologique ou psychiatrique). **Soutenir les établissements** qui doivent accueillir des jeunes adolescents qui sont souvent opposés à la prise en charge.
- **Développement de l'offre d'accueil, de tous types** (urgence, établissement, et placement familial)
Nécessaire et urgente application du PIE, avec l'ASEF chef de file et réellement garante du projet de l'enfant
Renforcement de la qualité du suivi des enfants confiés à l'ASEF par les référents
- **Développer l'accueil familial.**
Mettre en place un dispositif sur les situations complexes.
Mettre en place un dispositif particulier pour les Mineurs Etrangers Isolés.
- **Il manque cruellement d'assistant familial sur le département, notamment concernant des jeunes ados en rupture.**
Ne faudrait-il pas **envisager des familles de parrainage** (existante pendant un moment sur le département) qui pourrait prendre le relais sur des temps court, ou en urgence le temps de nous laisser les moyens d'évaluer la situation ?
- **La charge des travailleurs sociaux du service accueil ne permet pas de proposer l'accompagnement des parents et de leurs enfants dans un contexte de placement.**
Les **visites médiatisées** occupent une place importante dans le travail des travailleurs sociaux, une **formation** spécifique et approfondie devrait être dispensée.
La **formation des assistants familiaux** apporterait une nette amélioration du travail des professionnels si le premier module de formation était consacré à une réflexion autour des métiers d'aide aux personnes et autour de ce que les professionnels en attendent.
Le service de pédiatrie à l'hôpital de Mâcon est démunie, il manque d'éducateurs et d'instituteurs qui apporteraient aux enfants une meilleure prise en charge. Ces interventions structuraient l'enfant dans son hospitalisation par le biais d'activités (scolaires ou ludiques).
L'accueil d'urgence manque de véritable équipe pluridisciplinaire qui pourrait apporter une évaluation de meilleure qualité sur les enfants à orienter. Le travail autour des très jeunes enfants gagnerait en qualité sur le regard des professionnels était plus centré sur l'observation des tout petits et de leurs besoins plus que sur les besoins des parents.

- La qualité d'accueil proposée par les assistants familiaux me paraît très différente de l'un à l'autre. Pas de réponse globale possible de mon point de vue. Le point d'amélioration majeure : **pouvoir accueillir un enfant sur un lieu adapté à sa problématique et non pas là où il y a de la place.**
- **Les offres, les réponses restent très traditionnelles** : l'individualisation du projet d'accompagnement reste difficile car les possibilités de réponses sont limitées ; exemple : pas toujours de possibilité à proximité d'un assistant familial qui permettrait un accueil séquentiel ... Accès au PAD limité par la distance avec l'établissement et l'âge de l'enfant donc un PAD ne peut être envisagé qu'avec certaines familles et non en fonction des besoins de la famille ; toutes les familles ne peuvent bénéficier d'un PAD exemple : pour de jeunes parents en difficulté dans leur positionnement parental ayant de très jeunes enfants en bas âges ... Ne pourrait-on pas imaginer que l'Asef puisse **proposer un PAD avec un service spécialisé** pour pallier sur ces situations ..
- Les profils difficiles de jeunes de 14 -15 ans qui trouvent rarement une place chez une assistante familiale ou celles-ci ne sont pas formées pour ce type d'accueil ainsi ces jeunes vont sur des structures collectives pas adaptées pour eux
- Pas assez de famille d'accueil sur le bassin mâconnais. **Manque de familles d'accueil pour des enfants présentant des troubles ou des handicaps.**
- **Pour le suivi des assistants familiaux, manque de personnel pour un suivi de qualité**
Les équipes de PMI ont besoin de formation adaptée et ne sont pas suffisantes nombreuses pour répondre aux demandes d'IP dont le volume augmente chaque année; les équipes ne sont pas toujours "parées" pour répondre
- **Professionnalisation des assistants familiaux à renforcer**
- **Recruter des assistants familiaux sur tous les bassins de vie du département.** Promouvoir le métier.
- **Réfléchir à la mise en place d'un pôle d'accueil urgence chez les assistantes familiales** qui seraient plus spécialisées
Essayer d'ajuster les moyens en termes d'accueil aux problématiques plus spécifiques de certains enfants et ne pas multiplier les accueils au sein d'une même assistante familiale où couple de professionnels
- **Réfléchir à un accueil de mineurs ou jeunes majeurs au cours de leur grossesse et des premiers de vie du bébé**
- **Réflexion autour de l'accueil familial de jeunes femmes (mineures) durant leur grossesse et les premiers mois de l'enfant**
- **Remise à niveau en français pour certaines assistantes familiales qui ne peuvent pas aider les enfants dans leur scolarité**
- Développer des structures adaptées sur l'ensemble du département
Apporter aux territoires ruraux des soutiens : beaucoup de kilomètres et de fatigabilité.
Attention les établissements cherchent à être décideurs et les travailleurs sociaux ASEF ne sont pas toujours entendus dans les établissements : **CG Chef de file, ne pas perdre ce statut, le réaffirmer avec de vraies négociations!**
- Un travail avec les établissements hospitaliers afin de **créer un accueil familial thérapeutique** pour les enfants présentant des troubles du comportement importants, des troubles psychiatriques et/ou porteurs de handicap.

Créer de nouveaux lieux de vie, structures collectives permettant un accueil plus individualisé.
Renforcer le **contrôle des lieux de vie actuels.**

4.7 Bilan

Les principaux points forts de l'accompagnement des enfants et de leur famille en Saône-et-Loire selon les professionnels

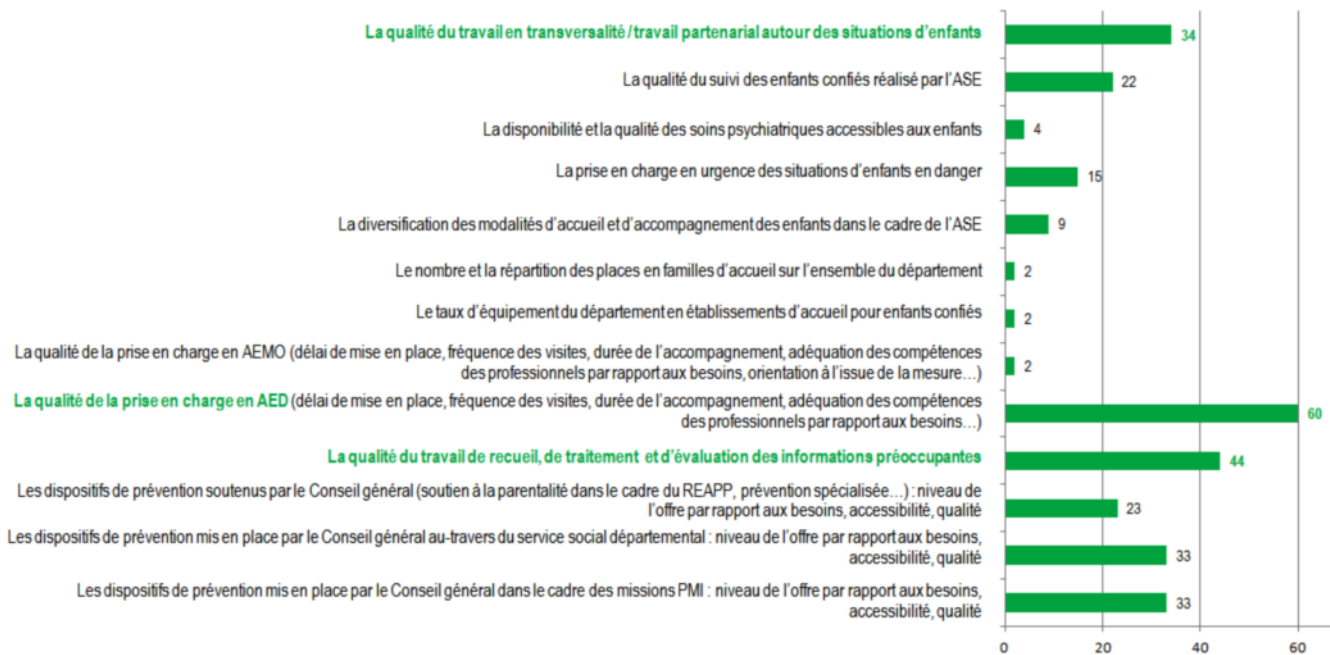
Les 3 principales forces que les professionnels retiennent⁷⁸ sont les suivantes :

- La qualité de la prise en charge en AED (délai de mise en place, fréquence des visites, durée de l'accompagnement, adéquation des compétences des professionnels par rapport aux besoins...) (citée 60 fois)
- La qualité du travail de recueil, de traitement et d'évaluation des informations préoccupantes (citée 44 fois)
- La qualité du travail en transversalité / travail partenarial autour des situations d'enfants (citée 34 fois)

Viennent ensuite les 2 forces suivantes :

- Les dispositifs de prévention mis en place par le Conseil général dans le cadre des missions PMI : niveau de l'offre par rapport aux besoins, accessibilité, qualité (cités 33 fois)
- Les dispositifs de prévention mis en place par le Conseil général au-travers du service social départemental : niveau de l'offre par rapport aux besoins, accessibilité, qualité (cités 33 fois)

Les points forts de l'accompagnement des enfants et de leur famille selon les professionnels



⁷⁸ Chaque répondant avait la possibilité de choisir au maximum 3 réponses. Sur le graphique, les données correspondent au nombre de fois où chaque item a été choisi.

Les principaux points faibles de l'accompagnement des enfants et de leur famille en Saône-et-Loire selon les professionnels

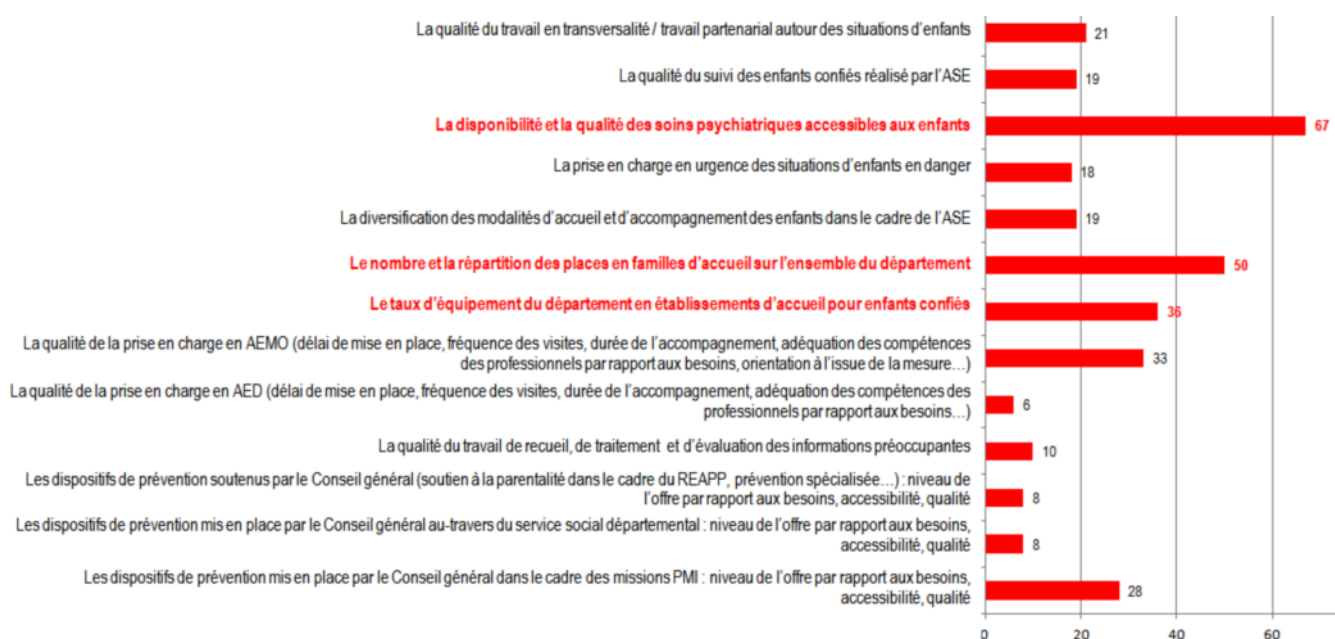
Les 3 principales faiblesses que les professionnels retiennent⁷⁹ sont les suivantes :

- La disponibilité et la qualité des soins psychiatriques accessibles aux enfants (citées 67 fois)
- Le nombre et la répartition des places en familles d'accueil sur l'ensemble du département (cités 50 fois)
- Le taux d'équipement du département en établissements d'accueil pour enfants confiés (cité 36 fois)

Viennent ensuite les 2 faiblesses suivantes :

- La qualité de la prise en charge en AEMO (délai de mise en place, fréquence des visites, durée de l'accompagnement, adéquation des compétences des professionnels par rapport aux besoins, orientation à l'issue de la mesure...) (citée 33 fois)
- Les dispositifs de prévention mis en place par le Conseil général dans le cadre des missions PMI : niveau de l'offre par rapport aux besoins, accessibilité, qualité (cités 28 fois)

Les points faibles de l'accompagnement des enfants et de leur famille selon les professionnels



⁷⁹ Chaque répondant avait la possibilité de choisir au maximum 3 réponses. Sur le graphique, les données correspondent au nombre de fois où chaque item a été choisi.

5 - Analyse du questionnaire en direction des établissements et services

5.1 Présentation

Dans le cadre du diagnostic réalisé pour l'élaboration de ce schéma départemental de l'Enfance et des Familles, un questionnaire a été diffusé, par internet, au cours du mois de février, aux établissements et services contribuant à la mise en œuvre de la politique départementale en faveur de l'Enfance et de la Famille.

L'objectif de ce questionnaire était de recueillir leur avis, notamment sur les modalités d'accompagnement de ce public dans le département ainsi que les pistes d'amélioration que ces structures imaginent.

Au total, 19 structures ont répondu à ce questionnaire :

- L'association de prévention spécialisée (La Sauvegarde)
- Les 2 associations proposant une prestation de TISF (Geaid 71 et ADMR 71)
- Le service d'AEMO (La Sauvegarde)
- Les 2 Foyers d'accueil d'urgence (IDEF et Foyer de Mâcon)
- 9 MECS ou autres établissements (le Foyer La Maisonnée, le CES Le Méplier, le Foyer Roche fleurie, le Foyer Pierre Besseige, le CES de Bellevue-Montferroux, le Service de placement éducatif et familial, le CES de Salornay, la MECS Cité de l'Amitié, l'Institut Saint Benoit)
- Les 4 lieux de vie et d'accueil⁸⁰ (Histoire d'enfants, Les Bruyères, Les Amarylis, La Bergeronnette)

⁸⁰ Ci-après LVA

5.2 Qualité de service

Parmi les 19 structures, 17 ont élaboré un projet d'établissement ou de service (le service d'AEMO, les 4 LVA, les 9 MECS, les 2 foyers d'accueil d'urgence et 1 service de TISF) et la moitié a actualisé ce projet depuis moins de 3 ans.

La moitié des structures concernées a déjà réalisé une évaluation interne (au sens de la loi 2002-2) (le service d'AEMO et les 9 MECS).

Parmi les 9 structures ayant réalisé cette évaluation interne, 7 ont mis en place un plan de conduite du changement (démarche qualité...) à la suite de cette évaluation.

Seules 3 structures (3 MECS) ont déjà réalisé une évaluation externe (au sens de la loi 2002-2) et 2 ont mis en place un plan de conduite du changement (démarche qualité...) à la suite de cette évaluation.

Parmi les 15 structures n'ayant pas réalisé une évaluation externe et étant soumises à cette obligation, 7 ont déjà programmé cette évaluation.

Dans 16 des 18 structures concernées (les 9 MECS, les 4 LVA, 1 des 2 FDE, le service d'AEMO, et 1 des 2 services de TISF), les enfants accueillis ou accompagnés bénéficient tous d'un projet d'accueil personnalisé (ou DIPIC : Document Individuel de Prise en Charge) élaboré au sein de l'établissement ou du service.

Parmi les 15 établissements et lieux de vie, 14 indiquent pouvoir connaître le nombre d'enfants accueillis relevant de l'ASE et ayant par ailleurs une reconnaissance de la MDPH au titre du handicap et 12 ont indiqué quelle était la proportion d'enfants concernés. Cette proportion va de 0 % pour 1 structure à 50 % pour une autre. 5 structures accueillent entre 20 et 30 % d'enfants reconnus handicapés.

Proportion d'enfants accueillis ayant une orientation MDPH	Nombre d'établissements et lieux de vie concernés
0 %	1
5 %	1
10 %	3
20 %	1
25 %	2
30 %	2
37 %	1
50 %	1

5.3 Mise en œuvre du précédent schéma départemental

Parmi les 19 répondants, 18 connaissent le schéma départemental en faveur de l'enfance et des familles 2007 – 2012.

Pour la grande majorité des répondants (15 sur 16), le précédent schéma correspondait, au moins en partie, aux besoins des publics concernés.

Le précédent schéma avait identifié 5 grands axes de progrès.

Sur les 8 thématiques du **premier axe** : « **Articulation entre la vie sociale, la vie familiale et la vie professionnelle** », seules 2 n'ont pas ou pas vraiment été améliorées selon la majorité des répondants :

- Approfondir le travail partenarial entre les institutions concernées (CAF, Conseil général, Communes...) et faire vivre la CODAJE (Commission départementale d'accueil du jeune enfant) (pour 4 répondants sur 7)
- Faciliter le retour à l'emploi des personnes ayant interrompu leur activité pour raison familiale (pour 2 répondants sur 3)

En revanche, les autres thématiques ou actions ont progressé ou été mises en place pour la majorité des répondants, voire pour tous pour 3 thématiques :

- Avoir une attention particulière sur la situation des familles vivant dans des zones touchées par la pauvreté, la précarité, l'isolement social (cf. les territoires de la politique de la Ville et les zones rurales isolées), en organisant des actions d'accompagnement et d'information, en mobilisant les compétences des TISF, des CESF et de la PMI (pour l'ensemble des 5 répondants)
- Faire vivre les réseaux de périnatalité, en coopération étroite avec les centres hospitaliers, les maternités, les médecins libéraux, la PMI, afin de donner aux mères, aux parents, les appuis nécessaires pour bien commencer la vie de l'enfant (pour l'ensemble des 4 répondants)
- Favoriser les volets sociaux et parentaux dans les contrats d'insertion des bénéficiaires du RMI / RSA (pour l'ensemble des 2 répondants)

Point de vue des structures concernant la mise en œuvre des actions de l'axe 1 « Articulation entre la vie sociale, la vie familiale et la vie professionnelle »

Question posée : les domaines suivants ont-ils été mis en place / améliorés ?

	Total des "Oui"	Total des "Non"	Oui nettement	Oui plutôt	Non pas vraiment	Non pas du tout
Développer une stratégie de structuration de l'offre d'équipements et de modes de gardes adaptés, de nature à favoriser l'activité des parents	4	2	0	4	2	0
Approfondir le travail partenarial entre les institutions concernées (CAF, Conseil général, Communes...) et faire vivre la CODAJE (Commission départementale d'accueil du jeune enfant)	3	4	0	3	4	0
Faciliter le retour à l'emploi des personnes ayant interrompu leur activité pour raison familiale	1	2	0	1	2	0
Favoriser les volets sociaux et parentaux dans les contrats d'insertion des bénéficiaires du RMI /	2	0	0	2	0	0
Inciter à l'émergence de structures d'accueil interentreprises ouvertes sur l'extérieur	2	1	0	2	1	0
Développer les bonnes pratiques en matière de petite enfance : informer, conseiller, orienter, soutenir les initiatives locales et les démarches collectives, à travers des lieux d'accueil, des groupes de parole, des ateliers d'éducation, l'école...	4	2	1	3	2	0
Avoir une attention particulière sur la situation des familles vivant dans des zones touchées par la pauvreté, la précarité, l'isolement social (cf. les territoires de la politique de la Ville et les zones rurales isolées), en organisant des actions d'accompagnement et d'information, en mobilisant les compétences des TISF, des CESF et de la PMI	5	0	2	3	0	0
Faire vivre les réseaux de périnatalité, en coopération étroite avec les centres hospitaliers, les maternités, les médecins libéraux, la PMI, afin de donner aux mères, aux parents, les appuis nécessaires pour bien commencer la vie de l'enfant.	4	0	1	3	0	0

Sur les 7 thématiques de l'axe 2 : « Mise en œuvre d'une stratégie de prévention globale », seules 3 n'ont pas ou pas vraiment été améliorées selon une majorité des répondants :

- Piloter la prévention de l'enfance et des familles (suivi de la mise en œuvre du schéma, développement des réflexions partenariales, de la fonction d'observatoire...) (pour 9 répondants sur 10)
- Favoriser la prévention des risques en direction des adolescents : établir une démarche de prévention de l'absentéisme et de l'échec scolaire, développer les classes relai et les écoles ouvertes, développer les actions collectives et les loisirs sur les temps périscolaires, éducation à la santé... (pour 6 répondants sur 9)
- Développer les dispositifs d'accompagnement de proximité : redéfinir les missions des TISF (pour 4 répondants sur 8 mais dont 1 pour qui cette action n'a « pas du tout été mise en œuvre).

En revanche, les actions suivantes ont particulièrement bien été mises en œuvre :

- Développer des dispositifs de soutien à la parentalité répondant aux besoins identifiés localement : renforcer l'information et le conseil en direction des parents, développer des lieux de médiation familiale, mettre en place des groupes de parole, des actions collectives (pour 8 répondants sur 10)
- Développer la prévention des situations de violences intrafamiliale et de maltraitance : développer le partenariat avec l'Education nationale, la Gendarmerie, les associations spécialisées, développer les actions d'information et de prévention (pour 7 répondants sur 10)
- Faire évoluer la prévention spécialisée : redéfinir les missions de la prévention spécialisée, en relation avec le Département et les communes et dans le cadre d'une politique enfance et familles et développer les actions de proximité (pour 4 répondants sur 7)

Enfin, l'action visant à accroître la prévention des situations de fragilité et d'exclusion des jeunes : développer les partenariats avec les dispositifs de droit commun (missions locales, FJT, CHRS, OPH, bourses...) a plutôt été mise en œuvre selon la moitié des répondants et ne l'a pas vraiment été pour l'autre moitié.

Point de vue des structures concernant la mise en œuvre des actions de l'axe 2 « Mise en œuvre d'une stratégie de prévention globale »

Question posée : les domaines suivants ont-ils été mis en place / améliorés ?

	Total des "Oui"	Total des "Non"	Oui nettement	Oui plutôt	Non pas vraiment	Non pas du tout
Développer des dispositifs de soutien à la parentalité répondant aux besoins identifiés localement : renforcer l'information et le conseil en direction des parents, développer des lieux de médiation familiale, mettre en place des groupes de parole, des actions collectives	8	2	0	8	2	0
Développer les dispositifs d'accompagnement de proximité : redéfinir les missions des TISF	4	4	0	4	3	1
Favoriser la prévention des risques en direction des adolescents : établir une démarche de prévention de l'absentéisme et de l'échec scolaire, développer les classes relai et les écoles ouvertes, développer les actions collectives et les loisirs sur les temps périscolaires, éducation à la santé...	3	6	0	3	6	0
Accroître la prévention des situations de fragilité et d'exclusion des jeunes : développer les partenariats avec les dispositifs de droit commun (missions locales, FJT, CHRS, OPH, bourses...)	4	4	0	4	4	0
Développer la prévention des situations de violences intrafamiliale et de maltraitance : développer le partenariat avec l'Education nationale, la Gendarmerie, les associations spécialisées, développer les actions d'information et de prévention	7	3	1	6	3	0
Faire évoluer la prévention spécialisée : redéfinir les missions de la prévention spécialisée, en relation avec le Département et les communes et dans le cadre d'une politique enfance et familles et développer les actions de proximité	4	3	1	3	3	0
Piloter la prévention de l'enfance et des familles (suivi de la mise en œuvre du schéma, développement des réflexions partenariales, de la fonction d'observatoire...)	1	9	0	1	9	0

Parmi les 3 thématiques de l'axe 3 : « Diversification des modes d'accueil des enfants confiés au titre de l'ASE », seule la diversification des modes de prise en charge, par le développement d'initiatives innovantes et alternatives au placement traditionnel (placement à domicile, accueil séquentiel, accueil de jour...) a été mise en place selon 8 répondants sur 13.

En revanche, les 2 autres actions n'ont pas bien été mises en œuvre selon les répondants, en particulier celle visant à développer l'individualisation des prises en charge et la participation des familles (notamment via la mise en place du Projet Individualisé de l'Enfant) (pour 9 répondants sur 12).

Point de vue des structures concernant la mise en œuvre des actions de l'axe 3 « Diversification des modes d'accueil des enfants confiés au titre de l'ASE »

Question posée : les domaines suivants ont-ils été mis en place / améliorés ?

	Total des "Oui"	Total des "Non"	Oui nettement	Oui plutôt	Non pas vraiment	Non pas du tout
Diversifier les modes de prise en charge, par le développement d'initiatives innovantes et alternatives au placement traditionnel (placement à domicile, accueil séquentiel, accueil de	8	5	2	6	5	0
Faire évoluer les démarches d'adoption : plus grande sécurisation juridique, meilleure information des candidats	2	3	0	2	3	0
Développer l'individualisation des prises en charge et la participation des familles (notamment via la mise en place du Projet Individualisé de l'Enfant)	3	9	1	2	4	5

Parmi les 3 actions de l'axe 4 : « Développement d'un suivi de qualité des prises en charge et des établissements », seule celle visant à réformer et développer l'accueil d'urgence n'a pas été vraiment mise en place selon la majorité des répondants (11 sur 12)

En revanche, les 2 autres actions ont été particulièrement bien mises en œuvre selon les répondants, notamment celle concernant le développement de l'AED (pour 8 répondants sur 10).

Point de vue des structures concernant la mise en œuvre des actions de l'axe 4 « Développement d'un suivi de qualité des prises en charge et des établissements »

Question posée : les domaines suivants ont-ils été mis en place / améliorés ?

	Total des "Oui"	Total des "Non"	Oui nettement	Oui plutôt	Non pas vraiment	Non pas du tout
Développer l'accès à l'Aide éducative à domicile (AED) : mise en place du service départemental, élaboration de protocoles de travail	8	2	3	5	2	0
Renforcer l'organisation et le développement de l'accueil familial départemental, améliorer l'encadrement professionnel des assistants familiaux	7	5	1	6	4	1
Développer et réformer l'accueil d'urgence	1	11	0	1	6	5

Enfin, parmi les 5 actions de l'axe 5 : « Renforcer l'efficacité de la mise en œuvre et du suivi du schéma », seules 2 n'ont pas vraiment été mises en œuvre ou pas du tout selon une majorité de répondants, en particulier celle prévoyant la réalisation de bilans réguliers sur la mise en œuvre du schéma (pour tous les répondants).

En revanche, l'action visant à sécuriser le recueil et le traitement des informations préoccupantes a bien ou plutôt bien été mise en œuvre selon tous les répondants.

Point de vue des structures concernant la mise en œuvre des actions de l'axe 5 « Renforcer l'efficacité de la mise en œuvre et du suivi du schéma »

Question posée : les domaines suivants ont-ils été mis en place / améliorés

	Total des "Oui"	Total des "Non"	Oui nettement	Oui plutôt	Non pas vraiment	Non pas du tout
Mieux connaître et observer les situations et l'évolution des besoins (au niveau départemental et au niveau local)	4	8	0	4	7	1
Sécuriser le recueil et le traitement des informations préoccupantes	10	0	1	9	0	0
Développer le travail en transversalité au niveau du Conseil général	5	4	0	5	4	0
Développer la concertation entre le Conseil général et ses partenaires	7	7	0	7	7	0
Réaliser des bilans réguliers sur la mise en œuvre du schéma	0	11	0	0	6	5

Parmi les répondants, 6 ont rédigé un commentaire libre pour préciser leurs réponses concernant le bilan du précédent schéma :

- *Le schéma était ambitieux, les actions prévues n'ont pu globalement se mettre en place faute de moyens*
- *Les améliorations relatives aux interventions TISF: développement des partenariats locaux, reconnaissance des actions TISF, cependant les TISF n'ont à ce jour pas connaissance et ne sont pas associées à l'élaboration du projet individuel de l'enfant (quand il y a intervention)*
- *Pourquoi n'y a t-il pas de concertations, d'échanges avec les départements limitrophes du notre. Exemple le Jura pour nous ! Pourquoi n'y a t-il pas de rétro financement entre les départements. Exemple un jeune a qui l'on trouve une formation rémunéré via le CIO du département du jura ne peut pas se mettre en place pour un jeune de Saône et Loire !*
- *Il manque un développement de l'information des mises en œuvre tous secteurs confondus. J'émetts l'idée d'une newsletter départementale sur les solidarités.*
- *Un élément à déplorer, la non mise en place de l'observatoire de la Protection de l'Enfance qui est un outil de pilotage d'aide à la décision en matière de stratégie concernant les évolutions des besoins des usagers , de leurs familles en fanion des territoires concernés*
- *Chacun des 5 axes du schéma comportait plusieurs objectifs stratégiques, déclinés eux mêmes en plusieurs objectifs opérationnels. Il est donc difficile d'indiquer, sans nuance, si les domaines suivant ont été mis en place nettement, plutôt, non pas vraiment ou pas du tout. En effet, dans chaque domaine, certains objectifs opérationnels ont été mis en place, d'autres non : la réponse apportée "non pas vraiment" fait référence à ce type de situation dans laquelle il y a davantage d'objectifs non mis en place qu'inversement. A titre d'exemple : si l'observation des situations et l'évolution des besoins est plutôt bien mise en œuvre au niveau des territoires (quoique de manière très inégale), en revanche il n'y a aucune analyse croisée au niveau départemental.*

5.4 Offre en matière de prévention : niveau de l'offre, adéquation par rapport aux besoins, accessibilité, qualité de service

Selon les structures qui ont répondu, l'offre en matière de prévention est, globalement, plutôt satisfaisante dans le département. Plus précisément, les dispositifs et actions de soutien à la parentalité sont particulièrement satisfaisants (pour 7 répondants sur 10), tout comme les actions mises en œuvre par la prévention spécialisée (pour 4 répondants sur 5).

Par ailleurs, en ce qui concerne le recueil et le traitement des informations préoccupantes, le fonctionnement de la CRIP, l'évaluation ou encore le retour vers les émetteurs de l'information sont considérés comme satisfaisants par 6 répondants sur 9.

En revanche, le niveau de l'offre d'accueil de la petite enfance et sa répartition géographique sont plutôt considérés comme insatisfaisants pour 4 répondants sur 7 tout comme l'accessibilité des modes d'accueil de la petite enfance, notamment pour les familles ayant des besoins spécifiques (handicap, horaires de travail atypiques...) (pour 5 répondants sur 6).

Point de vue des structures concernant l'offre en matière d'actions de prévention :

	Total des satisfaisants et très satisfaisants	Total des insatisfaisants et très insatisfaisants	Très satisfaisant(e)	Satisfaisant(e)	Insatisfaisant(e)	Très insatisfaisant(e)
Le niveau de l'offre d'accueil de la petite enfance et sa répartition	3	4	0	3	3	1
L'accessibilité des modes d'accueil de la petite enfance, notamment pour les familles ayant des besoins spécifiques (handicap, horaires de travail)	1	5	0	1	4	1
Les interventions et accompagnements réalisés par les professionnels de PMI (consultations, permanences de puéricultrices, visites à domicile, bilans de santé en école maternelle)	2	1	0	2	1	0
Actions réalisées par les centres de planification (contraception et éducation à la sexualité)	3	1	1	2	1	0
Les actions mises en œuvre par la prévention spécialisée	4	1	0	4	1	0
Les dispositifs et actions de soutien à la parentalité	7	3	0	7	3	0
Le recueil et le traitement des informations préoccupantes : fonctionnement de la CRIP, réception des informations, évaluation, retour vers les émetteurs de l'information...	6	3	2	4	3	0

5.5 Dispositifs relevant de l'ASE : niveau de l'offre, adéquation par rapport aux besoins, accessibilité, qualité de service

Selon les structures qui ont répondu, le niveau de l'offre, l'adéquation par rapport aux besoins, l'accessibilité et la qualité de service pour les dispositifs relevant de l'ASE sont majoritairement insatisfaisants.

Plus précisément, les répondants considèrent comme particulièrement insatisfaisants les points suivants :

- Les délais pour obtenir une place en accueil d'urgence (pour 10 répondants sur 10).
- L'offre en matière d'accueil familial (niveau, répartition géographique des places...) (pour 10 répondants sur 11).
- La durée de séjour en accueil d'urgence (pour 8 répondants sur 11).
- La qualité du suivi des enfants confiés réalisé par l'ASE (mise en place du projet pour l'enfant et son actualisation, disponibilité / implication des référents de l'enfant...) (pour 10 répondants sur 13).

En revanche, selon les structures, la gestion de la liste des disponibilités des places en établissement (y compris accueil d'urgence) est satisfaisante (pour 8 répondants sur 12).

De plus, le niveau de l'offre d'accompagnement TISF, son accessibilité pour les familles et l'adéquation par rapport aux besoins sont également considérés comme satisfaisants pour 4 répondants sur 5.

Point de vue des structures concernant les dispositifs de protection de l'enfance :

	Total des satisfaisants et très satisfaisants	Total des insatisfaisants et très insatisfaisants	Très satisfaisant(e)	Satisfaisant(e)	Insatisfaisant(e)	Très insatisfaisant(e)
TISF : niveau de l'offre, accessibilité pour les familles, adéquation par rapport aux besoins	4	1	0	4	1	0
AED : niveau de l'offre (adéquation par rapport aux besoins), délai de prise en charge, qualité de l'accompagnement	2	5	0	2	4	1
AEMO : niveau de l'offre (adéquation par rapport aux besoins), délai de prise en charge, qualité de l'accompagnement	2	5	0	2	4	1
Accueil de jour : niveau de l'offre (adéquation par rapport aux besoins), délai de prise en charge, qualité de la prise en charge	4	5	0	4	4	1
Les délais pour obtenir une place en accueil d'urgence	0	10	0	0	8	2
La qualité de la prise en charge en accueil d'urgence	4	5	0	4	4	1
La qualité de l'évaluation réalisée dans le cadre de l'accueil d'urgence	4	6	1	3	4	2
La durée de séjour en accueil d'urgence	3	8	0	3	6	2
L'offre en matière d'accueil familial (niveau, répartition géographique des places...)	1	10	0	1	8	2
Les règles relatives aux demandes d'admission en établissement (hors accueil d'urgence)	6	5	0	6	4	1
La gestion de la liste des disponibilités des places en établissement (y compris accueil d'urgence)	8	4	0	8	2	2
La répartition géographique des lieux d'accueil (établissements, LVA)	4	7	0	4	6	1
La qualité du suivi des enfants confiés réalisé par l'ASE (mise en place du projet pour l'enfant et son actualisation, disponibilité / implication des référents de l'enfant...)	3	10	0	3	6	4
La qualité du suivi de la santé des enfants confiés (y compris santé mentale)	5	8	0	5	3	5
La qualité de la coordination entre les différents acteurs intervenant auprès d'une famille	7	8	0	7	7	1
Les possibilités d'individualisation de l'accueil ou d'accompagnement (accueils alternatifs, accueil séquentiels, placement à domicile, accueil de jour...)	7	5	0	7	4	1

5.6 Relations partenariales

Selon une majorité des structures qui ont répondu, les relations entretenues avec leurs partenaires sont globalement satisfaisantes voire très satisfaisantes, notamment avec les TAS (pour 17 répondants sur 19) et avec la Justice (pour 14 répondants sur 15).

Les seuls partenaires avec lesquelles les relations ne sont pas satisfaisantes selon une majorité de répondants (8 répondants sur 14) sont les services sanitaires (notamment pédopsychiatrie).

	Total des satisfaisants et très satisfaisants	Total des insatisfaisants et très insatisfaisants	Très satisfaisant(e)	Satisfaisant(e)	Insatisfaisant(e)	Très insatisfaisant(e)
Vos relations avec les services du siège Conseil général. (Direction Enfance et Familles)	12	7	1	11	6	1
Vos relations avec les TAS (Territoires d'action sociale)	17	2	3	14	2	0
Vos relations avec les professionnels de la PMI pour ce qui concerne les jeunes enfants que vous accueillez	4	1	1	3	1	0
Vos relations avec les CPEF (centres de planification et d'éducation familiale) en ce qui concerne les adolescents qui vous accueillent	6	0	0	6	0	0
Vos relations avec les services sanitaires (notamment pédopsychiatrie)	6	8	1	5	7	1
Vos relations avec les services d'éducation spécialisée (type IIME / ITEP)	8	6	0	8	4	2
Vos relations avec les services de la Justice	14	1	0	14	1	0

Par ailleurs, 7 structures ont précisé leurs réponses :

- Lorsque je note insatisfaisant il faut l'entendre par très variable selon les personnes nous pouvons passer du très satisfaisant à très insatisfaisant.
- Durant cette année 2013, la collaboration entre les TAS et les associations d'aide à domicile s'est renforcée et s'ouvre sur un travail important de coordination des interventions en direction des bénéficiaires
- Les relations avec la direction Enfance et Famille n'ont pas été satisfaisantes pendant longtemps mais se normalisent actuellement
- Nous entretenons de bonne relation de complémentarité avec les services de l'ASE. Elles sont essentielles dans la prise en charge des enfants confiés.
- Les difficultés avec les services de la pédopsychiatrie sont d'ordre organisationnel en fonction des places disponibles (places trop limitées) avec les ITEP le renvoie pour comportement inadapté est trop fréquent

- *La partie Sud du département est démunie en termes de prise en charge psychiatrique. Le CH de Macon ne dispose que d'une pédiatrie avec un infirmier psy et psychiatre. le relais avec le secteur Nord (Sevrey) fait appel au réseau de chacun. Cette inégalité est frappante et très handicapante pour les missions. Le nombre de mesure des TSAED est trop important. Une réflexion sur l'attribution des dossiers en MECS doit être établie.*
- *Difficile de juger de la qualité, notamment lorsqu'il s'agit des prises en charge, qui sont tributaires d'une pluralité de facteurs : charge de travail, secteur d'intervention (milieu ouvert, milieu institutionnel, rural, urbain, enfants en bas âge, adolescents etc), situation du service etc. de la même manière, juger similairement des relations de travail avec des institutions revient à porter un regard global sur des relations partenariales, alors qu'au sein d'une même institution les relations peuvent être très satisfaisantes, inexistantes ou très insatisfaisantes selon les cas.*

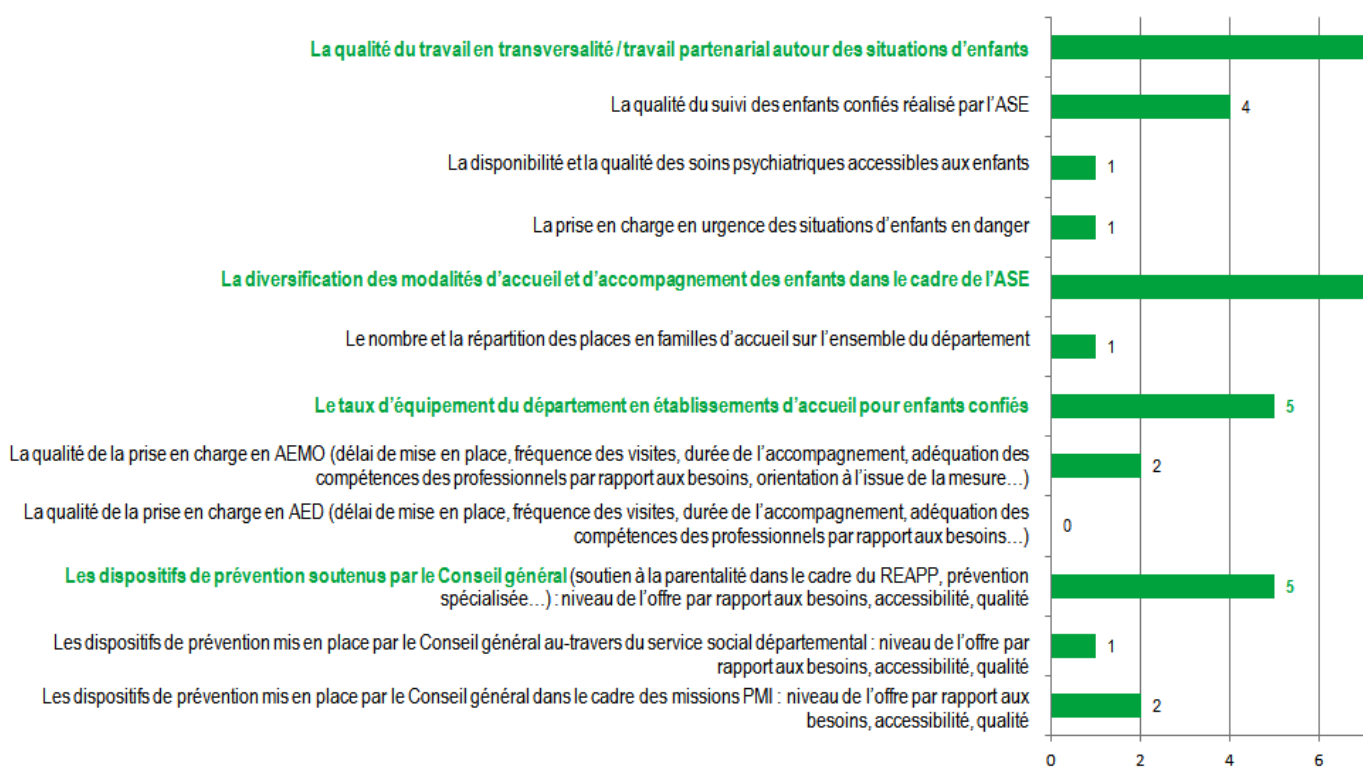
5.7 Bilan

Les principaux points forts de l'accompagnement des enfants et de leur famille en Saône-et-Loire selon les établissements et services

Les 4 principales forces que les structures retiennent⁸¹ sont les suivantes :

- **La qualité du travail en transversalité / travail partenarial autour des situations d'enfants** (citée 7 fois)
- **La diversification des modalités d'accueil et d'accompagnement des enfants dans le cadre de l'ASE** (citée 7 fois)
- Les dispositifs de prévention soutenus par le Conseil général (soutien à la parentalité dans le cadre du REAAP, prévention spécialisée...) (cités 5 fois)
- Le taux d'équipement du département en établissements d'accueil pour enfants confiés (cité 5 fois)⁸²

Les points forts de l'accompagnement des enfants et de leur famille selon les structures



⁸¹ Chaque répondant avait la possibilité de choisir au maximum 3 réponses. Sur le graphique, les données correspondent au nombre de fois où chaque item a été choisi.

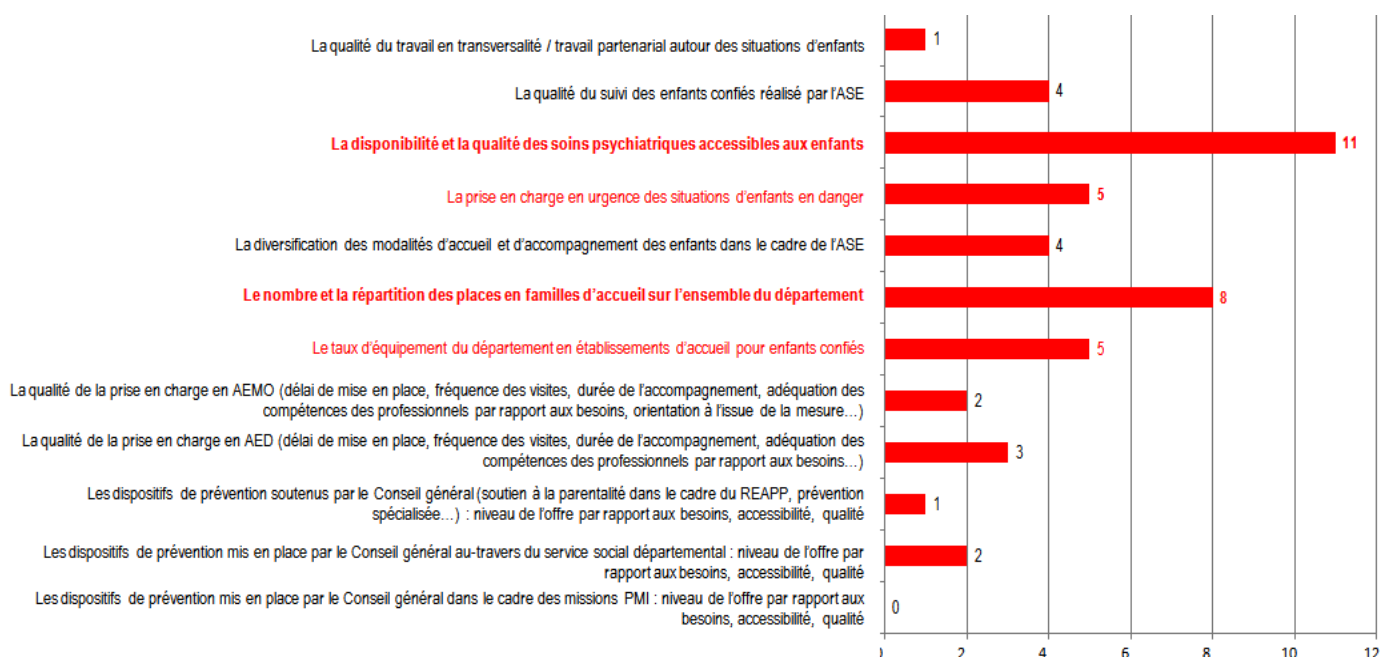
⁸² Cet élément est également perçu comme un point faible pour 5 personnes (voir partie suivante).

Les principaux points faibles de l'accompagnement des enfants et de leur famille en Saône-et-Loire selon les établissements et services

Les 4 principales faiblesses que les structures retiennent⁸³ sont les suivantes :

- **La disponibilité et la qualité des soins psychiatriques accessibles aux enfants** (citées 11 fois)
- **Le nombre et la répartition des places en familles d'accueil sur l'ensemble du département** (cités 8 fois)
- La prise en charge en urgence des situations d'enfants en danger (citée 5 fois)
- Le taux d'équipement du département en établissements d'accueil pour enfants confiés (cité 5 fois)⁸⁴

Les points faibles de l'accompagnement des enfants et de leur famille selon les structures



⁸³ Chaque répondant avait la possibilité de choisir au maximum 3 réponses. Sur le graphique, les données correspondent au nombre de fois où chaque item a été choisi.

⁸⁴ Cet élément est également perçu comme un point fort pour 5 personnes (voir partie précédente).

5.8 Projets d'avenir

Parmi les 18 structures ayant répondu, 12 envisagent de développer des solutions d'accueil ou d'accompagnement innovantes dans l'avenir :

- *Séjour de rupture et Accueil Educatif Pédagogique et thérapeutique*
- *Nous souhaitons développer un service déplacement à domicile sur le secteur de la Bresse Louhannaise en complément de notre service actuel qui pourrait être également développé*
- *Mise en place de familles d'accueil thérapeutique et dispositif d'accueil pour MIE*
- *Augmentation de notre capacité d'accueil*
- *Plus d'accueil séquentiel et développement du soutien à la parentalité*
- *Placement avec maintien au domicile et Accueil de jour "à la carte"*
- *Accueil séquentiel*
- *Service d'accompagnement éducatif externalisé à étendre*
- *L'accueil de jeunes mère (mineurs et de leur bébé)*
- *Prise en charge particulière au sein d'unité à visée "thérapeutique" pour les enfants ayant des problématiques difficiles en lien avec le "soin"*
- *AEMO renforcée ou avec hébergement. Offre qui devra être complémentaire aux autres dispositifs en cours de mise en place sur le département (Placement à domicile notamment) afin d'étendre la palette des offres d'accompagnement, et de répondre aux problématiques des familles et mineur (offre non retenue en 2012) Développer l'exercice des droits de visite médiatisée pour les parents d'enfants placés à l'ASEF (existe sur un seul TAS actuellement). Il s'agit d'externaliser la mise en place des droits de visite dans les situations où l'ASEF ne peut exercer cette mission sans risque de confusion pour les parents (entre le placement de l'enfant et la médiatisation du lien) développer une action spécifique au soutien à la parentalité des parents incarcérés (offre non financée actuellement)*

En outre, 12 structures ont également d'autres types de projet qu'il leur semblerait pertinent de présenter dans le cadre du prochain schéma Enfance - Familles :

- *Développement d'internat de prévention scolaire (Etat - Conseil général - Association)*
- *Il faut réfléchir sur la place et le rôle de l'ASEF via ces référents dans les situations d'enfants confiés aux établissements*
- *Accueil pour les mères mineures et Développement de la palette des réponses (séquentiel, placement à domicile, impliquant un travail renforcé avec les parents, y compris à leur domicile) pouvant être directement apportées par les foyers d'urgence sans passer par une réorientation vers un autre établissement proposant ces accueils (délai d'orientation, rupture supplémentaire pour le jeune)*
- *Les lieux de vie et d'accueil sont, de fait, issu de projets individuels et innovent, leur développement serait une réelle réponse aux nombreuses demandes de prises en charge.*

- *Mise en place de groupes de paroles pour parents et adolescents. Création d'un service de placement à domicile et de proximité. Privilégier l'accueil des plus jeunes enfants dans le séquentiel et/ou placement à domicile dans une perspective de prévention.*
- *Création de dispositifs palliant le manque de places dans les établissements médicosociaux, type MECS avec encadrement éducatif renforcé et personnels médicaux avec un financement complémentaire par l'ARS.*
- *Pôle parentalité*
- *Développer l'accueil de jour sur le sud Charolais du département pour les adolescents. Trouver avec l'ARS des solutions pour la prise en charge psychiatrique sur ce même territoire*
- *La prise en charge d'enfants plus jeunes (4 ans) afin d'être plus en amont des situations en termes de prévention.*
- *Améliorer l'articulation entre les services en charge de la protection de l'enfance sur les territoires afin de développer, à partir des missions, compétences et pratiques des équipes une meilleure identification des signes de fragilité dans une visée préventive, l'objectif étant de limiter l'aggravation et la judiciarisation de certaines situations.*
- *En 2012 nous avons proposé, dans le cadre d'un appel à projet, la mise en place d'un observatoire départemental de l'AEMO dont l'activité a très fortement augmenté ces dernières années. Observatoire qui existe dans d'autres départements. Cette proposition pourrait être reprise dans le cadre de la future mise en place d'un observatoire départemental de la protection de l'enfance.*

6. Le cadre législatif et réglementaire d'exercice des missions du service départemental de PMI

6.1 Le cadre général

La protection maternelle et infantile regroupe un ensemble de mesures médico-sociales destinées à assurer, par des actions préventives continues, la protection des femmes enceintes, des mères et des enfants jusqu'à l'âge de 6 ans. Ces mesures sont notamment explicitées dans le Code de la santé publique (CSP).

Le Département est le principal acteur de la protection maternelle et infantile. En effet, ce dernier met en œuvre les missions qui lui sont confiées, au travers du service départemental de Protection Maternelle et Infantile.

Ainsi, l'article L2111-1 du CSP dispose :

« L'Etat, les collectivités territoriales et les organismes de sécurité sociale participent, à la protection et à la promotion de la santé maternelle et infantile qui comprend notamment :

- Des mesures de prévention médicales, psychologiques, sociales et d'éducation pour la santé en faveur des futurs parents et des enfants ;
- Des actions d'accompagnement psychologique et social des femmes enceintes et des jeunes mères de famille, particulièrement les plus démunies ;
- Des actions de prévention et de dépistage des handicaps des enfants de moins de six ans ainsi que de conseil aux familles pour la prise en charge de ces handicaps ;
- La surveillance et le contrôle des établissements et services d'accueil des enfants de moins de six ans ainsi que le contrôle, la surveillance et l'accompagnement des assistants maternels mentionnés à l'article L. 421-1 du code de l'action sociale et des familles. »

Par ailleurs, l'article L2111-2 du CSP précise que les **consultations de santé maternelle et infantile**, les **activités de protection de la santé maternelle et infantile à domicile**, l'**agrément des assistants familiaux** ainsi que l'**agrément, le contrôle, la formation et la surveillance des assistants maternels**, relèvent de la compétence du département qui en assure l'organisation et le financement.

L'article L2112-1 du CSP précise en outre que « les compétences dévolues au département sont exercées, sous l'autorité et la responsabilité du Président du Conseil général, par le service départemental de protection maternelle et infantile qui est un service non personnalisé du département.

Ce service est dirigé par un médecin et comprend des personnels qualifiés notamment dans les domaines médical, paramédical, social et psychologique. »

Toutefois, l'article L2112-4 du CSP prévoit que les activités relevant des missions de la PMI « sont gérées soit directement, soit par voie de convention avec d'autres collectivités publiques ou des personnes morales de droit privé à but non lucratif ; elles sont organisées sur une base territoriale en fonction des besoins sanitaires et sociaux de la population et selon des normes minimales fixées par voie réglementaire. Elles sont menées en liaison avec le service départemental d'action sociale et le service départemental de l'aide sociale à l'enfance. »

6.2 Les obligations légales de la PMI en matière de planification familiale et d'éducation familiale

Le Code de la santé publique (CSP) énonce à l'article L2112-2, le rôle des services départementaux de PMI en matière de planification et d'éducation familiale. Ainsi, « le président du conseil général a pour mission d'organiser :

- Des **activités de planification familiale et d'éducation familiale** ainsi que la pratique d'interruptions volontaires de grossesse par voie médicamenteuse dans les conditions définies par le chapitre Ier du titre Ier du livre III de la présente partie »

Selon l'article L2311-4 du CSP, « les centres de planification ou d'éducation familiale **sont autorisés à délivrer, à titre gratuit, des médicaments, produits ou objets contraceptifs, aux mineurs désirant garder le secret ainsi qu'aux personnes ne bénéficiant pas de prestations maladie, assurées par un régime légal ou réglementaire.**

Dans ces cas, les frais d'examens de biologie médicale ordonnés en vue de prescriptions contraceptives sont supportés par les centres de planification ou d'éducation familiale. »

Les centres de planification ou d'éducation familiale peuvent également, au titre de l'article L2311-5 du CSP, dans le cadre de leurs activités de prescription contraceptive et sous la responsabilité d'un médecin, « **assurer le dépistage et le traitement de maladies transmises par la voie sexuelle.** Ils assurent de manière anonyme le dépistage et le traitement de ces maladies. Ils interviennent à titre gratuit en faveur des mineurs qui en font la demande et des personnes qui ne relèvent pas d'un régime de base d'assurance maladie ou qui n'ont pas de droits ouverts dans un tel régime. »

Par ailleurs, l'article L2311-3 du CSP précise que « *Chaque centre de planification ou d'éducation familiale constitué dans les centres de protection maternelle et infantile est doté des moyens nécessaires pour informer, conseiller et aider la femme qui demande une interruption volontaire de grossesse.* »

Enfin, l'article 5 du décret du 6 août 1992 relatif à la protection maternelle et infantile prévoit que le service départemental doit, soit directement, soit par voie de convention, organiser chaque semaine **au moins seize demi-journées de consultations prénatales et de planification ou éducation familiale pour 100 000 habitants âgés de quinze à cinquante ans résidant dans le département, dont au moins quatre demi-journées de consultations prénatales.**



Département de Saône-et-Loire
Direction de l'enfance et des familles
Espace Duhesme - 18 rue de Flacé
71026 MÂCON CEDEX
03 85 39 66 00 - def@cg71.fr - www.cg71.fr