

# DÉPARTEMENT DE LA CHARENTE



Schéma départemental de prévention  
et de protection de l'enfance  
2010 - 2014



# Sommaire

<b>Edito de Michel Boutant, Président du Conseil général</b> .....	3
<b>1. La méthodologie d'élaboration du schéma départemental</b> .....	4
<b>1.1. Préambule</b> .....	4
Le présent schéma constitue, pour les cinq ans à venir, le document-cadre de la politique en faveur de la famille et de l'enfance .....	4
L'élaboration d'un Schéma Départemental en faveur de la Famille et de l'Enfance répond à un double enjeu .....	4
Un schéma d'orientations.....	5
<b>1.2. Les différentes étapes</b> .....	5
<b>1.2.1. Diagnostic de l'existant</b> .....	6
<b>1.2.2. La phase de concertation</b> .....	7
<b>1.3. Les instances de pilotage</b> .....	9
<b>2. Le contexte de la politique de protection de l'enfance</b> .....	10
<b>2.1. Eléments de contexte départemental</b> .....	10
Le contexte démographique .....	10
Le contexte socio-économique de la Charente.....	11
<b>2.2. Contexte législatif et réglementaire de la politique en faveur de la famille et de l'enfance en Charente</b> .....	13
<b>2.2.1. Les lois ayant un impact direct pour la protection de l'enfance</b> .....	14
<b>2.2.2. Les lois ayant un impact indirect sur la protection de l'enfance</b> .....	20
<b>3. L'état des lieux</b> .....	24
<b>3.1. Les interventions de prévention sur les territoires</b> .....	24
<b>3.1.1. La prévention péri-natale</b> .....	24
<b>3.1.2. Le soutien à la parentalité</b> .....	25
<b>3.1.3. La prévention spécialisée</b> .....	27
<b>3.2. Le système de repérage et de signalement des situations</b> .....	28
<b>3.3. Les mesures à domicile</b> .....	29
<b>3.3.1. Les mesures contractuelles</b> .....	29
<b>3.3.2. Les mesures judiciaires</b> .....	31
<b>3.4. Le dispositif d'accueil</b> .....	33
<b>3.4.1. L'accueil familial</b> .....	34
<b>3.4.2. L'accueil en établissement</b> .....	35
<b>3.4.3. L'accueil séquentiel</b> .....	37

<b>3.5. L'organisation et la gouvernance du dispositif</b> .....	38
<b>3.5.1. Le pilotage et l'organisation</b> .....	38
<b>3.5.2. La coordination avec les partenaires</b> .....	39
Le partenariat avec la psychiatrie infanto juvénile.....	39
Le partenariat avec la Justice .....	40
Le partenariat avec l'Education Nationale .....	41
<b>4. Les orientations du schéma départemental 2010-2014</b> .....	42
<b>4.1. Présentation des orientations</b> .....	42
<b>4.2. Détails des orientations</b> .....	43
Le soutien à la parentalité.....	44
Interventions préventives de la PMI et périnatalité.....	46
Les actions de prévention auprès des adolescents.....	48
Les actions éducatives à domicile .....	50
Accueil séquentiel, solutions alternatives et innovantes .....	52
L'accueil des jeunes aux profils difficiles.....	54
La coopération entre les services départementaux et les établissements d'accueil.....	56
La gouvernance de la politique famille-enfance .....	58
Observatoire de l'enfance, suivi et pilotage de la politique de l'enfance.....	60
<b>Annexe 1 : Restitution de l'enquête Usagers</b> .....	62
<b>Annexe 2 : Tableau synthétique des orientations</b> .....	66
<b>Annexe 3 : Liste des participants aux groupes de travail</b> .....	69
<b>Annexe 4 : Liste des institutions et associations partenaires</b> .....	76
<b>Annexe 5 : Glossaire</b> .....	77

## EDITORIAL

Depuis 2004, le Département mène une politique volontariste dans la prise en compte des personnes les plus fragiles.

Aussi après le schéma d'organisation sociale des personnes handicapées et celui des personnes âgées, une réflexion s'est engagée dans le domaine de la protection de l'enfance.

L'évolution des responsabilités des Départements est telle que nous avons tendance à oublier que l'une des premières compétences confiées au Conseil général dès les premières lois de décentralisation a été la protection de l'enfance.

De plus, ce rôle central du Département a été renforcé par la loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance.

Le Département n'est cependant pas le seul acteur dans ce domaine. Etat, services publics, associations interviennent également dans le champ de la prévention et de la protection de l'enfance.

C'est pourquoi, il est apparu nécessaire que nous fassions collectivement le point sur nos engagements respectifs, nos forces et nos faiblesses et que nous en tirions les conséquences pour les années à venir.

Cette démarche s'est conduite dans un contexte sociétal en pleine mutation, avec des évolutions sociales et économiques qui fragilisent un nombre important de familles et provoquent, pour les enfants, des situations de risques, voire de danger.

Trois orientations stratégiques vont guider notre action.

- **Développer les actions de prévention**
- **Optimiser le dispositif de protection**
- **Développer la coordination départementale**

Je remercie très sincèrement, pour leur mobilisation et leur engagement, tous les acteurs qui ont contribué à l'élaboration de ce document.

Ce schéma est pour nous tous, élus, professionnels, bénévoles, un outil de diagnostic et d'évaluation des besoins des enfants et des familles.

Je souhaite ainsi que les différentes compétences, les divers savoirs soient mis en commun, afin d'adapter nos politiques aux besoins exprimés par les professionnels, les familles et les jeunes concernés par l'importante question de la maltraitance des enfants.

Je vous remercie de votre engagement en ce sens.

**Michel BOUTANT**  
**Président du Conseil général**  
**Sénateur de la Charente**



# 1 Préambule





# 1. La méthodologie d'élaboration du schéma départemental

## 1.1. *Préambule*

- ✓ ***Le présent schéma constitue, pour les cinq ans à venir, le document-cadre de la politique en faveur de la famille et de l'enfance***

La loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, et la loi du 13 août 2004 relative aux libertés et aux responsabilités locales, définissent les finalités d'un schéma d'organisation sociale et médico-sociale.

Ce dernier doit, pour cinq ans, **préciser la nature, le niveau et l'évolution des besoins sociaux et médico-sociaux** de la population. Il dresse le bilan quantitatif et qualitatif de l'offre médico-sociale existante. Afin de répondre aux besoins recensés, il s'agit également de mettre en lumière les perspectives et les objectifs de développement de l'offre, et d'élaborer les principes de collaboration entre le Conseil Général et ses partenaires.

L'élaboration du schéma 2009-2014 s'inscrit dans un contexte **profondément renouvelé par la loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance**, qui consacre le Département comme chef de file de la protection de l'enfance, et fixe des orientations en matière de développement de la prévention, de diversification des modes de prise en charge et d'implication des familles.

D'autres textes soulèvent également de nouveaux enjeux pour le dispositif enfance-famille :

- la loi du 5 mars 2007 relative à la prévention de la délinquance,
- la loi du 27 juin 2005 relative au statut des assistants familiaux et assistants maternels,
- la loi du 5 mars 2007 réformant la protection juridique des majeurs...

L'objectif, pour le nouveau schéma, sera d'organiser des **réponses cohérentes au regard des nouveaux enjeux de la protection de l'enfance, des besoins repérés et des caractéristiques du dispositif charentais.**

- ✓ ***L'élaboration d'un Schéma Départemental en faveur de la Famille et de l'Enfance répond à un double enjeu***

Premier enjeu : **analyser le dispositif**, en élaborant un diagnostic à l'attention des familles et de leurs enfants, puis **proposer des pistes de développement**. Nature et volume de l'offre départementale, qualité de la coordination, modalités d'organisation du dispositif, ont donc fait l'objet d'une attention particulière.

Deuxième enjeu : organiser un **temps de concertation et d'écoute**, à l'attention de l'ensemble des acteurs de la famille et de l'enfance (les professionnels, mais également les usagers).

### ✓ **Un schéma d'orientations**

Le Conseil général a choisi d'élaborer un « **schéma d'orientations** » : le présent document identifie des « axes directeurs », sans détailler les modalités de mise en œuvre opérationnelle qui pourront prendre la forme de « fiches-actions ». Ce choix est motivé par deux éléments :

- **l'antériorité du précédent schéma, datant de 1989**, imposant des échanges approfondis autour du diagnostic et une refondation des principes d'action ;
- **l'entrée en vigueur de différents textes de loi** (notamment la loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance), soulevant de nouveaux enjeux qu'il était essentiel d'intégrer dans le cadre d'une réflexion approfondie.

L'objectif était donc de poser des objectifs partagés - **qu'il appartiendra ensuite aux acteurs de traduire en actions, définies et mises en œuvre sur la période 2010-2014.**

## **1.2. Les différentes étapes**

Trois phases caractérisent la démarche :

1. le travail d'état des lieux (décembre-janvier-février 2008)
2. l'organisation des groupes de travail, visant à proposer des orientations (avril-mai 2008)

Le second semestre 2008 a été consacré à l'audit de la politique Enfance Famille, réalisé par l'Inspection générale des Affaires sociales (organe d'Etat), dans le cadre de sa mission de contrôle des institutions intervenant dans le champ social

3. la mise en forme et la discussion du projet de schéma départemental (janvier à juin 2009)

### **1.2.1. Diagnostic de l'existant**

#### → Les entretiens de terrain

Pour réaliser le diagnostic, le Conseil Général a organisé une consultation de l'ensemble des parties-prenantes : près de **60 entretiens** ont été effectués par le cabinet-conseil, de manière à recueillir le point de vue des différents acteurs, et d'identifier leurs attentes à l'égard du futur schéma.

**Le travail d'évaluation s'est très largement appuyé sur leur expertise, leur connaissance des populations et des territoires.**

Trois catégories d'acteurs ont été rencontrées dans ce cadre :

- Les services du Conseil général (au niveau central et dans les MDS)
- Les partenaires institutionnels
  - o Le Parquet et le Tribunal pour enfants
  - o La PJJ
  - o La CAF
  - o La psychiatrie infanto-juvénile
  - o L'Education Nationale
  - o La DDASS
- Les établissements et services concourant à la protection de l'enfance (établissements, services de placement familial, associations...)

#### → Les enquêtes

Outre les entretiens avec les professionnels, la réalisation du diagnostic s'est appuyée sur deux modalités de recueils d'informations : des entretiens avec les usagers, d'une part ; une analyse comparative, d'autre part.

- o *Entretiens collectifs et individuels réalisés avec des adolescents accueillis en établissements*

Dans le cadre des différentes consultations menées pour l'élaboration de ce schéma, il est apparu essentiel de **recueillir la parole des jeunes pris en charge**. Le choix a été fait

d'interroger des jeunes accueillis en **établissement**, pour deux raisons : la prise en charge en établissement facilite l'organisation d'entretiens collectifs, qui permettent une confrontation de points de vue sur leur prise en charge ; l'accueil en établissement étant le premier poste de dépense de l'ASE, il est donc intéressant d'interroger la « qualité » de la prestation.

L'enquête s'est déroulée dans les locaux des établissements, par le biais d'entretiens semi-directifs collectifs ou individuels quand les participants n'étaient pas assez nombreux.

La sélection des jeunes a été réalisée par les directeurs d'établissements et chefs de service, selon deux « consignes » : d'une part, **la capacité du jeune à prendre du recul sur son propre parcours** ; d'autre part, le **souhait du jeune à participer à l'enquête**.

Les objectifs des entretiens étaient multiples. Il s'agissait d'interroger les jeunes sur la **perception de leur parcours** (entrée, installation, éventuelles ruptures...), sur les modalités de leur prise en charge, leurs rapports avec les acteurs de la protection de l'enfance, et plus largement, sur leurs **attentes à l'égard du dispositif** (évaluation en termes d'insertion familiale, sociale, éducative...).

Au total 30 jeunes (ou parents pour Intervalle) ont été rencontrés dans huit établissements du département (Tous Vents ; Centre Jeanne d'Arc ; Centre Départemental de l'Enfance ; Manoir de Bois Charente ; Logis de Fissac ; Intervalle ; Foyer Saint Joseph ; Maison d'enfants la Grand' Ouche).

→ Une analyse comparative

L'objectif était de **positionner la Charente au regard des autres départements** et des moyennes nationales et régionales. Différents indicateurs ont été mobilisés : données relatives à la politique enfance-famille, mais également indicateurs démographiques, socio-économiques... de manière à procéder à une **analyse globale du dispositif**.

### **1.2.2. La phase de concertation**

Elle s'est appuyée principalement sur les groupes de travail, organisés dans le cadre de la phase 2 du schéma.

→ Les groupes de travail

La phase d'état des lieux a permis d'identifier les points forts et les marges de progrès du dispositif. Des groupes de travail visaient ensuite à faire émerger des **propositions d'orientations**.

Les groupes de travail ont réuni l'ensemble des professionnels intervenant dans le champ de la famille et de l'enfance : des acteurs sociaux et médico-sociaux du Conseil Général (protection de l'enfance, Protection maternelle et Infantile, service social), ainsi que les partenaires associatifs et les services de l'Etat. **Au total près de 250 participants ont été mobilisés**. La composition pluri-institutionnelle des réunions a permis d'engager des débats de fond et de mettre à la disposition du groupe l'expertise de chacun.

**Neuf thématiques** de travail avaient été dégagées suite aux conclusions du diagnostic. Chaque thématique a fait l'objet d'une réflexion collective. Neuf groupes ont donc été organisés dans le cadre du schéma départemental.

- Quatre groupes dédiés au volet **prévention**
  - Le soutien à la parentalité
  - Les interventions préventives de la PMI et périnatalité
  - Les actions de prévention auprès des adolescents
  - Les actions éducatives à domicile
- Trois groupes portant sur le dispositif de **protection**
  - L'accueil séquentiel, les solutions alternatives et innovantes
  - L'accueil des jeunes à profils difficiles
  - La coopération entre les services départementaux et les établissements d'accueil
- Deux groupes consacrés à des problématiques **transversales**
  - L'Observatoire de l'enfance ; le suivi et le pilotage du dispositif
  - La gouvernance de la politique enfance-famille

Les groupes de travail se sont réunis en deux sessions. La première séance visait d'une part à **rappeler les éléments de diagnostic** sur la thématique donnée, et d'autre part à identifier les principaux axes de réflexion que le groupe jugeait nécessaire d'aborder. La seconde session avait pour objectif de proposer, pour chacun des axes retenus, des **orientations partagées**.

### **1.3. Les instances de pilotage**

Deux instances ont été mises en place pour piloter, animer et valider les différentes étapes d'élaboration du schéma départemental.

- Le Comité de pilotage

Celui-ci, présidé par Mme Janine GUINANDIE, vice-présidente chargée des affaires sociales, associait l'ensemble des institutions-clés de la politique en faveur de la famille et de l'enfance. Cette instance avait pour mission de définir les principales orientations de la démarche. Le comité de pilotage s'est réuni à quatre reprises : au moment du lancement, puis à l'issue de chacune des trois phases d'élaboration du schéma (validation de l'état des lieux ; restitution des groupes de travail ; présentation du schéma provisoire).

- Le comité technique

Le comité technique, constitué des cadres des directions et services concernées par le périmètre du schéma, était chargé de suivre la conduite du projet et de préparer les orientations présentées au comité de pilotage. Ce comité était piloté par la Direction Générale en charge de la solidarité.

#### **Ce qu'il faut retenir**

- *Une démarche participative, fondée sur une soixantaine d'entretiens avec les professionnels, des consultations auprès d'une trentaine d'usagers, et 9 groupes de travail thématiques ayant réuni chacun environ 35 participants*
- *Un travail en deux temps : - élaboration d'un diagnostic partagé  
- définitions d'orientations*

## 2. Le contexte de la politique de protection de l'enfance





## 2. Le contexte de la politique de protection de l'enfance

### 2.1. *Eléments de contexte départemental*

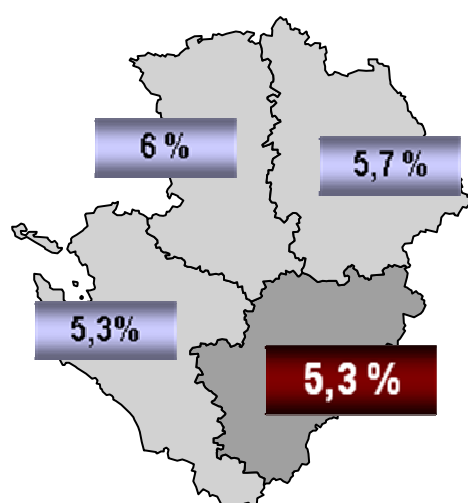
Le département de la Charente est divisé en 35 cantons et 404 communes. Le territoire se compose en outre de 6 pays et de 25 Communautés de Communes et Communautés d'Agglomération.

#### ✓ *Le contexte démographique*

La Charente représente 1/5<sup>ème</sup> de la population de Poitou-Charentes. La part des moins de 5 ans et celle des moins de 20 ans sont **inférieures à la moyenne régionale ainsi qu'à la moyenne nationale**.

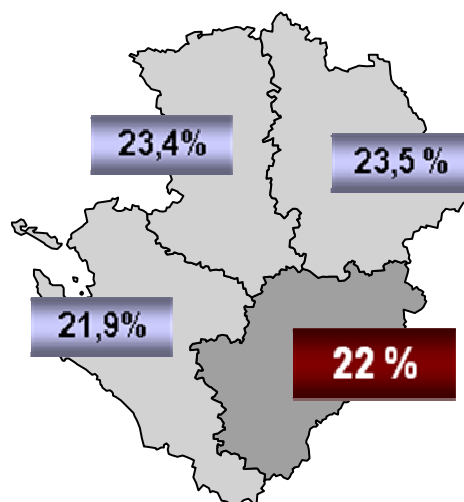
En volume, **la Charente est le département le moins peuplé de la région**.

**Part des moins de 5 ans  
dans la population totale (2006)**



5,5%	Poitou-Charentes
6,3%	France

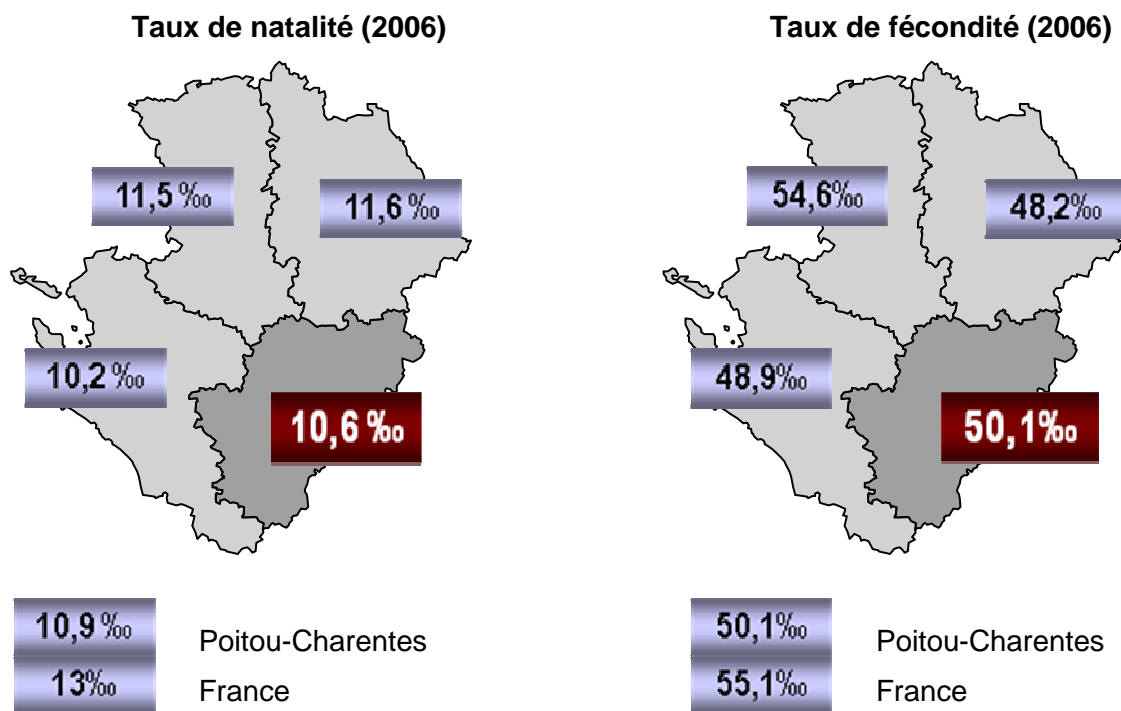
**Part des moins de 20 ans  
dans la population totale (2006)**



22,6%	Poitou-Charentes
24,8%	France

Source : INSEE. Dernières données disponibles.

Le département de la Charente se caractérise par un **dynamisme démographique plutôt faible**. Les taux de natalité et de fécondité sont les deuxièmes plus faibles de Poitou-Charentes et ils sont en-deçà de la moyenne française.

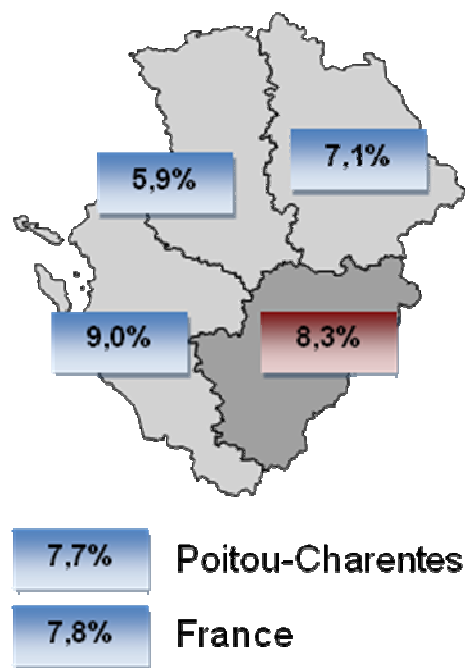


Source : INSEE. Dernières données disponibles.

### ✓ **Le contexte socio-économique de la Charente**

- **Des indicateurs économiques généralement moins favorables que dans le reste de la région Poitou-Charentes**

Taux de chômage 4<sup>ème</sup> trimestre 2008



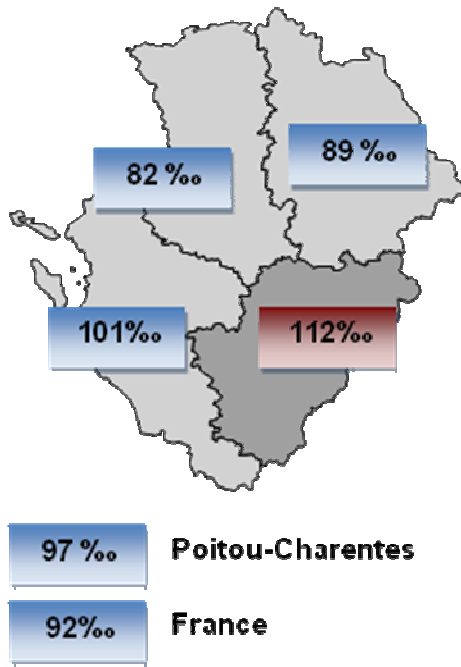
Fin 2008, le Département affiche **un taux de chômage élevé par rapport au contexte régional et national.**

Avec un taux de 8,3% la Charente se situe en deuxième position dans la Région après la Charente Maritime.

Source : INSEE. Dernières données disponibles.

- **Les indicateurs sociaux signalent un contexte difficile pour les enfants et leurs familles**

**Taux d'allocataires minima sociaux  
(2007)**



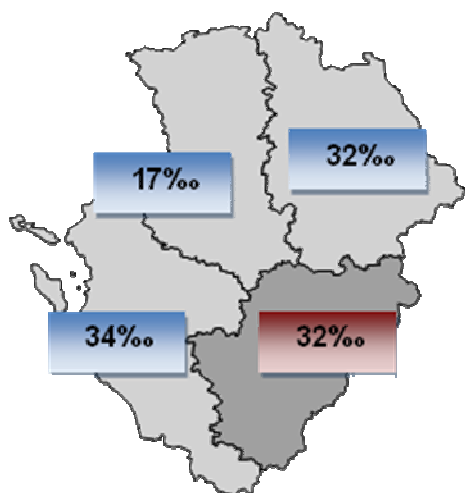
Le département de la Charente présente un taux de bénéficiaires de minima sociaux **plus élevé que dans les autres départements de la région.**

**En effet la part des bénéficiaires de minima sociaux parmi les 20-59 ans en Charente est de moitié supérieure à celle observée dans les Deux-Sèvres et dans la Vienne.**

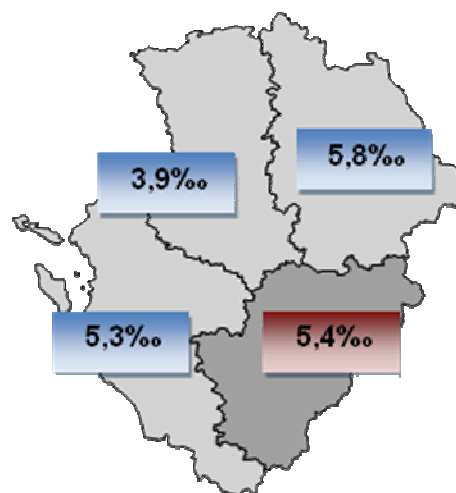
Source : STATISS. Dernières données disponibles.

Concernant le RMI comme l'API (qui seront fondus dans une même allocation, le RSA au 1<sup>er</sup> juin 2009), la **Charente affiche des taux proches de ceux des départements voisins**, à l'exception de celui des Deux-Sèvres qui se signale par une situation plus favorable.

Taux d'allocataires du RMI  
(2008)



Taux d'allocataires de l'API  
(2008)



Source : STATISS. Dernières données disponibles.

### Ce qu'il faut retenir

- Un taux de natalité peu élevé
- Un contexte socio-économique dégradé

## 2.2. Contexte législatif et réglementaire de la politique en faveur de la famille et de l'enfance en Charente

L'élaboration du nouveau schéma en faveur de la famille et de l'enfance s'inscrit dans un **contexte législatif renouvelé**. En effet, la promulgation de nouveaux textes a introduit de nouveaux enjeux, notamment en ce qui concerne la protection de l'enfance et la prévention de la délinquance.

## **2.2.1. Les lois ayant un impact direct pour la protection de l'enfance**

- **La loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance**

La loi du 5 mars 2007 consacre le Département comme **chef de file de la protection de l'enfance**.

Trois objectifs sont assignés par le texte :

- Le développement de la prévention
- L'amélioration du repérage et du traitement des informations relatives aux situations de danger
- La diversification et l'individualisation des modes de prise en charge des enfants protégés

→ **Le développement de la prévention**

La loi procède à une **nouvelle définition de la « protection de l'enfance »**, qui désigne les interventions de prévention, d'accompagnement et de prise en charge des familles en difficultés éducatives, des jeunes majeurs en difficultés graves et des mineurs privés de la protection de leur famille.

La loi introduit également dans le CASF une référence nouvelle aux droits et à l'intérêt de l'enfant

Les principales dispositions relatives au développement de la prévention

- Un accent est placé sur la prévention périnatale
  - o organisation d'un bilan PMI systématique pour les enfants de 3 à 4 ans
  - o mise en œuvre de l'entretien systématique prénatal (au cours du 4ème mois de grossesse)
  - o développement du suivi PMI postnatal
- Un renforcement des dispositions de la loi du 6 mars 2000 avec la mise en place pour tous les enfants d'une visite obligatoire (bilan de santé physique et psychologique) au cours de leurs 6ème, 9ème, 12ème et 15ème années.
- De nouvelles prestations à l'attention des parents et des jeunes rencontrant des difficultés éducatives sont instituées
  - o La loi du 5 mars 2007 institue deux mesures d'aide à la gestion du budget :

- La prestation « d'accompagnement en économie sociale et familiale » (AESF). Il s'agit d'une mesure administrative.
- La Mesure judiciaire d'aide à la gestion du budget familial (AGBF), qui remplace la Tutelle aux prestations sociales enfant.

Les deux mesures s'adressent aux familles rencontrant des difficultés dans la gestion de leur budget, influant sur les conditions de vie de l'enfant et sur l'équilibre familial.

- la mesure d'accueil de jour
- L'évaluation des situations doit être réalisée
  - avant toute prestation
  - de manière pluridisciplinaire et sur une base annuelle ; elle est communiquée aux parents dont l'enfant bénéficie d'une mesure éducative ou d'un accueil.

#### → **Le repérage et le traitement du danger**

- *Les nouvelles catégories d'analyse*

**La loi supprime le terme « maltraitance » au profit du terme « danger »** ; une distinction est opérée entre « l'information préoccupante », avisant le Département du danger, et le « signalement » à l'autorité judiciaire.

**La loi consacre le principe de subsidiarité de l'intervention judiciaire** : désormais, le Président du Conseil général doit saisir l'autorité judiciaire dans les cas suivants :

- lorsque le service départemental n'a pu remédier au danger par les prestations légales administratives.
- Impossibilité d'évaluer la situation
- Refus des parents
- En cas de danger immédiat

- *Le recueil et le traitement des informations*

**Le Département est chargé de recueillir, traiter et évaluer toute information préoccupante concernant un mineur en danger ou risquant de l'être.**

Toute information préoccupante doit être transmise au Président du Conseil général (y compris par la justice lorsque celle-ci est saisie directement). Une cellule centralise le recueil et le traitement des informations préoccupantes dans le cadre d'un protocole partenarial

- *Le partage des informations*

Autour des situations, les acteurs de la protection de l'enfance soumis au secret professionnel sont autorisés à partager les informations couvertes par le secret pour les besoins de la mise en œuvre de la protection.

Au niveau institutionnel, l'Observatoire Départemental de la Protection de l'Enfance (ODPE) analyse les données recueillies et les suites données. Il suit également la mise en œuvre du schéma départemental.

#### → **L'accueil et la prise en charge**

Le texte s'inscrit dans une logique de développement de la cohérence des parcours et d'assouplissement des mesures.

##### ○ *La cohérence des parcours*

Un « projet pour l'enfant » co-signé par les parents, l'ASE et les services d'intervention ou d'accueil, est institué.

Le texte met l'accent sur la nécessité de **veiller à la continuité et à la cohérence de la prise en charge** :

- Le Président du Conseil général est chargé de coordonner les services départementaux et les institutions agissant sur mandat judiciaire
- Le Président du Conseil général doit veiller au suivi et à la continuité des interventions au titre de la protection de l'enfance
- Le service ASE doit veiller à ce que les liens d'attachement noués par l'enfant avec d'autres personnes que ses parents, soient maintenus, voire développés, dans son intérêt supérieur

##### ○ *L'assouplissement des mesures*

- La loi définit des formules d'accueil à temps partiel (**séquentiel**) et d'accueil **spécialisé**
- Le juge des enfants peut prendre une décision d'accueil pour une durée **supérieure à 2 ans** en cas de difficultés graves et chroniques des parents
- En **cas d'urgence ou de danger immédiat**, un recueil provisoire d'un mineur peut être réalisé par les services d'action éducative et par l'ASE, dans le cadre de la protection administrative. L'impossibilité de recueillir l'accord du représentant légal doit être justifiée par le service.

- **Le juge des enfants a la possibilité de diversifier les modalités des accueils ordonnés (accueil de jour et formules séquentielles)**
- Les modalités d'organisation des **droits de visite** et de la prise en charge de l'enfant sont assouplies ; une latitude plus grande est conférée à l'ASE.

**Les principaux enjeux de la loi à prendre en compte dans le cadre de l'élaboration du schéma :**

- Renforcement de la prévention
- La diversification des réponses
- Le suivi, la continuité et la cohérence des prises en charge
- La coordination entre les partenaires institutionnels et le Département, chef de file de la protection de l'enfance.

• **La loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale**

Cette loi concerne l'ensemble des politiques sociales et médico-sociales. Elle s'articule autour de deux axes principaux :

- L'affirmation de la place des usagers et de leurs familles dans les dispositifs
- Le renforcement de la coopération et de la coordination entre les acteurs, et du pilotage des dispositifs

→ **L'affirmation de la place des usagers et de leurs familles**

Elle passe par la **définition des droits fondamentaux des personnes prises en charge.**

Ces droits fondamentaux incluent notamment :

- le respect de la dignité, de l'intégrité, de la vie privée, de l'intimité et de la sécurité de l'utilisateur
- une prise en charge individualisée et de qualité, respectant un consentement éclairé
- le libre choix entre les prestations
- la confidentialité des données concernant l'utilisateur
- l'accès à l'information relative aux droits fondamentaux et aux voies de recours

Le texte met fortement l'accent sur **les outils visant à concrétiser ces droits.**

- le livret d'accueil, présentant la structure à l'utilisateur et visant à l'informer sur le contenu de l'accueil
- le règlement de fonctionnement, rappelant les droits et les devoirs de l'utilisateur
- la charte des droits et libertés, qui reprend les éléments clés relatifs aux droits des usagers (confidentialité, qualité de la prise en charge, respect de la vie privée...) et qui est annexée au livret d'accueil
- le contrat de séjour (ou le document contractuel), qui précise les objectifs et la nature de la prise en charge
- le projet d'établissement ou de service, établi pour cinq ans, et visant à définir les orientations de la structure et ses modalités de fonctionnement
- le conseil de la vie sociale, instance de participation des usagers

→ **Le renforcement de la coopération et de la coordination entre les acteurs, et du pilotage des dispositifs**

Le schéma d'organisation sociale et médico-sociale, établi pour cinq ans, doit permettre la mise en cohérence des interventions et l'ajustement des dispositifs aux besoins.

Le texte précise les objectifs du schéma :

- apprécier la nature, le niveau et l'évolution des besoins du secteur
- dresser le bilan qualitatif et quantitatif de l'offre existante ; déterminer les perspectives et les objectifs de développement de cette offre
- préciser le cadre de la coopération et de la coordination entre les établissements et les services sociaux et médico-sociaux.
- définir les critères d'évaluation des actions conduites.

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

**Les principaux enjeux de la loi à prendre en compte dans le cadre de l'élaboration du schéma :**

→ La mise en œuvre des outils institués par la loi du 2 janvier 2002

→ L'appropriation de ces derniers par les usagers d'une part ; par les services et les établissements d'autre part

- **La loi du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales**

Ce texte a apporté des précisions complémentaires quant aux conditions d'adoption du schéma, rappelant que le schéma départemental « est adopté par le conseil général **après concertation avec le représentant de l'Etat dans le département et avis du comité régional de l'organisation sociale et médico-sociale** ».

La loi du 13 août 2004 souligne également la compétence départementale en matière d'attribution aux jeunes en difficulté, âgés de dix-huit à vingt-cinq ans, d'aides destinées à favoriser leur insertion sociale et professionnelle et, le cas échéant, leur apporter des secours temporaires de nature à faire face à des besoins urgents.

Sur cette base est instituée le **Fonds d'Aide aux Jeunes (FAJ), dont le financement est assuré par le Conseil général**. Le bénéficiaire fait l'objet d'un accompagnement dans sa démarche d'insertion.

De même, le **Fonds de Solidarité pour le Logement (FSL)**, dont la création et le financement est assuré par le Conseil général, accorde des aides financières aux personnes et aux familles en difficulté, dont les **jeunes**, afin de leur permettre d'accéder à un logement ou de s'y maintenir.

L'un des principaux enjeux de la loi à prendre en compte dans le cadre de l'élaboration du schéma est l'articulation entre le dispositif FAJ et la protection de l'enfance.
---

- **La loi du 27 juin 2005 relative aux assistants maternels et aux assistants familiaux**

La loi concerne à la fois l'accueil des jeunes enfants et l'accueil des jeunes séparés de leur famille au titre de la protection de l'enfance. Les principaux objectifs du texte sont :

- de clarifier le statut des assistants familiaux et de renforcer l'attractivité du métier
- d'améliorer la qualité de l'accueil, à travers le renforcement de la formation des accueillants

→ **Les principales dispositions**

Le texte définit le **rôle et la fonction des assistants familiaux**, et détermine les conditions d'octroi de l'agrément pour exercer la profession d'assistant familial.

Des **périodes de formation obligatoires sont définies** (ainsi que les modalités de financement de ces formations). La formation est désormais organisée en deux temps :

- une formation de 240 heures pour les assistants familiaux en emploi
- un stage préalable à l'accueil d'enfants (de 60 heures) pour les assistants familiaux nouvellement agréés

La loi précise enfin les **droits des assistants familiaux** en matière de rémunération, de temps de travail, de congés et de garanties en cas de licenciement.

**Les principaux enjeux de la loi à prendre en compte dans le cadre de l'élaboration du schéma :**

→ Le développement quantitatif de l'accueil familial doit aller de pair avec un renforcement de la qualité de l'accueil.

→ Des objectifs de formation sont assignés aux employeurs des assistants familiaux

### ***2.2.2. Les lois ayant un impact indirect sur la protection de l'enfance***

- **La loi du 5 mars 2007 relative à la prévention de la délinquance**

Cette loi place le Maire au cœur de la prévention de la délinquance. L'objectif est de lui permettre d'avoir une vue d'ensemble sur les problématiques que rencontrent ses administrés et d'agir le plus en amont possible. Le secret professionnel partagé doit permettre de réguler les échanges d'informations entre professionnels.

→ **Le partage des informations**

Le Maire doit jouer un rôle de coordonnateur de la politique de prévention. La loi du 5 mars

2007 vise à donner aux maires les moyens « d'anticiper ou de détecter les évolutions de la délinquance ». Le partage d'informations est donc crucial.

### Le Maire est investi d'une **nouvelle mission de coordination de l'action sociale dans la commune**

Tout professionnel de l'action sociale constatant que les difficultés d'une personne ou d'une famille appellent l'intervention de plusieurs professionnels en informe le Maire et le Président du Conseil général (PCG). Il est dans ce cas autorisé à transmettre des informations soumises au secret professionnel et n'encourt pas de sanction liée à la levée de celui-ci.

Si nécessaire, **le Maire, ainsi saisi, ou de sa propre initiative, peut désigner parmi les professionnels concernés un coordonnateur**, après accord de l'employeur de celui-ci et avis du PCG.

#### → **Les données scolaires**

**L'objectif est d'améliorer le suivi de l'obligation d'assiduité scolaire.**

Le Maire doit disposer d'éléments relatifs :

- aux enfants en âge scolaire domiciliés sur sa commune et qui donnent droit à l'ouverture des prestations familiales,
- aux décisions d'exclusion temporaire ou définitive des élèves,
- aux élèves de sa commune qui ont eu un avertissement pour cause d'absentéisme.

#### → **Les nouvelles mesures**

- o *Le conseil pour les droits et devoirs des familles*

Le Maire préside le Conseil pour les Droits et Devoirs des Familles (CDDF) lorsque le conseil municipal décide de le créer. **Le CDDF est une instance composée, à l'initiative de la commune, des différents partenaires de l'action sociale, sanitaire et éducative.**

Il a pour rôle :

- d'entendre une famille, de l'informer de ses droits et devoirs envers l'enfant et de lui adresser des recommandations destinées à prévenir des comportements susceptibles de mettre l'enfant en danger ou de causer des troubles pour autrui ;
- d'examiner avec la famille les mesures d'aide à l'exercice de la fonction parentale susceptibles de lui être proposées, notamment un accompagnement parental ;

- *L'accompagnement parental*

Lorsqu'il est informé que l'ordre, la sécurité ou la tranquillité publique sont menacés en raison du défaut de surveillance ou d'assiduité scolaire d'un mineur, le Maire peut, par le biais du Conseil pour les Droits et Devoirs des Familles, proposer aux parents, un accompagnement parental (après avoir vérifié qu'il n'a pas déjà été engagé un contrat de responsabilité parentale ou une mesure d'assistance éducative).

**Cet accompagnement parental est un « suivi individualisé au travers d'actions de conseil et de soutien à la fonction éducative ».** Il donne lieu à une consultation du PCG et à une information de l'inspecteur d'académie, du chef d'établissement scolaire, de la CAF et du Préfet.

- *L'aide à la gestion du budget familial*

Le Maire peut saisir, conjointement avec la CAF, le juge des enfants en vue de la mise en place d'une mesure judiciaire d'aide à la gestion du budget familial et proposer au magistrat de désigner le coordonnateur pour exercer la fonction de délégué aux prestations familiales. Les prestations familiales sont alors versées à une personne physique ou morale.

**Les principaux enjeux de la loi à prendre en compte dans le cadre de l'élaboration du schéma :**

→ Les nouvelles attributions du Maire; l'articulation avec les acteurs de la protection de l'enfance (équipes de prévention spécialisée, intervenants auprès des familles...)

→ Le rôle du Maire en matière de prévention de l'absentéisme et de la déscolarisation

- **La loi du 5 mars 2007 portant réforme de la protection juridique des majeurs**

**La loi du 5 mars 2007 a mis fin depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2009 à la mesure de tutelle aux prestations sociales adulte et a instauré une nouvelle Mesure administrative d'Accompagnement Social Personnalisé (MASP) mise en œuvre par le Département.**

Cette nouvelle mesure se situe en amont du dispositif judiciaire pour éviter le placement sous protection judiciaire des personnes dont les intérêts peuvent être préservés par le recours, moins stigmatisant, à un accompagnement social adapté.

**La MASP concerne toute personne majeure dont la santé ou la sécurité est menacée du fait de ses difficultés à gérer seule ses ressources.** Cette mesure comporte une aide à la gestion de ses prestations sociales et un accompagnement social individualisé. Cette mesure peut être étendue à la gestion des prestations familiales

**Elle prend la forme d'un contrat (de 6 mois à 2 ans, renouvelable avec une durée maximum de 4 ans) passé entre les personnes concernées et le Président du Conseil général et repose donc sur la libre adhésion du bénéficiaire qui s'engage à suivre des actions éducatives.** Le Département s'engage à mettre en œuvre tous les moyens disponibles pour permettre au bénéficiaire de retrouver son autonomie.

**Ce n'est que si la MASP échoue ou est refusée qu'interviendra, après décision judiciaire, la Mesure d'Accompagnement Judiciaire (MAJ) voire une mesure de protection civile.**

#### **Ce qu'il faut retenir**

- *Une nouvelle loi, adoptée en 2007, qui a modifié en profondeur les principes et les enjeux de la protection de l'enfance*
- *D'autres textes, promulgués depuis le précédent schéma, qui impactent directement ou indirectement le dispositif*

### 3. L'état des lieux





### 3. L'état des lieux

La première étape du schéma départemental visait à établir un état des lieux de la politique en faveur de la famille et de l'enfance. Deux clés d'entrée ont été retenues pour réaliser ce travail : premièrement, le dispositif de **prévention**, fortement mis en exergue par la récente loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance; deuxièmement, le volet **protection** de l'enfance.

#### 3.1. *Les interventions de prévention sur les territoires*

La loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance (voir supra) identifie la **prévention comme un axe majeur de la protection de l'enfance**. Elle vise à prévenir le plus en amont possible les risques de mise en danger de l'enfant en évitant qu'ils ne surviennent ou en limitant leurs effets.

La prévention est nécessairement multidimensionnelle (éducative, scolaire, médicale...). Elle couvre donc tous les champs et prend en compte tous les moments de la vie de l'enfant et son contexte. Elle requiert, par conséquent, une **complémentarité des acteurs et des actions** sur un même territoire.

##### 3.1.1. *La prévention péri-natale*

Une grossesse vécue dans la difficulté et l'isolement peut compliquer la prise en charge de l'enfant et produire des troubles dans la relation future parent-enfant. C'est pourquoi la loi du 5 mars 2007 met l'accent sur une **prévention précoce** autour de la grossesse et de la naissance sur le plan **médical, social et psychologique**. Ainsi, les interventions de la Protection Maternelle et Infantile (PMI), acteur-clé du dispositif de prévention, s'inscrivent dans un contexte renouvelé. Outre les examens médicaux, la prévention prénatale comporte désormais un entretien prénatal précoce pour toutes les femmes enceintes (entretien dit du 4<sup>ème</sup> mois de grossesse).

Dans le département, l'accompagnement péri-natal est pris en charge par le service de PMI de la Direction de la Prévention Médico-Sociale (DPMS) (comprenant outre la PMI, le service actions de santé).

Les enjeux de l'accompagnement péri-natal concernent principalement :

- le **repérage**, dès la déclaration de grossesse, des profils nécessitant un accompagnement particulier ;
- la **nature et la temporalité** des accompagnements à proposer aux publics repérés.

En matière d'intervention pré-natale, le département se caractérise par l'existence d'outils de repérage, permettant d'activer un accompagnement médical et/ou social selon les risques repérés, et par des réseaux satisfaisants noués avec les différentes maternités.

Le **soutien post-natal est plus problématique**, en raison notamment :

- Des **ressources limitées** au regard des missions assignées par la loi (visée universelle de la loi du 5 mars 2007 en matière de suivi post-natal), imposant un ciblage de fait des interventions à domicile et des mises à dispositions.
- De la polyvalence des professionnels qui impose une répartition du temps de travail entre les différentes missions (agrément des assistantes maternelles, missions de protection de l'enfance...), qui est souvent **défavorable aux interventions de suivi post-natal**.

### ***3.1.2. Le soutien à la parentalité***

L'objectif du « soutien à la parentalité » est de consolider la fonction parentale, de manière à contribuer à la prévention des risques susceptibles de nuire au bien-être de l'enfant. A ce titre, les parents peuvent disposer d'informations sur l'éducation, le soin etc. ou encore bénéficier d'un soutien plus ciblé visant à les aider à exercer leur rôle parental.

Dans cette perspective, le **REAAP** (Réseau d'Ecoute, d'Appui et d'Accompagnement des Parents), qui labellise et finance des actions de soutien à la parentalité, représente un levier dédié à cette politique de prévention, particulièrement en milieu urbain.

Créé fin août 2005, le **Programme de réussite éducative**, inscrit dans la loi de cohésion sociale, doit apporter aux enfants et adolescents en difficulté, ainsi qu'à leurs familles, un accompagnement ciblé et sur mesure, qui permet également des actions de soutien et de prévention de difficultés éducatives.

Outre les actions spécifiques soutenues par le REAAP ou par le programme de réussite éducative, les travailleurs sociaux des **Maisons Départementales des Solidarités (MDS)** du Conseil général participent par leur action généraliste au dispositif d'aide à la parentalité. Relevons également les **Lieux d'accueil enfants-parents (LAEP)**, au nombre de 20 sur le Département, ou encore le **dispositif de médiation familiale** (deux organismes agréés par la Caisse d'allocations familiales).

**Les interventions péri-natales de la PMI, les soutiens éducatifs apportés aux familles** (dans la cadre d'AED par exemple) ou, plus largement encore, dans le cadre de l'accueil des enfants (les parents d'enfants confiés devant, comme les autres, être soutenus dans leur rôle parental) font partie de ce dispositif.

**Tout l'enjeu du schéma consistera à articuler ces différentes dimensions.**

Les atouts de la Charente en matière d'actions de soutien à la parentalité sont multiples :

- la diversité des acteurs et des dispositifs, permettant d'envisager une « stratégie globale » de soutien à la parentalité ;
- un investissement précoce sur la thématique, sous l'impulsion de l'Etat, en 1999 ;
- dans le cadre du REAAP, des interventions territorialisées, s'appuyant principalement sur des centres sociaux et des associations (avec le soutien de réseaux nationaux) ;
- une bonne prise en compte de la dimension scolaire dans les projets soutenus par le REAAP.
- 20 lieux d'accueils enfants parents (LAEP)

Parmi les principaux enjeux repérés en termes de soutien à la parentalité :

- le développement des actions relatives à l'adolescence ;
- l'implication des usagers quant à la définition du contenu des projets REAAP ;
- l'articulation du soutien à la parentalité avec le dispositif de protection de l'enfance, notamment en milieu urbain ;

- l'investissement du Conseil général dans le cadre du REAAP ;
- le pilotage et l'organisation du dispositif.

### **3.1.3. La prévention spécialisée**

Fondée sur les principes d'anonymat et de libre adhésion, la prévention spécialisée vise à **prévenir, dans les quartiers où des besoins sont identifiés, des risques de marginalisation et d'exclusion**. S'appuyant sur un travail de rue, elle peut à la fois proposer des accompagnements individuels et des actions collectives.

En Charente, les missions de prévention spécialisée sont déléguées à deux associations :

- *l'APSA*, Association de Prévention Spécialisée d'Angoulême : sur le territoire de la communauté d'agglomération (Comaga), elle compte neuf éducateurs. Le Conseil général en est l'unique financeur depuis le désengagement de la Comaga.
- *l'ASERC*, Association Educative de la Région de Cognac, financée à 80% par le Conseil général.

L'APSA comme l'ASERC sont des acteurs repérés par les différents partenaires (mise en place de nombreuses conventions avec : établissements scolaires, CHRS, service d'insertion des prisonniers etc).

Plusieurs enjeux ont été identifiés sur le département :

- La **coordination entre la prévention spécialisée et la protection de l'enfance**, sous la forme, par exemple, de réunions territoriales associant les travailleurs sociaux du Conseil général et les éducateurs de prévention spécialisée.
- L'articulation avec des **acteurs tels que les centres sociaux ou les foyers de jeunes travailleurs, qui agissent au quotidien avec des jeunes en difficulté**.
- La réponse aux besoins de prévention spécialisée dans les petites communes et dans les **zones rurales** ;
- Le pilotage de la prévention spécialisée, la **définition des objectifs par le Conseil général et le suivi de la mise en œuvre** de ces derniers par les équipes de prévention.

### **Ce qu'il faut retenir**

- *Des leviers variés de prévention, auprès des parents, auprès de jeunes dans les quartiers ...*
- *Des marges de progrès en matière de coordination territoriale*

## **3.2. Le système de repérage et de signalement des situations**

La loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance charge le Président du Conseil général du recueil, du traitement et de l'évaluation des informations préoccupantes concernant les enfants en danger ou en risque de danger. La mise en place d'une cellule de recueil, de traitement et d'évaluation des informations préoccupantes,  **vise à clarifier et à fiabiliser les procédures depuis la transmission d'une « information préoccupante » (IP) à la cellule jusqu'à l'éventuel « signalement » à la Justice.**

En 2008, 1061 IP ont été reçues, dont 614 qui ont donné lieu à un signalement, c'est-à-dire à une transmission à la justice.

Le système de signalement est relativement satisfaisant sur les points suivants :

- La **cellule départementale prévue par la loi de mars 2007 a été mise en place** et fonctionne de manière effective ;
- De premières **évolutions conformes à la logique de la loi de 2007** (centralisation des informations préoccupantes par le Conseil général) ont été repérées. A titre d'exemple, le nombre d'informations transmises à la cellule par l'inspection d'académie a fortement augmenté en 2007.
- Un **guide de signalement**, élaboré et diffusé par la Direction de la protection de l'enfance en 2008, a clarifié le processus d'ensemble (même si les pratiques restent divergentes – cf infra) ;
- On note une nette amélioration dans les délais de traitement des informations préoccupantes au Conseil général (réduction de 2/3 en 3 ans).

Parmi les principaux enjeux repérés :

- La **formalisation des rapports avec les partenaires** du signalement (Justice, Education Nationale, DDASS, centres hospitaliers...), qui pourrait, par exemple, prendre la forme d'un protocole interinstitutionnel.
- **L'adéquation du dispositif avec la loi du 5 mars 2007, sur le recueil à tout moment des informations préoccupantes, n'est pas effective.**
- L'harmonisation des procédures internes de recueil et de traitement des informations préoccupantes.

### **Ce qu'il faut retenir**

- *Un système associant un recueil au niveau central et au niveau local*
- *Une cellule de signalement effective*
- *Des marges de progrès en matière de fiabilisation des procédures et du système d'informations*

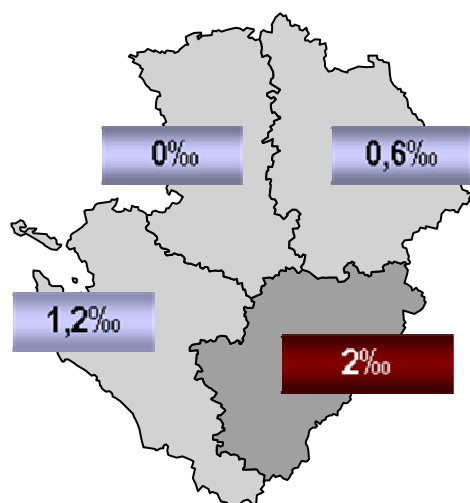
## **3.3. Les mesures à domicile**

### **3.3.1. Les mesures contractuelles**

L'Action Educative à Domicile (AED) est l'une des mesures contractuelles dans le cadre de l'intervention à domicile, **mise en œuvre avec l'accord des parents, parfois même à leur demande** (à la différence des actions éducatives en milieu ouvert, décidées par le juge des enfants – voir infra). Cette prestation de protection de l'enfance répond à plusieurs objectifs : accompagner les parents dans l'éducation de leur enfant ; contribuer à élaborer des liens plus structurants entre parents et enfant ; favoriser l'insertion sociale des familles (scolarité, accès au soin, lien social...)...

Le département a fait le choix d'une **gestion interne des AED**, mises en œuvre par les travailleurs sociaux du Conseil général, et décidées au niveau des Maisons départementales des solidarités.

## Proportion des jeunes bénéficiant d'une AED pour 1000 enfants de moins de 19 ans



En comparaison régionale, **la Charente est le département qui met en place le plus d'AED** : 2 jeunes pour 1000 en bénéficiant, soit un taux supérieur à la moyenne régionale.

*Fin 2006. Source : ANDASS 2007.*

Il est à noter que si le nombre de mesures en milieu ouvert augmente sur l'année 2006, **la part des AED régresse (-4,8%)**, indiquant une augmentation du « taux de judiciarisation » des mesures en milieu ouvert.

Plusieurs atouts ont été relevés lors du diagnostic.

En premier lieu, des améliorations substantielles ont été menées en termes de formalisation des mesures. En second lieu, l'intégration des éducateurs aux services plutôt qu'une délégation à des associations, peut favoriser l'homogénéité des interventions et la qualité du pilotage de ces dernières.

Les principaux enjeux repérés sont les suivants :

- La **précision des objectifs** des interventions, à concilier avec l'impératif de célérité de la mise en œuvre (des délais de mise en œuvre trop tardifs pouvant contribuer à dégrader les situations) ;
- La **qualité de l'évaluation initiale**, à laquelle est conditionnée la pertinence de l'accompagnement à domicile. C'est l'évaluation qui permet de mesurer si une AED (plutôt qu'une mesure d'accueil, par exemple) est justifiée au regard de la situation familiale.
- Le contenu et la portée des évaluations en **fin de mesure** ;
- L'articulation des AED avec les **autres mesures à domicile contractuelles** (par exemple : les interventions des Techniciennes d'Intervention Sociale et Familiale - TISF) ;

- **L'homogénéité du suivi et du pilotage des mesures AED** au niveau des Maisons départementales des solidarités.

Autre mesure dans le cadre de l'intervention préventive à domicile, **l'action des TISF et des AVS consiste à accompagner des familles rencontrant des difficultés éducatives et sociales et à accomplir un soutien de proximité au domicile des familles en vue de leur permettre de retrouver leur autonomie.**

Les activités de la vie quotidienne constituent le support privilégié de l'intervention des TISF et des AVS pour écouter, aider, motiver, proposer des bases et des références pour les parents et les enfants. **Ces actions peuvent être financées par le Conseil général et par la Caisse d'allocations familiales (CAF).**

L'action des TISF et des AVS dans le Département se caractérise par **une hausse du nombre d'heures** allouées par le Conseil général (et corrélativement une réduction des interventions de la CAF).

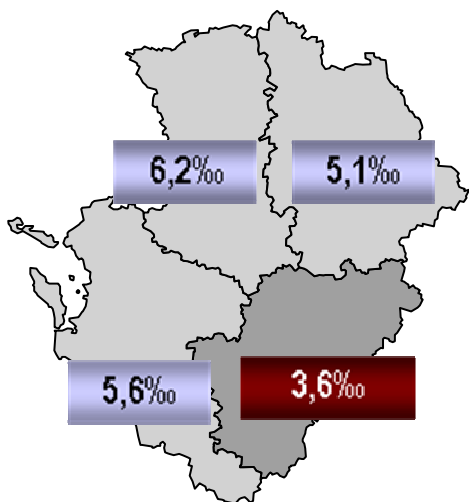
Parmi les enjeux repérés :

- la circulation de l'information entre les associations prestataires et les équipes du Conseil général (sur les objectifs des interventions notamment)
- l'effectivité des procédures de renouvellement de mesures

### ***3.3.2. Les mesures judiciaires***

La mesure d'Action Educative en Milieu Ouvert (AEMO) est une mesure d'assistance éducative prononcée par le juge des enfants lorsque les détenteurs de l'autorité parentale ne sont plus en mesure de protéger et d'éduquer leur enfant, rendant alors sa santé, sa moralité, sa sécurité, les conditions de son éducation ou son développement sont gravement compromis.

## Proportion des jeunes bénéficiant d'une AEMO pour 1000 enfants de moins de 19 ans



Le nombre d'AEMO en Charente augmente régulièrement depuis 10 ans, avec à la fois :

- **une hausse du nombre d'AEMO mises en œuvre par l'ASE** (290 en 2007 contre 86 en 1998, soit une multiplication par presque 3,5) ;
- **une baisse corrélative du nombre d'AEMO exercées par la PJJ** (93 en 2007, contre 141 en 1998, soit une baisse d'un tiers). Cette tendance est conforme aux évolutions observées dans d'autres départements. Elle traduit le **retrait de la PJJ des mesures au civil**.

*Fin 2006. Source : ANDASS 2007.*

Comme pour les AED, **la Charente gère en interne les mesures à domicile judiciaires**. En effet, le Conseil général dispose d'un service éducatif judiciaire départemental (SEJD) dédié aux AEMO (au titre de l'assistance éducative). La mise en œuvre relève de neuf éducateurs intervenant par « territoire de proximité » (et non par MDS). Cette organisation vise la **souplesse des interventions et la mutualisation des ressources**.

Jusqu'en septembre 2007, le Conseil Général prenait en charge l'exécution des AEMO des moins de 13 ans ; la PJJ exécutait les AEMO pour les plus de 13 ans. **Désormais, le Conseil Général a également en charge les AEMO pour les jeunes âgés de 13 à 18 ans**. Ce transfert récent amène les éducateurs du service éducatif judiciaire départemental à travailler avec un nouveau type de public, celui des adolescents difficiles.

Parmi les points forts relevés :

- **Un travail satisfaisant en amont de la mesure**. A titre d'exemple, le chef du service éducatif judiciaire départemental et l'éducateur spécialisé en charge de l'action se rendent au domicile des parents pour expliquer le jugement et préparer l'intervention (objectifs, fonctionnement...)
- La rationalisation de l'organisation départementale en matière d'AEMO : à partir de janvier 2008, l'équipe deviendra un service AEMO « à part entière » ; par exemple, les rapports de fin de mesure ne seront signés que par la responsable du service, **clarifiant la chaîne de responsabilité**.

Parmi les enjeux repérés :

- Les **moyens dédiés aux AEMO**, au regard des évolutions qualitatives (cf infra) et quantitatives (augmentation des mesures judiciaires sur les dernières années)
- Les modalités **d'accroissement du temps d'intervention auprès des familles**, de manière à favoriser l'efficacité des mesures.
- Le « **durcissement** » **du profil des jeunes suivis en AEMO**, suite au développement des mesures contractuelles (logique de la loi du 5 mars 2007) et au « retrait » de la PJJ des mesures civiles, qui peut fragiliser les accompagnements mis en œuvre.

### **Ce qu'il faut retenir**

- *Une augmentation de l'activité sur les mesures administratives et judiciaires, avec une hausse plus importante des mesures judiciaires.*
- *Une proportion importante de jeunes bénéficiant de mesures contractuelles*

### **3.4. Le dispositif d'accueil**

La prise en charge peut prendre la forme d'un accueil en établissement, en famille d'accueil, ou encore sous une forme séquentielle (associant une mesure à domicile, un accueil en établissement et/ou un accueil familial). **L'accueil peut être décidé par le juge, ou mis en œuvre avec l'accord de la famille. A ce titre, la Charente se caractérise par un faible taux d'accueil provisoire et une part importante de placements en famille d'accueil (64%).**

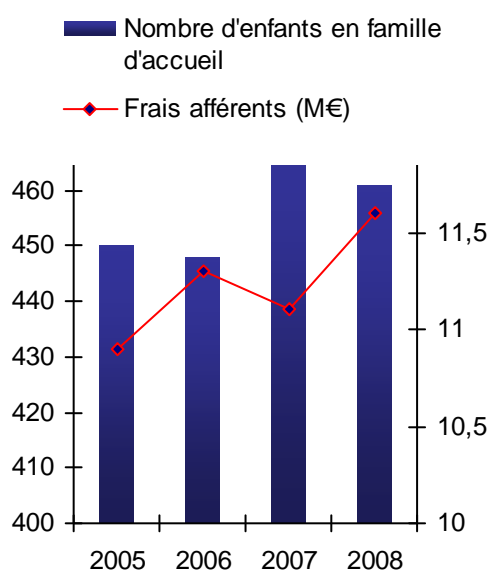
Les lois du 2 janvier 2002 et du 5 mars 2007, inscrivent **l'enfant au cœur du dispositif et promeuvent l'individualisation de sa prise en charge**. Les dispositions de ces textes s'appliquent à l'ensemble des services et établissements qui accueillent un enfant pour assurer sa protection, qu'il soit pris en charge à la demande de ses parents ou confié par le juge des enfants.

En termes d'équipement, le Département dispose en 2009 (nombre de places autorisées) de :

- 244 places en structure d'accueil (MECS et service de placement familial géré par les MECS)
- 670 places en accueil familial

**L'accueil familial (incluant l'accueil familial spécialisé) représente donc 73 % de l'offre disponible.**

### 3.4.1. L'accueil familial



Le Département dispose de 312 Assistants Familiaux (AF), disposant de 670 places.

82 places sont également proposées en placement familial spécialisé.

L'agrément des assistants familiaux relève de la PMI (fonction administrative assurée par 5 professionnels de la DPMS) ; le volet ressources humaines, à l'exception de la formation, est pris en charge par le service ASE, qui dispose d'une cellule Assistant Familial.

Sources : Conseil général et IGAS.

On observe dans l'ensemble :

- une proportion **nettement majoritaire de placements réalisés en famille d'accueil** (64% du total) ;
- une augmentation **du nombre de jeunes accueillis en familles d'accueil** entre 2005 et 2009 (+3,3%, allant de pair avec une légère baisse du nombre de jeunes accueillis en établissement – voir infra) ;
- une **stagnation des recrutements** des AF sur l'ensemble du département.

On note que la partie financière et la partie formation prévue par la loi de 2005 renforçant la qualité de l'accueil via la formation sont mis en place.

Parmi les enjeux repérés :

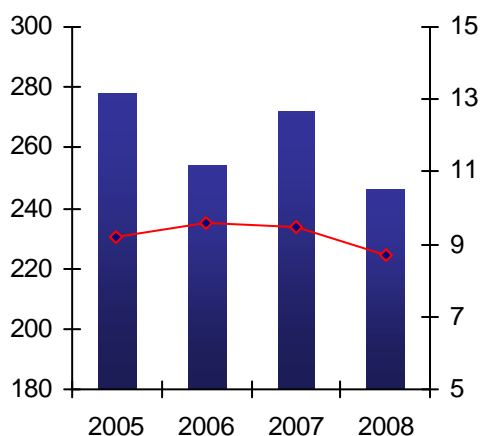
- la **répartition de l'offre sur le territoire**. Actuellement on relève une forte distinction entre le milieu urbain (demande forte, offre faible, par exemple sur Angoulême) et les secteurs ruraux (phénomène inverse) ;
- l'**accompagnement des AF** (sous la forme par exemple d'un suivi individuel), dans un contexte actuel de professionnalisation (mise en œuvre de la loi de 2005 – voir supra) ;
- le **développement et la qualité de l'offre à l'attention des « profils difficiles »** (jeunes mettant en échec les différentes solutions d'accueil). Le département de la Charente ne dispose d'aucune AF « thérapeutique », et de 82 places en accueil familial spécialisé (représentant 8,8% de l'offre totale en accueil familial), tandis que près d'1/3 des AF bénéficient d'une majoration de salaire au titre du profil des jeunes accueillis. Ce qui tendrait à montrer qu'une proportion significative d'AF accueilleraient sans formation spécifique des enfants présentant des troubles du comportement ;
- la **pyramide des âges des AF, qui est défavorable** (45% des AF ont entre 51 et 60 ans). Ce point est susceptible de poser problème à deux points de vue :
  - dans une perspective de remplacement des AF à moyen terme
  - dans une logique d'accueil des jeunes (près d'un accueilli sur 2 est adolescent) ;
- la nécessaire clarification des prises en charge entre la DDASS et le Conseil général, en fonction des problématiques médico-sociales ou médicales des enfants accueillis.

### 3.4.2. L'accueil en établissement

Le Département dispose en 2009 de 244 places en hébergement habilité ASE, ainsi que 48 places au Centre Départemental de l'Enfance (CDE). D'après la DREES (2007) le Département se situe **en dessous de la moyenne nationale pour les places en**

**structures, mais au-dessus de la moyenne de Poitou-Charentes.**

■ Nombre d'enfants accueillis en établissement  
◆ Frais afférents (M€)



**Le nombre d'enfants accueillis a baissé entre 2005 et 2008 (-11,5% ; avec des évolutions erratiques d'une année sur l'autre).**

Sources : Conseil général et IGAS

Parmi les points forts relevés :

- le CDE qui, en dépit des difficultés organisationnelles rencontrées ces dernières années, **joue efficacement son rôle d'orientation**, au vu de la baisse des durées de séjour (5,5 mois en moyenne en 2006, soit une baisse de 21% en 1 an)
- Une volonté des responsables d'établissements d'engager un travail de **diversification des accueils**, dans la logique de la loi de 2007

Les principaux enjeux repérés :

- le **volume global** de l'offre en établissement (au regard, notamment, de la moyenne nationale plus élevée – cf DREES - et des départements comparables dont les taux d'équipement en MECS sont nettement plus importants – cf rapport IGAS) ; **l'offre en établissement ne représente que 15% de l'offre globale d'accueil** (voir supra)
- le dimensionnement de l'offre **globale (les taux d'occupation sont importants) et l'offre disponible sur certains segments** (la tranche 0-6 ans, par exemple, est sous tension) ;
- La **pleine utilisation des capacités** existantes (les taux d'occupation sont fortement variables d'une structure à l'autre) ;
- la **prise en charge des jeunes nécessitant un accompagnement couplé accueil/psychiatrie** ;
- le développement de **l'accueil séquentiel** ;
- le **suivi des jeunes confiés** en établissement.
- le **maintien des liens entre frères et sœurs confiés** (la Charente se caractérise par un taux élevé de séparation des fratries : 66% des situations – cf rapport IGAS) et plus largement le maintien des liens familiaux.

#### → Restitution de l'enquête usagers - jeunes hébergés en MECS

Ce diagnostic a été complété à la suite des rencontres avec des adolescents en structure. Ces rencontres, si elles n'avaient pas de visée quantitative (n'étant pas représentatives statistiquement), ont apporté un éclairage intéressant grâce à la parole directe des usagers. Elles s'inscrivent dans la démarche fortement participative souhaitée par les élus pour l'élaboration de ce schéma.

Les résultats de l'enquête, développés en annexes, ont fourni des éléments sur :

- la qualité de l'accueil ;
- l'information des jeunes et de leur famille ;
- la qualité de la référence ;
- la construction de l'autonomie et la préparation à la sortie.

### ***3.4.3.L'accueil séquentiel***

L'accueil séquentiel est un point clé de la loi du 5 mars 2007 : il vise à améliorer la qualité de la prise en charge en individualisant et diversifiant les solutions de placement. Tout l'enjeu consistera à organiser un **accueil véritablement individualisé**, et non de créer une nouvelle catégorie d'accueil à laquelle le jeune devra s'adapter.

L'autre impératif sera **d'éviter que l'accueil séquentiel ajoute de la perturbation et du morcellement à des trajectoires déjà complexes.**

Le Département a initié en 2005 un accueil de proximité et de suppléance familial à titre expérimental (Intervalle à Angoulême). Ce lieu était pensé à la fois comme un lieu d'accueil séquentiel (avec possibilité d'hébergement), et comme un lieu de vie et de soutien à la parentalité. L'objectif explicite était de proposer une solution préventive au placement.

Au regard de l'évaluation sur l'efficacité (coût, nombre de prescriptions et projet mis en œuvre), le Département a été contraint de mettre un terme à cette expérimentation en 2009.

**Peu d'évolutions sont constatées au sein des structures existantes pour mettre en place des modes d'accueil innovants.**

Au niveau des familles, il existe déjà des prises en charge séquentielles (par exemple, 3 jours en famille d'accueil, 2 jours dans la famille naturelle). L'enjeu du séquentiel familial sera notamment :

- pour les profils « classiques » d'assurer une coordination efficace avec les différents référents (ASE et établissements) ;
- pour les cas particulièrement difficiles, d'organiser un accueil chez des assistants familiaux spécialisés, et de prévoir des formations idoines (afin d'éviter les familles spécialisées « de fait »).

### **Ce qu'il faut retenir**

- *Une baisse du nombre global de jeunes accueillis, pouvant s'expliquer par l'augmentation des mesures préventives et par la diminution du nombre de mineurs sur le département*
- *Des placements majoritairement réalisés en famille d'accueil (près de 2/3 des placements)*
- *Une baisse des accueils en établissement, mais une augmentation du nombre d'accueils en famille*
- *Des retours satisfaisants de la part des jeunes sur les modalités d'accueil en établissement*
- *Des marges de progrès en matière d'individualisation de la prise en charge et de diversification des accueils*

## **3.5. L'organisation et la gouvernance du dispositif**

### **3.5.1. Le pilotage et l'organisation**

L'organisation de la politique enfance a été **réformée en 2005, dans une logique de spécialisation débouchant sur la constitution de pôles**, sous l'autorité d'un responsable de MDS. L'objectif d'une MDS est d'assurer un service de proximité, fondé sur la coordination des différents professionnels. Le responsable de MDS (RMDS) est la « cheville ouvrière » du système : ce dernier est chargé, en interne, de générer de la transversalité, et en externe, de mettre en place des coopérations avec les différents partenaires. En Charente, les MDS sont rattachées à la Direction de l'Action Sociale Territoriale (DAST).

Parmi les points forts de l'organisation, on peut relever :

- l'élaboration, relativement complète, d'une fiche de poste des RMDS insistant notamment sur les **fonctions de coordination à assurer par le RMDS** ;
- des projets de MDS distinguant objectifs des pôles et objectifs transversaux ;
- l'existence **d'instances de coordination** (comité territorial de coordination ; commissions Enfance)

- le fait que de nombreux acteurs s'accordent sur l'amélioration qu'a apportée la réorganisation en pôles, générant une **clarification des rôles et une plus forte spécialisation** des agents (même si des problèmes concrets ont été évoqués lors du diagnostic : temps de déplacements, gestion administrative des dossiers...)

Parmi les enjeux repérés :

- poursuivre la clarification de la **responsabilité décisionnelle** entre le niveau central et local ;
- Poursuivre la dynamique de collaboration entre les pôles des MDS
- Poursuivre l'harmonisation des pratiques de management et des instances de coordination

### **Ce qu'il faut retenir**

- *Une organisation départementale articulant des services centraux et neuf Maisons Départementales des Solidarités (MDS)*
- *Une réforme récente de l'organisation territoriale*
- *Des marges de progrès en matière de coordination interne (entre les acteurs du Conseil général) et de coordination externe (relations entre le Conseil général et ses partenaires)*

### **3.5.2. La coordination avec les partenaires**

#### **✓ Le partenariat avec la psychiatrie infanto juvénile**

Le suivi psychiatrique peut jouer un rôle majeur dans la prévention et l'anticipation des risques chez l'enfant et l'adolescent. Les relations avec le secteur psychiatrique sont également cruciales en termes de prise en charge des jeunes accueillis en famille et en établissement.

En matière de psychiatrie publique, **le département est divisé en deux secteurs de psychiatrie infanto-juvénile**. Il compte sept CMP et cinq hôpitaux de jours. Une structure

est spécifiquement dédiée aux adolescents (Mikado) ; l'espace Winnicott (hôpital de jour) travaille auprès des pré-adolescents (8-12 ans).

**La psychiatrie infanto juvénile en Charente est relativement bien** dotée (dans un contexte, il est vrai, de pénurie nationale). A titre d'exemple, le taux départemental, en termes de lits et places en psychiatrie infanto-juvénile, est de 1,4 (pour 1000 jeunes de moins de 16 ans), contre 0,91 au plan national.

Les difficultés concernent surtout le volume et la nature de la demande dans une double logique d'extension :

- demande des parents d'enfants nécessitant un suivi qui n'est pas nécessairement psychiatrique, effet de la banalisation de la psychiatrie auprès du grand public ;
- demande des acteurs de la protection de l'enfance, sollicitant la psychiatrie pour les cas les plus compliqués à gérer.

Parmi les initiatives positives, il convient de signaler que le centre Mikado a développé des **solutions séquentielles innovantes**. De plus, il a noué un partenariat de qualité avec la PMI. La structure répond à une demande importante, comme en témoigne la forte évolution de son activité.

Les enjeux repérés lors du diagnostic portent sur :

- le raccourcissement des durées d'hospitalisation ;
- la difficulté à obtenir des consultations en centre médico psychologique ;
- la fermeture, un week-end sur deux, de la structure Mikado ;
- plus généralement, **l'insuffisance du travail partenarial du secteur psychiatrique avec le reste des intervenants et la difficulté à articuler des dispositifs et à bâtir des solutions pour des problématiques émergentes** ;
- la nécessité de travailler à la formalisation des missions de chacun (Conseil général, pédo-psychiatrie).

### ✓ ***Le partenariat avec la Justice***

Le cadre du partenariat avec la justice a été très fortement impacté par la loi du 5 mars 2007, qui institue le Conseil général comme chef de file de la protection de l'enfance. Le **caractère subsidiaire de l'intervention judiciaire** est mis en avant, de manière à favoriser les prises

en charge contractuelles et à « limiter » les saisines aux situations nécessitant une décision judiciaire (en raison de la gravité de la situation, du refus de la famille de collaborer...).

Ce nouveau référentiel impose une redéfinition des rôles, pouvant s'appuyer sur des outils de partenariat (protocole, fiches-navettes...).

Les principaux enjeux repérés sont les suivants :

- La formalisation du partenariat par la signature d'un protocole de recueil et de traitement des IP ;
- Le développement des mesures **séquentielles** ; les modalités d'organisation et de coordination autour de ces mesures.

### ✓ ***Le partenariat avec l'Education Nationale***

Le partenariat avec l'école – et notamment avec le pôle santé/social de l'Education Nationale - est crucial à plusieurs points de vue:

- dans une optique de **prévention**, l'école - et notamment le collège - doit être le partenaire privilégié du Département pour les interventions de consultation, d'information et de sensibilisation ;
- dans un objectif de **repérage des risques**, les acteurs de l'Education Nationale, inter-agissant au quotidien avec les jeunes, ont un rôle clé à jouer ;
- de **nouveaux dispositifs de coordination** ont émergé, à l'instar des programmes de réussite éducatives (PRE), visant une approche globale scolaire, sanitaire et social des difficultés rencontrées par les jeunes. Trois programmes de ce type ont été mis en œuvre sur le département.

Parmi les enjeux repérés:

- la coordination au niveau des **signalements**, dans la nouvelle logique introduite par la loi du 5 mars 2007 ; les retours d'informations à l'Education Nationale quand une information préoccupante est transmise par cette dernière ;
- la **lisibilité** du dispositif (et de la nouvelle organisation des services de la Direction de la solidarité du Conseil général) pour les enseignants ;
- **l'effectivité du partenariat**, dans le cadre par exemple des différentes instances de coordination (exemple : les programmes de réussite éducative).

## 4. Les orientations du schéma départemental 2009-2014





## 4. Les orientations du schéma départemental 2010-2014

### 4.1. *Présentation des orientations*

En s'appuyant sur un diagnostic ayant souligné les points forts et les marges de progrès du dispositif, les acteurs ont formulé un ensemble de **propositions relatives aux neuf thématiques** des groupes de travail.

Chaque groupe, réuni en deux temps (voir supra), a formulé des préconisations à l'aune de constats partagés. La réflexion d'ensemble a également permis de faire émerger des **principes transversaux**, communs à l'ensemble des groupes. Trois axes généraux peuvent être mis en évidence :

- La volonté de **mettre les familles et les jeunes au cœur du dispositif**, à tous les niveaux : prévention globale, mesure à domicile, accueil... Cet objectif concerne bien entendu les interventions de prévention, les mesures contractuelles mais également les mesures de protection, en développant l'information des usagers, le soutien à la parentalité, et le travail sur le maintien des liens familiaux.
- L'accent sur la **coordination**, au niveau interne, c'est-à-dire entre les services du Conseil général, et au niveau externe, en associant les partenaires concourant à la protection de l'enfance au pilotage, à la mise en œuvre, et au suivi de la prise en charge. Différents leviers ont été identifiés en ce sens : clarification et rationalisation de l'organisation départementale, mise en œuvre de l'Observatoire, développement de la transversalité dans les MDS...
- Le développement de la **qualité** des interventions
  - o en accentuant le cadrage des mesures, la précision des objectifs ; en renforçant l'évaluation et le suivi des situations ;
  - o en individualisant les prises en charge, de manière à proposer les accompagnements les plus pertinents possibles au regard des situations.

## 4.2. **Détails des orientations**

Les orientations s'appuient tout d'abord sur le travail d'état des lieux, de sorte que le diagnostic nourrisse les objectifs du nouveau schéma départemental. Ces orientations traduisent également les échanges menés en groupes de travail et les priorités définies par les instances de pilotage.

Les orientations visent à **améliorer le dispositif**, dans les sens d'une meilleure adéquation aux besoins, d'une coordination accrue entre partenaires et d'une place plus importante conférée aux jeunes et aux parents.

Ces orientations reflètent également des **principes d'action et des valeurs**, sur lesquels les acteurs ont souhaité mettre l'accent, et ce pour deux raisons (voir supra):

- Le précédent schéma est ancien ; il est donc nécessaire de s'accorder sur des principes et des définitions communes à l'ensemble des partenaires.
- De nouveaux enjeux ont été posés par la législation, imposant un travail de réflexion et de mise en perspective, de manière à traduire ces nouvelles logiques en fonction du contexte charentais.

**Il appartiendra ensuite au Conseil général (dans le cadre notamment de l'Observatoire Départemental de la Protection de l'Enfance) d'impulser, et de suivre les différentes actions qui viseront à traduire, de manière opérationnelle, les orientations et les valeurs du schéma départemental.**

### **Ce qu'il faut retenir**

- *Des orientations à la fois thématiques et transversales, issues du diagnostic et des groupes de travail*
- *Un accent sur les principes d'action et les valeurs partagées*

## AXE PREVENTION

### ***Le soutien à la parentalité***

Par soutien à la parentalité, le groupe de travail faisait référence à l'appui apporté aux parents en matière d'éducation (au sens large) de leurs enfants, renvoyant à des dimensions à la fois psychologique, sociale et médicale.

Le groupe s'est intéressé à l'ensemble des dispositifs mobilisables pour appuyer la fonction parentale. Les échanges ne se sont donc pas « limités » au REAAP (spécifiquement dédié au soutien à la parentalité) : **les participants ont mis en exergue les différents outils et dispositifs relevant, à leur sens, du soutien à la parentalité** (exemple : lieux d'accueil enfants-parents, médiation familiale...).

La première orientation préconisée par les acteurs renvoie au **profil des familles visées par le dispositif de soutien à la parentalité** : les participants sont favorables à une logique universelle, c'est-à-dire un système ouvert à l'ensemble des familles (et non pas un fonctionnement ciblé sur les parents les plus fragiles).

Le groupe a également souligné la nécessité d'assurer une connexion entre :

- le dispositif de soutien à la parentalité, qui inclut une multitude d'acteurs (dont le Conseil général) ;
- et le dispositif de protection de l'enfance (pilote par le Conseil général).

En effet, pour les participants, **la logique universelle (orientation 1) ne doit pas conduire à méconnaître les spécificités des parents fragiles**. Au contraire, il s'agira, autant que faire se peut, de favoriser les jonctions entre le public des initiatives de soutien à la parentalité et les familles en difficulté bénéficiant d'accompagnements préventifs. Des bonnes pratiques départementales pourront ici servir d'appui.

Concernant l'organisation du dispositif, le groupe a défendu **une approche pragmatique**, s'efforçant de concilier un objectif de cohérence départementale et une recherche de souplesse dans l'élaboration et la mise en œuvre des projets. A ce titre, les participants ont souligné l'intérêt d'un système s'appuyant sur des référents locaux, chargés dans un premier temps de collecter et de diffuser l'information auprès des différents acteurs du soutien à la

parentalité. Un travail de mise en cohérence départementale pourra compléter ce fonctionnement décentralisé.

Dans le cadre du débat entre **une approche normative**, fondée sur les savoir-faire et les bonnes pratiques, et une approche plus **empathique**, mettant l'accent sur l'écoute, l'échange et la confiance des parents en eux-mêmes. Les participants ont rappelé la diversité des initiatives de soutien à la parentalité, diversité se traduisant bien entendu dans le contenu des projets. Le groupe a néanmoins souligné la pertinence d'une approche visant l'autonomie et la relativisation des difficultés, plutôt que la mise en exergue de « techniques » et de « savoir-faire » éducatifs.

**Orientation n°1 : adopter une logique universelle, c'est-à-dire un système ouvert à l'ensemble des familles (et non pas un fonctionnement ciblé sur les parents les plus fragiles)**

**Orientation n°2 : assurer une connexion entre le dispositif de soutien à la parentalité, qui inclut une multitude d'acteurs (dont le Conseil général) et le dispositif de protection de l'enfance (piloté par le Conseil général)**

**Orientation n°3 : mettre en place une organisation « pragmatique », s'efforçant de concilier un objectif de cohérence départementale et une recherche de souplesse dans l'élaboration et la mise en œuvre des projets**

**Orientation n°4 : Accompagner les parents dans le développement de leur autonomie et dans la relativisation des difficultés, plutôt que la mise en exergue de « techniques » et de « savoir-faire » éducatifs**

## ***Interventions préventives de la PMI et périnatalité***

Le sujet concerne l'action du Conseil général avant, autour, après la naissance de l'enfant, et jusqu'à ses 6 ans. Le concept de prévention a été compris de manière extensive par les acteurs: pas « simplement » sous la forme d'une série d'actions visant à repérer les difficultés et à promouvoir des accompagnements précoces, mais plus largement l'ensemble des interventions contribuant au bien-être des familles élevant (ou s'apprêtant à élever) des jeunes enfants.

Les participants des groupes de travail ont principalement analysé les compétences de la PMI. Ils ont également souhaité inclure dans la réflexion l'ensemble des acteurs qui interagissent avec les jeunes enfants et leurs parents : la psychiatrie infanto juvénile, les maternités, les structures d'accueil (accueil permanent, occasionnel, multi-accueil ; les assistantes maternelles) et/ou de soutien aux jeunes enfants (relais assistantes maternelles, lieux d'accueil parents enfants, ludothèques...).

**Concernant les objectifs de la PMI et de la prévention périnatale**, les acteurs ont d'abord échangé sur l'alternative entre le **ciblage** des interventions sur les publics fragiles et l'ouverture du dispositif à l'ensemble des familles (**logique universelle**). Les participants ont souligné le paradoxe suivant : si les textes inclinent très clairement vers une prise en charge universelle, le dispositif fonctionne « de fait » selon une logique de ciblage, commandée par le niveau de ressources et la diversité des compétences octroyées à la PMI. Favorable à une logique universelle, avec une prise en charge renforcée pour les profils fragiles, le groupe a rappelé que le dispositif de prévention périnatale, pour être efficace et répondre aux besoins, supposait une collaboration étroite entre les différents acteurs intervenant auprès des familles et des jeunes enfants. L'entretien pré-natal précoce constitue une bonne illustration : la loi de 2007 dispose que l'ensemble des futures mères doit être couvert, objectif irréaliste si les professionnels de PMI sont les seuls intervenants ; il conviendra donc de mobiliser les autres acteurs du département (médecins hospitaliers et libéraux, sages-femmes libérales...).

Concernant le deuxième enjeu, à savoir **la coordination**, les participants ont souligné la nécessité de développer des partenariats, au sein du Conseil général (avec l'ASE par exemple), et avec les partenaires extérieurs (les maternités, les centres sociaux...). Les acteurs ont rappelé que des partenariats existaient sur le département, mais souvent organisés de manière informelle. Il s'agira donc de favoriser la structuration des coopérations. A ce titre, le groupe de travail s'est prononcé en faveur d'une souplesse et d'une diversité

des outils de pilotage. Par exemple, la signature d'une « convention » n'est pas une nécessité : des formes plus souples, comme les protocoles ou les réunions périodiques peuvent être envisagées, l'essentiel étant que les partenaires se rencontrent sur une base régulière, échangent sur des problématiques communes et développent des projets en commun. Les participants ont souligné qu'un outil de coopération n'est intéressant qu'à la condition que les parties-prenantes s'engagent à le « faire vivre » au quotidien.

**Orientation n°5 : une logique universelle en matière de prévention périnatale, avec une prise en charge renforcée pour les profils fragiles**

**Orientation n°6 : développer des partenariats, au sein du Conseil général (avec l'ASE par exemple), et avec les partenaires extérieurs**

## ***Les actions de prévention auprès des adolescents***

S'accordant sur une conception de la prévention comme action susceptible d'éviter le glissement ou le basculement du jeune vers le dispositif de protection, les acteurs ont remarqué que cette logique peut s'enclencher en amont des actions de prévention primaire, dans une approche qui s'inspire du concept de « prévenance ». Celle-ci est entendue comme une approche non discriminante et non ciblée qui relève d'une attitude de « coveillance » partagée entre les différents acteurs locaux, parfois même avec des habitants.

Le premier enjeu concerne le **périmètre retenu pour définir le public-cible**. Le cadre des 13-21 ans semble en effet trop étroit pour développer un dispositif cohérent et efficace en matière de prévention. La période amont (10-13 ans) semble devoir susciter une attention particulière. Le groupe a souligné que chaque jeune peut traverser des phases où se voient amplifiés les difficultés ou le sentiment de mal-être (entrée au collège, fin de la scolarité obligatoire pour certain, majorité...). D'autres facteurs pourront jouer ce rôle d'amplificateur : territoire, origine, culture, contexte familial... Il est important que le dispositif soit en capacité d'identifier ces facteurs.

Deuxième enjeu, **la nécessité de préciser le périmètre et les composantes du système actuel de prévention**. En effet, les participants ont rappelé que si les actions de prévention sont foisonnantes, elles ne sont pas pour autant coordonnées ou ajustées aux besoins spécifiques des adolescents ciblés.

Pour construire un système cohérent de prévention, il semble tout d'abord nécessaire de recenser l'ensemble des acteurs qui, par leur(s) action(s), relèvent de l'approche préventive souhaitée. Cette approche transverse permettra de vérifier que la variété des interventions repérées corresponde à la variété des besoins, et ainsi d'identifier d'éventuelles carences.

Les acteurs suggèrent ensuite, de façon complémentaire, de procéder à une lecture par grande thématique (santé, environnement, lien social...) de l'offre actuelle. Cette approche thématique permettra de vérifier la qualité de la couverture territoriale et des différents publics. Elle doit également favoriser la définition d'objectifs communs poursuivis à l'échelle départementale pour chacune des thématiques.

Troisième enjeu, l'exploration d'approches nouvelles **afin de mieux mettre en contact l'offre de prévention et son public**. La place des familles et des adultes en général a été soulignée. Point d'entrée essentiel d'un système de prévention, les adultes doivent être confortés dans leur capacité à opposer aux adolescents des repères clairs. Outre les acteurs traditionnels de la prévention (Education Nationale, centres sociaux,...), qui devront tirer bénéfice d'une clarification du système dans la mise en œuvre de leurs actions, d'autres portes d'entrées pourraient être mobilisées. Le groupe évoque notamment la place potentielle des associations sportives et culturelles. Les familles d'accueil doivent également être intégrées à ce système.

La dernière thématique concerne **le pilotage et le suivi du dispositif de prévention à l'attention des adolescents**. A ce titre, la formalisation des résultats attendus semble un préalable nécessaire. Des critères seront à définir, notamment en lien avec la grille d'analyse des données élaborée dans le cadre de l'Observatoire de l'enfance. L'objectif étant de parvenir à ajuster, autant que faire se peut, les objectifs définis par thématique ou par tranche d'âge.

**Orientation n°7: inclure les pré-adolescents dans le périmètre d'intervention**

**Orientation n°8 : préciser le périmètre et les composantes du système actuel de prévention**

**Orientation n°9 : explorer des approches nouvelles afin de mieux mettre en contact l'offre de prévention et son public**

**Orientation n°10 : améliorer le pilotage et le suivi du dispositif de prévention à l'attention des adolescents**

## ***Les actions éducatives à domicile***

Le groupe a choisi d'analyser l'ensemble des leviers d'intervention à domicile, qu'ils relèvent de l'action administrative ou de l'intervention judiciaire. L'objet principal de ce groupe était l'action à domicile, au sens de : comment travailler auprès des familles, chez elles, en les impliquant autant que possible ?

La première orientation concerne **la recherche d'adhésion et d'implication de la famille**, qui doit constituer le socle des interventions à domicile, dans le cadre « non contraint » bien entendu (AED, TISF) mais également dans le cadre d'AEMO, par définition prescrites par le juge et « imposées » aux familles. A ce titre, le groupe a rappelé que si la contrainte n'est pas forcément un atout pour la mise en œuvre de l'intervention, l'intervention du juge peut néanmoins constituer un cadre favorable pour travailler auprès des familles : après de nombreux refus de la famille, le passage chez le juge peut créer une prise de conscience de la part des familles.

Le profil des familles joue également un rôle important, certaines familles étant plus difficiles à mobiliser sur une intervention. L'âge des enfants est aussi un paramètre à prendre en compte, l'adhésion aux objectifs de la mesure étant plus complexe pour les enfants très jeunes.

Le groupe a donc souligné que par delà les différences de contextes éducatifs et familiaux (origine de la mesure, âge des enfants, profil des familles...), l'adhésion devait être recherchée autant que possible.

La deuxième orientation proposée par le groupe **visait à améliorer les modalités de mise en œuvre des actions à domicile, en termes d'objectifs, de contenu des mesures, et de pilotage.**

En terme **d'objectifs**, le groupe a rappelé la pertinence des outils mis en avant par les différentes lois (dossier individuel de prise en charge, projet pour l'enfant...), à la fois pour clarifier les finalités, susciter l'adhésion des parents, et faciliter l'évaluation de la mesure.

En terme de **contenu** des mesures, les participants ont souligné la nécessité d'assurer à la fois un caractère évolutif à la mesure (afin d'adapter le contenu des interventions à l'évolution des enjeux éducatifs), et une continuité du suivi.

En termes de **pilotage**, enfin, le groupe a mis l'accent sur l'impératif de coordination entre les acteurs, qui pourrait s'appuyer sur des outils partagés et sur le renforcement d'instances telles que les commissions enfance. Cette coordination concerne les différents acteurs de l'action à domicile, mais également entre ces derniers et les intervenants travaillant auprès des familles (pas forcément à domicile) : hôpitaux, centres sociaux, service social scolaire...

**Orientation n°11 : rechercher l'adhésion et l'implication de la famille, qui doivent constituer le socle des interventions à domicile dans le cadre « non contraint » (AED, TISF) mais également dans le cadre d'AEMO (prescrites par le juge)**

**Orientation n°12 : améliorer les modalités de mise en œuvre des actions à domicile, en termes d'objectifs, de contenu des mesures, et de pilotage**

## AXE PROTECTION

### ***Accueil séquentiel, solutions alternatives et innovantes***

Par « accueil séquentiel », il faut entendre l'ensemble des solutions alternatives de prise en charge des jeunes rencontrant des difficultés dans leurs familles. Dans le cadre de la loi du 5 mars 2007 sont distingués plusieurs types de solutions innovantes : l'accueil de jour, l'accueil modulable (protection administrative), l'accueil périodique (protection judiciaire)...

Il nous a semblé pertinent de partir des besoins exprimés par les participants, puis de présenter les différentes options envisageables.

L'accueil séquentiel a donc été entendu de manière extensive : un accueil individualisé, construit avec les parents, séquencé dans le temps, et combinant les différentes solutions d'accompagnement et de prise en charge.

La première orientation proposée par le groupe renvoie à la nécessité de **réaliser un travail de recensement des différentes solutions innovantes mises en œuvre sur le département**. En effet, comme il a été rappelé à plusieurs reprises, l'accueil séquentiel est déjà expérimenté dans le cadre du dispositif de protection. L'enjeu sera dès lors de s'appuyer sur l'existant lors de la mise en œuvre des dispositions de la loi du 5 mars 2007.

Deuxième orientation préconisée, l'élaboration d'une véritable « ingénierie » de l'accueil séquentiel, c'est-à-dire une « **feuille de route** » **intégrant l'ensemble des enjeux d'une telle prise en charge** :

- ◆ la dimension administrative : qui décide, qui met en œuvre, qui évalue les solutions séquentielles ?
- ◆ la dimension réglementaire et financière : quels sont les impacts organisationnels et financiers pour les établissements et les familles d'accueil participant à une prise en charge séquentielle ?
- ◆ la dimension usager : comment assurer une implication des parents ? comment garantir une référence de qualité à l'enfant pris en charge ? comment concilier adaptabilité et sécurisation de la prise en charge (voir orientation 3) ?

La troisième orientation met particulièrement l'accent sur le **rôle des enfants et des parents dans le cadre d'un accueil séquentiel**. En effet, les participants ont rappelé que si l'accueil séquentiel permettait une plus grande souplesse, il était néanmoins susceptible de complexifier la prise en charge : les intervenants sont par définition plus nombreux, et le rôle de ces derniers peut prêter à confusion (par exemple dans le cadre d'un accueil familial séquentiel). L'objectif d'implication et de responsabilisation de l'utilisateur, point-clé de la nouvelle loi à travers le projet pour l'enfant, est dès lors plus difficile à concrétiser.

Les participants ont donc souligné la nécessité de travailler sur les modalités d'implication des parents et des enfants dans le cadre d'un accueil séquentiel.

**Orientation n°13 : recenser les différentes solutions innovantes**

**Orientation n°14 : élaborer une véritable « ingénierie » de l'accueil séquentiel**

**Orientation n°15 : impliquer les enfants et les familles**

## ***L'accueil des jeunes aux profils difficiles***

Le groupe s'est accordé sur l'idée que la notion de profil difficile pouvait être explicitée au travers des situations de jeunes mettant fortement en difficulté les institutions ou les acteurs de la protection de l'enfance. Il a néanmoins souligné que la notion de profil difficile peut également concerner des jeunes qui ne peuvent trouver une place réellement adaptée à leur situation au sein du dispositif existant. La question de l'accueil des profils difficiles se pose donc, au sein des institutions mais également à l'extérieur, durant les périodes de recherche de solutions.

Le groupe a aussi considéré que le cumul des difficultés (sociales, familiales...) et des troubles (comportementaux, psychiatriques...) caractérise assez bien la notion de profil difficile. Quant aux évolutions récentes mises en exergue par le groupe, elles portent sur le caractère plus précoce de l'apparition de ces situations et sur leur expression dans des espaces de plus en plus variés (école, famille, rue...).

La première orientation concerne la nécessité d'une **prise en charge globale et concertée**. En effet, familles d'accueil ou structures sont toutes susceptibles d'accueillir des jeunes aux profils difficiles. Un des principaux écueils évoqués par le groupe concernait le risque de bâtir la prise en charge autour *d'une* des difficultés rencontrées par le jeune (la plus évidente, ou celle qui répond le plus directement à la compétence de la structure d'accueil). Aussi la construction d'une prise en charge globale passe-t-elle par le développement de la coordination et de la concertation entre l'ensemble des acteurs (avec notamment le secteur psychiatrie infanto juvénile).

La deuxième orientation souligne **le besoin d'accompagner le vécu personnel des acteurs de la prise en charge confrontés à un jeune en situation difficile**. Il s'agira de formaliser une palette de possibilités de soutien, individuelles ou collectives, offertes aux professionnels : espace d'échange avec des personnes qualifiées, supervision, groupe de parole... Complémentaire au dispositif de formation continue, cette démarche doit permettre à chacun, selon les exigences de la situation et ses besoins, de bénéficier d'une forme de soutien continu, évolutif et personnalisé, susceptible de développer ses capacités de prise en charge.

Troisième orientation, la nécessité de **renforcer le niveau d'interconnaissance et d'adhésion des acteurs concernés par le choix d'orientation**. Le travail sur la préparation de l'arrivée de l'enfant dans son lieu d'accueil est à conforter et à formaliser. Il s'agira, à partir de la connaissance des spécificités de l'enfant, d'anticiper leurs incidences possibles sur la famille d'accueil dont on connaît le projet (de façon formelle ou non), et, en conséquence, de mobiliser systématiquement les outils existants (protocole d'accueil et projet de vie) pour créer les conditions favorables à l'accueil de l'enfant.

La dernière orientation proposée par le groupe concerne le besoin de **mieux formaliser le réseau des acteurs impliqués dans la prise en charge des profils difficiles**. A ce titre, il semble important de dépasser la logique des réseaux informels, construits sur des relations de personne à personne, pour tendre vers un réseau formel établi sur chaque territoire. Cette formalisation pourrait passer par la création d'un répertoire des acteurs concernés et de leurs missions, et/ou la mise en œuvre de conventions de partenariat. Dans un premier temps, cette dynamique de conventionnement peut être envisagée à titre expérimental sur un secteur donné.

**Orientation n°16 : organiser une prise en charge globale et concertée**

**Orientation n°17 : répondre aux besoins d'accompagnements spécifiques**

**Orientation n°18 : renforcer l'interconnaissance et l'adhésion des parties-prenantes de l'accueil séquentiel**

**Orientation n°19: formaliser le réseau des acteurs impliqués**

## ***La coopération entre les services départementaux et les établissements d'accueil***

Le groupe portait sur les relations entre le Conseil général (chargé d'assurer la continuité de la prise en charge) d'une part, et les établissements d'accueil d'autre part. Par Conseil général, il fallait entendre les professionnels des MDS bien entendu, mais également le niveau central.

Le groupe était invité à formuler des orientations permettant de consolider le partenariat entre le Conseil général et les MECS, dont le diagnostic avait souligné la fragilité. Deux enjeux étaient proposés au groupe de travail : premièrement, comment faire en sorte que les objectifs des partenaires concordent, sur le plan stratégique et opérationnel ? Deuxièmement, quels outils proposer pour faciliter le travail des acteurs ?

Concernant les **objectifs du partenariat**, le groupe a mis en avant les objectifs de complémentarité, de transversalité et de cohérence. C'est donc la première orientation préconisée par le groupe. Deux leviers ont été identifiés pour atteindre ces objectifs ambitieux : la communication régulière entre les partenaires d'une part, la mise en œuvre des outils de la loi de février 2002, d'autre part.

Concernant le deuxième enjeu abordé par le groupe, à savoir les **modalités de pilotage du partenariat MECS/Conseil général**, les participants ont souligné la nécessité de mettre en place des instances de coordination et de communication. Ces instances pourraient prendre la forme de réunions trimestrielles entre le Conseil général et chaque établissement. Celles-ci permettraient de faciliter le partage des connaissances, et d'explicitier la stratégie et les prestations de chaque établissement.

Les participants ont également évoqué l'intérêt d'une mise en réseau des établissements afin de partager des outils, des bonnes pratiques, et des réflexions sur les évolutions des prises en charge. A ce titre, ces réunions pourraient porter sur la mise en œuvre de la loi de février 2002 (livret d'accueil, dossier individuel de prise en charge...).

**Orientation n°20 : fonder le partenariat sur les principes de complémentarité (chaque acteur doit être pleinement reconnu dans le rôle qui est le sien), de transversalité et de cohérence**

**Orientation n°21 : mettre en place des instances de coordination et de communication au niveau local**

## AXE TRANSVERSAL

### ***La gouvernance de la politique famille-enfance***

Le groupe s'est penché sur la *gouvernance* du dispositif, concept renvoyant à la coordination entre les services du Conseil général et les différents partenaires.

En effet, le groupe a rappelé que la politique enfance est **fondamentalement « partenariale »**, en ce sens que la mise en œuvre de chaque volet du dispositif suppose l'implication et la coordination d'une multitude d'intervenants. C'est pourquoi le groupe a souhaité étudier l'organisation du dispositif au regard des enjeux partenariaux : par exemple, le nouveau système issu de la réorganisation des services du Conseil général fait-il sens pour les partenaires ? Quelles sont les attentes de ces derniers ? Quels sont les ajustements et les améliorations qu'il serait judicieux de proposer ?

Le groupe a dégagé deux orientations principales :

- ◆ une orientation concernant la finalité du système de prévention et de protection, (volet stratégique) ;
- ◆ une orientation relative à la mise en œuvre du partenariat sur le terrain (volet opérationnel).

Un préalable est ressorti des échanges : **la nécessité d'améliorer l'interconnaissance entre les différents acteurs et l'information sur les compétences de chacun**. Les participants ont souligné que les différentes expertises présentes sur le département pourraient être mises en synergie, pourvu que chacun sache qui fait quoi sur le territoire.

Aussi les participants ont-ils proposé l'élaboration d'un support qui recenserait les diverses initiatives et les différents acteurs de la prévention et de la protection de l'enfance.

Est également ressorti l'intérêt de mettre en réseau les partenaires, de manière à échanger sur les expériences de chacun et à identifier les problématiques émergentes.

Le groupe a également souligné la nécessité **d'améliorer la visibilité des partenaires quant à la stratégie du Conseil général, c'est-à-dire les orientations qu'il entend privilégier et qui influent forcément sur l'activité des partenaires**. En ce sens, a été formulée la proposition de réunir, de manière périodique, les partenaires et les décideurs du Conseil général, afin de faire le point sur les projets et les attentes du Conseil général, et sur l'action des partenaires. L'Observatoire Départemental de la Protection l'Enfance, dont la loi

du 5 mars 2007 préconise l'organisation dans chaque département, pourrait ici servir de levier, notamment dans le cadre du « suivi de la mise en œuvre du schéma départemental », qui fait partie de ses attributions.

Concernant la mise en œuvre des actions de protection, **les participants ont souhaité renforcer les différentes instances collaboratives existantes**. Les commissions enfance, qui réunissent en MDS tous les acteurs intéressés par la situation d'un enfant, ont été évoquées. Les participants ont souligné l'intérêt de cette instance pour consolider les partenariats, qu'il conviendrait de développer en favorisant la présence des partenaires. Le groupe – bien qu'il ait mentionné l'exemple de commissions dédiées aux cas les plus lourds – n'a pas souhaité créer de nouvelles instances, l'objectif étant de s'appuyer plutôt sur l'existant.

**Orientation n°22 : comme préalable, améliorer l'interconnaissance entre les différents acteurs et l'information sur les compétences de chacun**

**Orientation n°23 : accroître la visibilité des partenaires quant à la stratégie du Conseil général, c'est-à-dire les orientations qu'il entend privilégier et qui influent forcément sur l'activité des partenaires**

**Orientation n°24 : renforcer les différentes instances collaboratives existantes**

## ***Observatoire de l'enfance, suivi et pilotage de la politique de l'enfance***

Ce groupe était très spécifique, dans la mesure où la législation précise clairement les finalités et les missions d'un Observatoire départemental. Il s'agissait principalement de travailler sur les modalités de mise en œuvre de cet outil, et de sonder les participants sur la manière dont ils envisageaient le périmètre d'intervention de l'Observatoire.

La première orientation proposée par le groupe reflète le choix **d'une vision extensive et ambitieuse des finalités assignées à l'Observatoire par la loi du 5 mars 2007.**

Placé sous l'autorité du Président du Conseil Général, l'observatoire de l'enfance serait composé de :

- Conseillers Généraux
- Représentants de l'Etat : DDPJJ, Inspection d'académie, DDASS
- Représentant de l'Autorité Judiciaire : Juge des enfants
- Représentants des services départementaux de l'Enfance
- Représentants des services et structures sociales et médicosociales impliquées dans le champ de la prévention et de la protection de l'enfance (prévention spécialisées, MECS, ...)
- Représentants du secteur de psychiatrie infanto juvénile
- Représentant des structures d'accueil enfance jeunesse
- Représentants des parents (parents d'élèves, d'usagers impliqués dans certaines institutions spécialisées, de parents impliqués dans les REAAP)

Les missions définies par la loi ont été reprises et complétées. Ainsi l'Observatoire, outre ses missions de recueil et d'analyse des données, de suivi et d'appréciation des politiques mises en œuvre, pourrait également contribuer à diffuser une information homogène sur l'ensemble du territoire en matière de prévention et de protection de l'enfance.

La deuxième orientation concerne les activités et les modalités d'animation de l'observatoire. Le groupe a souligné la **nécessité d'une organisation administrative, technique et logistique bien structurée.**

En terme d'activité, l'Observatoire pourrait ainsi se traduire par :

- la transmission des données relatives à l'enfance en danger telle que prévue par la loi ;
- la réalisation d'un rapport annuel qui reprenne l'ensemble des travaux, réflexions et analyses conduits durant l'année.

Ce rapport aurait vocation à être diffusé très largement, notamment pour accompagner techniquement les acteurs locaux, directs ou associés, de la prévention et de la protection de l'enfance (collectivités, associations, structures...). Le rapport doit contribuer au développement d'une culture locale de la prévention et de la protection de l'enfance.

S'agissant de la question du recueil des données, une phase préalable serait de définir précisément la nature des phénomènes à observer, puis de mettre à plat les données disponibles auprès des différents partenaires, et enfin d'identifier les moyens déjà mobilisés en matière de recueil et de traitement des données par les différents partenaires. Il sera ainsi possible de dégager des pistes de mutualisation des moyens d'analyse, et éventuellement de réorientation des travaux de chacun.

En termes d'animation, l'activité de l'Observatoire pourrait être rythmée autour de deux réunions plénières annuelles, l'une pour la définition des orientations et l'autre pour la validation du rapport. Dans l'intervalle, des groupes de travail thématiques pourront être animés. L'Observatoire assumerait donc le rôle de « comité de suivi » du schéma. D'autres groupes spécifiques auront également vocation à être animés, notamment pour la question du traitement des données et la conduite de réflexions thématiques (sur les signes avant coureurs de difficultés familiales, sur l'impact de la posture institutionnelle sur le comportement de l'enfant...).

**Orientation n°25 : adopter une vision extensive et ambitieuse des finalités assignées à l'Observatoire départemental par la loi du 5 mars 2007**

**Orientation n°26 : établir une feuille de route, en termes d'activité et d'organisation, pour l'Observatoire**

# Annexes





## Annexe 1 : Restitution de l'enquête Usagers

- **Les conditions de vie en établissement**

De manière générale, les **conditions matérielles de vie en établissement sont perçues comme satisfaisantes par les jeunes.**

Certains établissements prévoient des espaces de discussion afin d'évoquer les temps marquants de la vie commune. Des réunions sont par exemple organisées dans certains établissements pour décider des activités organisées le week-end. Les jeunes apprécient cette opportunité et prennent part à la décision collective. « *Tous les 3 ou 4 mois, on se réunit pour changer le règlement* » ; « *Chaque semaine on se réunit en groupe pour discuter des règles* ». Ces temps sont **appréciés par les jeunes, qui peuvent revenir sur les conditions de leur accueil et présenter des projets de sortie.**

**La vie en collectivité et les adaptations de comportement qu'elle suppose est vécue comme la principale difficulté par les jeunes.** Dans certains cas, les jeunes regrettent que les personnes se montrant violentes ne soient pas contenues.

**Les fugues, parfois fréquentes, semblent être utilisées par les jeunes comme un moyen de contestation de leur placement,** ou de leurs conditions d'accueil. Bien que parfaitement conscients des effets négatifs de la fugue sur l'appréciation de leur dossier, ils ne s'interdisent pas d'y recourir. Les jeunes ayant eu des expériences en famille d'accueil soulignent que ce phénomène est plutôt propre aux établissements : « *Je n'aurais jamais fugué dans ma famille d'accueil. Ici, les gens de l'entourage influent beaucoup sur mon comportement* ».

- **L'entrée dans l'établissement**

**Le temps de l'arrivée dans l'établissement est fondamental pour les jeunes,** qui sont alors dans une posture « attentiste ». Ils sont sensibles à la présentation d'un éducateur référent, à la visite des lieux et à la présentation des personnes présentes.

En revanche, les jeunes, bien que se doutant des facteurs à l'origine du placement, **regrettent que des explications ne leur soient pas données plus tôt** : « *J'aurais aimé*

*avoir des explications dès le départ. On ne dit pas les choses pour ne pas perturber la scolarité, mais de toutes les façons, notre vie change, on est perturbés ».*

Les points négatifs suivants ont été soulignés :

- **L'entrée dans l'établissement est marquée par la rupture des liens avec l'environnement d'origine** (contacts sociaux et activités). Les jeunes ne savent pas toujours de quelle manière occuper leur temps libre, d'autant plus lorsque peu d'activités leur sont proposées.
- Les conditions d'accueil alterné (séquentiel) sont jugées intéressantes par les jeunes, qui s'interrogent sur la faisabilité d'une telle prise en charge du fait de leur éloignement géographique.
- Les jeunes éprouvent des difficultés à faire le lien entre la sortie de l'établissement (qu'ils désirent) et la modification de leur comportement ou de leurs rapports avec leur famille. Ils souffrent du fait que le moment de leur sortie ne soit ni fixé dans le temps, ni conditionné à la réalisation d'un objectif. *« On ne m'a rien dit sur la durée du placement, on me disait : t'inquiètes, ça ne sera que 6 mois... Et après, ça se prolonge ».*
- **Lorsque la prise en charge se fait en urgence, les conditions de préparation sont précaires voire inexistantes.** Le jeune se situe donc dans une situation de méfiance vis-à-vis des personnes qui le prennent en charge.

- **Le maintien du lien familial**

**Le temps de visite est considéré comme fondamental dans une logique de maintien du lien familial.** A titre d'exemple, c'est l'occasion pour les jeunes de montrer leur lieu d'hébergement et plus largement d'informer leurs parents sur les modalités de prise en charge. *« Comme ça, mon père s'inquiète moins quand je suis ici. »*

Lorsque les jeunes ont des frères et sœurs placés, il est rare que ces derniers se trouvent dans le même établissement (cf supra). **Cela entraîne une distorsion des liens de la fratrie, ce qui est souvent mal vécu par les jeunes rencontrés,** qui souhaitent garder des contacts avec leurs frères et sœurs. Dans l'ensemble, les jeunes dont les frères et sœurs sont placés, et dont les parents n'ont pas le droit d'hébergement, semblent avoir des contacts très occasionnels avec leurs frères et sœurs.

- **La perception du rôle des acteurs**

Lors des entretiens, les jeunes **reconnaissent l'utilité du rôle de référent** de l'établissement : à la fois confident, conseil, il est le plus à même à objectiver les progrès, difficultés ou régressions du jeune dans son environnement quotidien. Beaucoup le désignent comme l'acteur clé de leur parcours institutionnel.

De plus, tous les enfants savent qu'un psychologue est à leur disposition, même s'ils n'admettent que rarement l'utilité du travail effectué avec lui. Les jeunes majeurs sont plus prompts à engager un travail avec le psychologue.

Enfin, **le référent ASE** des jeunes (en charge, notamment, de garantir la cohérence des parcours) **est de manière générale bien identifié**. Il en est de même pour les jeunes disposant d'un référent PJJ.

**L'audience devant le juge constitue un temps fort du parcours des jeunes.** Lorsque les jeunes l'abordent de façon passive, ils subissent la décision du juge, à laquelle ils accordent toute sa dimension autoritaire. **Lorsqu'ils se préparent de façon plus active, l'audience agit comme une échéance à laquelle le jeune pourra faire valoir ses progrès, et la réalisation de certains de ses objectifs.**

En revanche, **les enfants ont le sentiment d'être étrangers à leur prise en charge.** En n'ayant que peu d'informations à propos de leur dossier, ils estiment que les décideurs « *parlent dans notre dos, pour décider de notre avenir sans nous* ». Les jeunes, après être restés dans un établissement pendant plusieurs mois, semblent ne pas avoir d'idées claires quand à leur sortie du dispositif (à l'exception notable de Bois Charente, où le diplôme est vu comme une échéance nécessitant une autonomie).

- **L'autonomisation du jeune**

- *L'appréhension de la prise en charge*

A l'exception notable des jeunes majeurs et des jeunes qui sont à l'origine de leur propre placement, il est apparu que **l'autonomie du jeune dépend largement des activités que ce dernier a l'opportunité d'entreprendre dans le cadre de sa prise en charge.** Un jeune ne disposant pas de formation, ou ne pratiquant aucune activité sportive ou éducative ne parvient pas à formuler quelles seraient les conditions de son autonomie. A la question « que ferais-tu si tu n'étais pas pris en charge dans cet établissement ? », ils répondent : « *je ne*

*sais pas* ». **S'ils se sentent autonomes, les jeunes ne se considèrent pas pour autant maîtres de leur propre parcours.** Ils estiment que les personnes ayant un pouvoir d'orientation sur leur trajectoire sont : leur référent, le juge et plus rarement, eux-mêmes ou leurs parents.

- *Vision de l'avenir*

**Les jeunes dont le placement s'inscrit dans un projet plus largement défini de formation ou d'insertion professionnelle formulent clairement leurs ambitions à court, moyen et long termes.** A court terme : le jeune s'investit dans sa formation afin d'obtenir un diplôme. A moyen terme : le jeune envisage sa sortie d'établissement dans des conditions d'autonomie clairement identifiées (« *J'aurai un travail, un appart'...* »). A long terme : le jeune se projette dans des conditions de vie normalisées. Ces jeunes identifient plus précisément que les autres jeunes les rôles attribués aux différents professionnels avec lesquels ils sont en contact.

Au contraire, **certains jeunes ne parviennent pas à identifier par quels biais ils pourraient se (ré)insérer scolairement, socialement ou professionnellement ;** « *Ici, je ne fais rien de la journée, j'ai pas envie de faire du sport ou d'autres trucs.* » Ils ne trouvent et/ou ne saisissent pas d'appui éducatif.

Enfin, la signature d'un contrat jeune majeur suscite de nombreuses inquiétudes et questionnements chez le jeune, très en attente d'un encadrement solide à ce moment de leur prise en charge.

## Annexe 2 : Tableau synthétique des orientations

Orientation n°1	<b><i>Adopter une logique universelle, c'est-à-dire un système ouvert à l'ensemble des familles (et non pas un fonctionnement ciblé sur les parents les plus fragiles)</i></b>
Orientation n°2	<b><i>Assurer une connexion entre le dispositif de soutien à la parentalité, qui inclue une multitude d'acteurs (dont le Conseil général) et le dispositif de protection de l'enfance (pilote par le Conseil général)</i></b>
Orientation n°3	<b><i>Concernant le soutien à la parentalité, mettre en place une organisation « pragmatique », s'efforçant de concilier un objectif de cohérence départementale et une recherche de souplesse dans l'élaboration et la mise en œuvre des projets</i></b>
Orientation n°4	<b><i>Développer l'autonomie des parents et la relativisation des difficultés, plutôt que la mise en exergue de « techniques » et de « savoir-faire » éducatifs</i></b>
Orientation n°5	<b><i>Travailler selon une logique universelle en matière de prévention périnatale, avec une prise en charge renforcée pour les profils fragiles</i></b>
Orientation n°6	<b><i>Développer des partenariats autour de la naissance, au sein du Conseil général, et avec les partenaires extérieurs</i></b>
Orientation n°7	<b><i>Inclure les pré-adolescents dans le périmètre d'intervention</i></b>

Orientation n°8	<b><i>Préciser le périmètre et les composantes du système actuel de prévention</i></b>
Orientation n°9	<b><i>Explorer des approches nouvelles afin de mieux mettre en contact l'offre de prévention et son public.</i></b>
Orientation n°10	<b><i>Améliorer le pilotage et le suivi du dispositif de prévention à l'attention des adolescents</i></b>
Orientation n°11	<b><i>Rechercher l'adhésion et l'implication de la famille, qui doit constituer le socle des interventions à domicile dans le cadre « non contraint » (AED, TISF...) mais également dans le cadre d'AEMO (prescrites par le juge)</i></b>
Orientation n°12	<b><i>Améliorer les modalités de mise en œuvre des actions à domicile, en termes d'objectifs, de contenu des mesures, et de pilotage</i></b>
Orientation n°13	<b><i>Recenser les différentes solutions innovantes</i></b>
Orientation n°14	<b><i>Elaborer une véritable « ingénierie » de l'accueil séquentiel</i></b>
Orientation n°15	<b><i>Impliquer les enfants et les familles dans le cadre d'un accueil séquentiel</i></b>
Orientation n°16	<b><i>Organiser une prise en charge globale et concertée</i></b>

Orientation n°17	<b><i>Répondre aux besoins d'accompagnements des professionnels</i></b>
Orientation n°18	<b><i>Renforcer l'interconnaissance et l'adhésion des parties-prenantes de l'accueil des profils difficiles</i></b>
Orientation n°19	<b><i>Formaliser le réseau des acteurs impliqués dans l'accueil des profils difficiles</i></b>
Orientation n°20	<b><i>Fonder le partenariat sur les principes de complémentarité (chaque acteur doit être pleinement reconnu dans le rôle qui est le sien), de transversalité et de cohérence</i></b>
Orientation n°21	<b><i>Mettre en place des instances de coordination et de communication au niveau local</i></b>
Orientation n°22	<b><i>Comme préalable, améliorer l'interconnaissance entre les différents acteurs et l'information sur les compétences de chacun</i></b>
Orientation n°23	<b><i>Accroître la visibilité des partenaires quant à la stratégie du Conseil général, c'est-à-dire les orientations qu'il entend privilégier et qui influent forcément sur l'activité des partenaires</i></b>
Orientation n°24	<b><i>Renforcer les différentes instances collaboratrices existantes</i></b>
Orientation n°25	<b><i>Adopter une vision extensive et ambitieuse des finalités assignées à l'Observatoire départemental par la loi du 5 mars 2007</i></b>
Orientation n°26	<b><i>Etablir une feuille de route, en termes d'activité et d'organisation, pour l'Observatoire</i></b>

## **Annexe 3 : Liste des participants aux groupes de travail**

### Accueil séquentiel, solutions alternatives et innovantes

- M. Jean-Louis AUTIN, Educateur spécialisé CG 16
- Mme Josette BALANCAN, Educatrice Spécialisée CG 16
- Mme Josiane BAUSSANT, Responsable MDS CG 16
- Mme Monique CHAMOULEAUD, Assistante familiale
- Mme Murielle CLERJAUD, Educatrice spécialisée CG 16
- Mme Elisabeth CORNIER, Praticien hospitalier CHCC
- Mme Elisabeth DAAS, Assistante familiale CG 16
- M. Gerald DEZILEAU, Directeur ADPEP 16
- Mme Dominique DORFIN, Assistante sociale CG 16
- Mme Maryline DUFAUD, Assistante familiale CG 16
- Mme Dominique GAMELIN, Educatrice spécialisée CG 16
- Mme Diane GENER, Chef de service – Centre Jeanne d’Arc
- Mme Christine GRANET, Animatrice action générale - UDAF
- Mme Chantal GREGOIRE, Assistante familiale CG 16
- Mme Chantal JAYAT, Assistante familiale CG 16
- M. Patrice KOSMIKI, Chef de service Foyer éducatif de Ruffec
- Mme Joëlle LABORDERIE, Assistante sociale CG 16
- Mme Valérie LACOTTE, Assistante familiale CG 16
- Mme Mireille LAFONT, Assistante familiale CG 16
- Mme Jacqueline MACE, Directrice IME Les Rochers
- M. Alain MACINIERAS, Psychologue CG 16
- M. Jean-Luc MALIVERT, Professeur technique DDPJJ
- M. Vincent MALNOU, Assistant social CG 16
- Mme Elisabeth PENICAUD, Assistante sociale MSA
- M. Guy PENISSON, Directeur ISEP Tous Vents
- Mme Annie PERRODEAU, Assistante familiale CG 16
- Mme Delphine PIAUTON, Cadre ASE CG 16
- Mme Joëlle PILOT, Assistante familiale CG 16
- Mme Pascale PORTEAU, Responsable MDS CG 16
- Mme Agnès REMOND, Assistante sociale CG 16
- M. Bruno REMOND, Directeur Action Sociale Territoriale CG 16
- M. Alexander RICCO, Directeur adjoint ADMR
- Mme Guida RODRIGUES, Educatrice spécialisée CG 16
- Mme Michelle RODRIGUEZ, Assistante familiale CG 16
- Mme Marie-Hélène SIMON, Psychologue ISEP Tous Vents
- Mme Marie-Thérèse VIGNAUD, Educatrice spécialisée CG 16

### Interventions préventives de la PMI et périnatalité

- Mme le Dr Catherine AUBERT, Praticien Hospitalier – Espace WINNICOTT
- Mme Chantal BALLEET, Assistante familiale CG 16
- Mme Patricia BENOIT, Assistante familiale CG 16
- Mme Françoise BERNAT, Pédiatre -CAMSP
- Mme Alexe BOURINET, Infirmière PMI CG 16
- Mme Carine CONDEMINE, Animatrice PMI CG 16

- Mme le Dr Myriam DEKKER, Directrice Prévention médico sociale CG 16
- Mme le Dr Marie-Catherine DELAUNAY, Médecin PMI CG 16
- Mme Fanta DIALLO, Responsable MDS CG 16
- Mme Sandra DUCASSE, Puéricultrice CG 16
- Mme Sophia DUPUIS, Assistante sociale CG 16
- Mme le Docteur Catherine DUQUEROY, Médecin PMI CG 16
- Mme Marie-Pierre FARGE-POINT, Secrétaire générale CFDT/CG
- Mme Florence GULLMAN, Puéricultrice CG 16
- Mme Leila HASSON, Psychologue CHCC
- Mme Florence LASSOUDIÈRE, Sage Femme CG 16
- Mme Gaëlle LEROUX, Educatrice ASERC
- Mme Virginie LETURCQ, Psychologue CG 16
- Mme Séverine LEYSSEYNE, Educatrice spécialisée INTERVALLE
- Mme Bernadette LOHUES, Sage Femme CG 16
- M. Daniel MORAN, Psychologue CG 16
- Mme Blandine NARCHI, Sage Femme CG 16
- Mme Jeannie OLIVRE, Responsable de Pôle enfance CG 16
- M. Damien PAGEAUD, Centre Social Les Alliers
- Mme Marie-Hélène PAILLERES, Assistante familiale CG 16
- Mme le Docteur Anne Véronique PORTET, Médecin PMI CG 16
- Mme Isabelle RABILLER, Puéricultrice CG 16
- Mme Lucile RAULT, Puéricultrice CG 16
- Mme Pascale RICHARD, Puéricultrice CG 16
- Mme Stéphanie SAINT-GEOURS, Puéricultrice CG 16
- Mme Véronique SUIRE, Puéricultrice CG 16
- Mme Elisabeth TOUGERON, Assistante familiale CG 16
- Mme Joëlle VIDAL, Responsable de service ADMR

#### La coopération entre le CG et les établissements d'accueil

- M. Francis ANDRZEJEWSKI, Cadre de santé MIKADO
- M. Patrick BATUT, Educateur Le Pointeau
- Mme Marie-Claude BREFFY, Responsable Pôle Enfance CG 16
- M. Jean-Paul CAILLETEAU, Responsable MDS CG 16
- Mme Bernadette CAMUS, Responsable MDS CG 16
- Mme Dominique CHANUDET, DDPJJ
- M. Jean-Pierre CHARVET, Directeur APEC
- M. Roger CHASTEL, Directeur IME « Marc Signac » Montmoreau
- Mme Céline CHATAIGNIER, Educatrice CDELC
- M. Alain CHAUVEAUD, Directeur IME Sireuil
- M. Pierre DEFORGE, Directeur adjoint à la DGA de la solidarité CG 16
- M. Bernard DUPEUX, Directeur Foyer éducatif de Ruffec
- M. Thierry DUSSEL, Cadre socio éducatif IRPP Douzat
- M. Jackie FLAUD, Directeur Club MARPEN
- M. Pierre FOUGERET, Psychologue ISEP Tous Vents
- Mme Marie-Claude LANN, Administratrice ADPEP 16
- Mme Virginie LAPOUGE, Conseillère AFUS 16
- M. Bruno LAURENT, Directeur Logis de Fissac
- Mme Marie-Line LONGUECHAUD, Psychologue CG 16
- M. René MAILLARD, Directeur de la protection de l'enfance CG 16
- Mme Marie-Claire MARAZANO, Chef de service ISEP Tous Vents

- M. Pascal MARCHAND, Adjoint au directeur FJT Pierre SEMARD
- Mme Catherine MARET, Directrice adjointe ISEP Tous Vents
- M. Luc MARTEAU, Directeur IRPP Douzat
- M. Jean MOITEAUX, Directeur FJT Taillefer
- Mme Larissa MONTEIRO, Educatrice spécialisée CG 16
- M. Jean-Luc MOSNA, Psychologue CG 16
- Mme Isabelle NERAULT, CCAS Angoulême
- Mme Karine NICOLAS, Assistante sociale CG 16
- Mme Christelle PICHELIN, Psychologue MECS Saint Fraigne
- Mme Esther PIGEULT, Responsable Pôle Enfance CG 16
- M. Thierry PITAUD, Directeur Manoir Bois Charente
- M. Gérard SANCHEZ, Directeur Pôle Enfance ADAPEI
- M. Jean-Marc THOMAS, Directeur Handicap Dépendance CG 16
- M. Gérard VINET, Chef de service éducatif Le Pointeau

#### La gouvernance de la politique famille – enfance

- M. Pouria AMIRSHAHI, Responsable MDS CG 16
- M. Dominique AUPY, Educateur spécialisé CDEL
- Mme Sylvie BARRE, Chef de service ISEP Tous Vents
- Mme Valérie BARTHELEMY, Assistante sociale CG 16
- Mme le Docteur Brigitte BLANC, Médecin de PMI CG 16
- Mme Monique BONCENNE, Vice Présidente ADOM 16
- Mme Isabelle DELAGE, Directrice générale adjointe de la solidarité CG 16
- Mme Maryse DELIBIE, Directrice CDEL
- Mme Céline DESMAISON, Psychologue CG 16
- Mme le Docteur Nathalie DEVOUGE, Médecin PMI CG 16
- Mme Fanta DIALLO, Responsable MDS CG 16
- M. Jean GATEAU, Secrétaire général APLB
- M. Robert JABOUILLE, Président ADPEP 16
- M. François JAUBERT, Vice Président APEC
- M. Christian JORGENSEN, Responsable MDS CG 16
- M. Jean-Marie LAURENT, Président APLB
- Mme Ginette LE MASNE, Directrice adjointe UDAF
- Mme Béatrice LEMONNIER DUBUISSON, Psychologue ISEP Tous Vents
- M. René MAILLARD, Directeur Protection de l'Enfance CG 16
- M. Frédéric MOREAU, Directeur CSCS Chalais
- M. Georges MORMIN, Psychologue CHCC
- Mme Christel PAUTIGNY, CDEL
- Mme le Docteur Catherine PETIT, Médecin de PMI CG 16
- M. Marc PLATEVOET, Directeur adjoint ISEP Tous Vents
- M. Francis POT, Directeur UDAF
- M. Bruno REMOND, Directeur AST
- Mme Christine SANCHEZ-AUBERTIN, Responsable Pôle Enfance
- Mme Anne-Marie SARABEN, CESF CG 16
- Mme Stéphanie SOIRAT, Responsable Pôle Enfance
- M. Jean-Luc TENANT, Président APEC
- M. Jean-Paul VIDEAU, Directeur Le Pointeau
- Mme Odile VILLEGGER, Assistante familiale

### L'accueil des jeunes à profils difficiles

- Mme Monique AUBIN-GOUËSET, Responsable Pôle enfance CG 16
- Mme Florence AUDIBERT, Puéricultrice CG 16
- Mme Soraya BACCOUCHE, Psychologue ISEP Tous Vents
- M. Eric BERTHOMME, Psychologue IME Sireuil
- Mme Sylvie BEZIAN, Assistante sociale CG 16
- Mme Cécile BIROCHEAU, Assistante sociale CG 16
- Mme Geneviève BLANCHER, Educatrice spécialisée CG 16
- Mme Lydie BOULLESTIN, Assistante familiale CG 16
- Mme Christine CAMAILLE, Psychiatre MIKADO
- M. Serge CANTEAU, Educateur spécialisé APSA
- M. Laurence CASTRO, Assistante familiale CG 16
- Mme Carole COUSSON, Assistante familiale CG 16
- M. Laurent COUSSY, Chef de service IME « Marc Signac »
- Mme Valérie DA SILVA, Assistante sociale CG 16
- M. Thierry DEJAMEAU, Assistant familial CG 16
- M. le Docteur Philippe FICHEUX, Docteur CHCC
- Mme Michèle FOUCHER, Assistante familiale CG 16
- Mme Anne Marie GAUDIN, Association enfance famille adoption
- M. Michel HACHE, Directeur adjoint AST CG 16
- Mme Véronique JEAN, Educatrice spécialisée CG 16
- Mme Claudine JOLY, Assistante familiale CG 16
- Mme Claire JOUFFRIAULT, Psychologue CG 16
- Mme Cécile JULLIEN, Conseillère ESF AGVRC
- Mme Chantal LAPOUGE, Assistante familiale CG 16
- M. Serge LEBRETON, Directeur AGVRC
- Mme Céline LEMERCIER, Directrice FAE PJJ
- M. René MAILLARD, Directeur de la protection de l'enfance CG 16
- Mme Dominique MANG, Assistante familiale CG 16
- Mme Nicole MERIGNAC, Assistante familiale CG 16
- Mme Dominique MESNIER, Assistante familiale CG 16
- Mme Marie-Pierre MORELET, Assistante familiale CG 16
- Mme Françoise PETIT, Directrice adjointe ADAPEI
- Mme Catherine RENAULT, Assistante familiale CG 16
- Mme Christine ROSSET, Educatrice spécialisée CG 16
- M. Christian SAUTS, Responsable Le Grand Breuil
- M. Jean-Claude VERGNAUD, Vice Président ADPEP 16
- Mme Ghislaine ZIDANE, Assistante sociale CG 16

### Le soutien à la parentalité

- Mme Céline AUGER, Psychologue CDELC
- Mme Clarisse AYEM, Assistante sociale CG 16
- Mme Michèle AYRAUD, Chef de service INTERVALLE
- Mme Nathalie BALESTRAT, Chef de service UDAF
- M. Michel BASTARD, psychologue CG 16
- Mme Coline BERNARD, Stagiaire AS CG 16
- M. Carole BODET, Coordinatrice réussite éducation CCAS
- Mme Céline BRIGAUD, Assistante sociale CAMSP
- Mme Marion BROCHARD, Assistante sociale CG 16
- Mme Nadine BURGAUD, Chef de service CAMSP

- Mme Nathalie CHAPUZET BEAU, Educatrice spécialisée CDEL
- Mme Corinne CHARPENTIER, Educatrice ASERC
- Mme Marcienne DALOUX, Médiatrice familiale UDAF
- Mme Françoise DAVID, Conseiller socio éducatif CDEL
- Mme Marie Christine DEVERNAY, Conseillère technique départementale enfance et parentalité – CAF
- Mme le Dr Nathalie DEVOUGE, Directrice adjointe PMS CG 16
- Mme Mylène DUSSUBIEUX, Référente famille CS chemin du hérisson
- Mme Monique ESTEFFE, Assistante familiale
- Mme Delphine GAULT, Educatrice jeune enfant CG 16
- M. Eric GAUVIN, Directeur CHRS – CSCS Gde Garenne
- M. Jacques GUILLE, Assistant social CG 16
- M. Christian JORGENSEN, Responsable MDS CG 16
- Mme Béatrice JOURDE, Conseillère territoriale- CAF
- Mme Cécile JULLIEN, Conseillère ESF AGVRC
- Mme Christine LAFRAGETTE, Responsable Pôle Enfance CG 16
- Mme Béatrice LEHOUX, Conseillère technique service social - IA
- Mme Céline LEUDIERE, Responsable Pôle Social CSCS Louis Aragon
- Mme Brigitte MARMIER DUBOIS, Cohésion sociale et développement local Préfecture
- M. Jean-François MOUILLAC, Educateur ASERC
- Mme Roselyne PICKER, Conseillère technique DDASS
- Mme Pascale PORTEAU, Responsable MDS CG 16
- Mme Florence POULAIN, Educatrice spécialisée CG 16
- M. Luc RENARD, Educateur ASERC
- M. Georges REY, CSE MECS la Grand'Ouche
- Mme Cécile ROHON, Assistante sociale CG 16
- Mme Marylène ROUVREAU, Psychologue INTERVALLE
- Mme Marie ROBERT, Psychologue CDEL
- Mme Martine ROBIER, Monitrice éducatrice CDEL

#### Les actions de prévention auprès des adolescents

- Mme le Docteur Florence BACHELIER FABARON, Médecin PMI CG 16
- Mme Martine BANLIAT, Assistante familiale CG 16
- Mme Sophie BEAUVAIS, Assistante sociale CG 16
- Mme le Docteur Corinne BENOIT, Psychiatre MIKADO
- Mme Monique BODIN, Assistante familiale CG 16
- M. Essaïd BOUKARTA, Educateur spécialisé APSA
- Mme Sandrine BRISARD, Animatrice chemin du hérisson
- Mme Nicole CHAMOULAUD, Assistante socio éducatif CG 16
- Mme Paulette CHAUVET, Assistante familiale CG 16
- Mme Liliane COSSET, Assistante familiale CG 16
- Mme Véronique CREPEL, Educatrice spécialisée CG 16
- Mme Joëlle DISSIRIER, Assistante familiale CG 16
- M. François DOURY, Directeur CSCS Basseau
- Mme Karine DUPLÉ, Educatrice ASERC
- Mme Marie-Lyse ELLIOTT, Conseillère jeunesse DDJS
- Mme Claudine FEVRIER, Administratrice UDAF
- Mme Virginie GALAN, Animatrice PMI
- Mme Emmanuelle GUEGAN, Assistante sociale CG 16

- Mme Raymonde HADJ BOAZA, Educatrice spécialisée CDELC
- Mme Corine HALLIER, Educatrice spécialisée CG 16
- Mme Véronique HUBERT, Conseillère socio éducatif CDELC
- M. Michel JEAUX, Chef de service ISEP Tous Vents
- Mme Pierrette LAVOUE, Assistante familiale CG 16
- M. Jean-Pierre LONGUEVILLE, Educateur spécialisé CG 16
- M. Jean-Claude MENARD, Directeur CSCS/MJC Louis Aragon
- Mme Isabelle MOREAU, Directrice Droits des femmes et des familles
- Mme Marie-Françoise MOUSNIER, Assistante familiale CG 16
- Mme Dominique PELLETIER, Assistante familiale CG 16
- Mme le Docteur Nicole PENARD, Pédopsychiatre MIKADO
- Mme Thérèse PILLET, Conseillère territoriale-CAF
- M. Bruno REMOND, Directeur AST CG 16
- M. Gérard ROBIN, Directeur CSCS Angoulême
- Mme Stéphanie SOIRAT, Responsable Pôle enfance CG 16
- M. Michel VAUDON, Centre social Les Alliers
- Mme Sylvie VIGNERON, Assistante familiale

#### Les actions éducatives à domicile

- Mme Viviane AUBOUIN, Directrice ADOM 16
- Mme Céline BESSONNAT, Puéricultrice CG 16
- Mme Isabelle BOISSIERE, Assistante sociale CG 16
- M. Eric BONNET, Assistant sociale CG 16
- Mme Elsa BONNIN, Educatrice spécialisée CG 16
- Mme Dominique BOSSUET, Assistante sociale CG 16
- Mme Anne CARDINAL, Responsable MDS CG 16
- Mme Evelyne CHINOUR, Chef de service SEJD CG 16
- Mme Sandra DA SILVA, Assistante sociale CG 16
- Mme Céline DE CONTET, Educatrice jeune enfant CG 16
- Mme Elisabeth DEMONTOUX, Educatrice spécialisée CG 16
- M. Jean-Louis DUFFAU, Conseiller socio éducatif UEMO Cognac
- Mme Marguerite DURIEUX, Educatrice spécialisée CG 16
- Mme Christelle GEDON, Animatrice PMI CG 16
- Mme Monique GOBIN, Assistante sociale CG 16
- M. Patrick GUEGAN, Directeur ADMR
- Mme Aline GUIBERT, Educatrice spécialisée ADMR
- M. Michel HACHE, Directeur adjoint AST CG 16
- M. Patrick JURY, Pédopsychiatre CHCC
- Mme Karine KAPPERMAN, Educatrice AGVRC
- Mme Marie LAIDIN, Psychomotricienne HICMP PIJ2
- Mme Fabienne METAYER, Assistante familiale CG 16
- Mme Sophie MONNET, Educatrice spécialisée CG 16
- M. Alain MORANGE, Directeur CAE
- M. Jacques MOUSNIER, Président APIDE
- Mme Sylvie NOJAC, Sage femme CG 16
- Mme Jeanie OLIVRE, Responsable Pôle Enfance CG 16
- M. Alain PARVERY, Educateur spécialisé CG 16
- Mme Esther PIGEALULT, Responsable Pôle enfance
- Mme Evelyne PREVAUD, Assistante sociale CG 16
- Mme Viviane SANNICOLAS, Assistante sociale CG 16

- Mme Claire THIBAUET, Psychologue ISEP Tous Vents
- Mme Christine TURGNE, Educatrice spécialisée CG 16
- Mme Marie-France WILLAUMEZ, Présidente ADMR

#### Observatoire de l'enfance

- Mme Fabienne AMIAUD, Psychologue CG 16
- M. Gilles AYRAUD, Directeur APSA
- Mme Brigitte BERNARD, Conseillère technique service social - IA
- Mme Marie-France BRIED, Psychologue - Psychanalyste
- M. Gérard CAMPION, Assistant familial
- M. Roger CHOUIN, Directeur Départemental PJJ
- M. Sébastien DARTAI, Inspecteur DDJS
- M. Bernard DESVILLES, Responsable Pôle Enfance CG 16
- Mme Marie Christine DEVERNAY, Conseillère technique départementale enfance et parentalité - CAF
- Mme Marie DUPONT, Déléguée aux droits des femmes - Préfecture
- Mme Véronique DURAND, Coordinatrice ACEPP 16
- Mme Catherine FERLAND, Educatrice spécialisée CG 16
- Mme le Docteur Myriam FLEURY-DEKKER, Directrice PMS CG 16
- Mme Marie-Noëlle GARNIER, Educatrice spécialisée CG 16
- Mme Nathalie GOMET, Assistante familiale CG 16
- M. Michel GREGOIRE, Assistant familial CG 16
- Mme Laurence GUYADER, Assistante sociale CG 16
- M. Arnaud JODIER, Psychologue Foyer éducatif de Ruffec
- Mme Agnès LAIDET, Assistante sociale CG 16
- Mme Thiphaine LEON-DUMORTIER, Substitut du procureur chargée des mineurs
- Mme Monique LESPORT, Assistante familiale CG 16
- M. Christian METAIS, Président ADOM 16
- Mme Martine MICHAUD, Responsable MDS CG 16
- M. Pascal MONDY, Chef de service ASE CG 16
- Mme Sylvie POMMIER, Assistante familiale CG 16
- Mme Helyette RAMNOUX, Assistante familiale CG 16
- M. RAYNE, Educateur sportif CDELC
- Mme Marilyne RICHEBOEUF, Infirmière puéricultrice CG 16
- Mr Pascal RIVAS, Cadre territorial- CAF
- M. Gérald ROGER, Directeur AFUS 16
- Mme Christine VIMPERE, Référente enfance famille MSA
- Mme Agnès TASTET, Animatrice CDELC

## **Annexe 4 : Liste des institutions et associations**

### **partenaires**

- ACEPP 16 (Association des Collectifs Enfants Parents Professionels de la Charente)
- ADAPEI
- ADMR
- ADOM 16
- ADPEP 16 (MECS « La Grand'Ouche »)
- AGVNC (Centre social Le chemin du hérisson)
- AGVRC
- APEC (Le Pointeau, Intervalle)
- APIDE
- APSA
- ASERC
- Association enfance famille adoption
- Association Père LE BIDEAU (Foyer éducatif St Joseph, ISEP Tous Vents, Logis de Fissac)
- CAMSP
- CCAS d'Angoulême
- Centre d'information sur le droit des femmes et des familles
- Centre Hospitalier Camille CLAUDEL
- Centre Hospitalier de Girac (MIKADO, Espace WINNICOTT)
- Centre social Les Alliers
- Club MARPEN
- DDASS
- DDJS
- DDPJJ
- Education Nationale
- Fédération des Acteurs de l'Urgence Sociale en Charente (AFUS 16)
- Fédération des CSCS (CSCS Chalais,
- FJT « Pierre SEMARD »
- FJT Taillefer
- Fondation DEGORCE FORT (Centre Jeanne d'Arc)
- IME « Marc Signac »
- IME Les Rochers
- IME Montmoreau
- IME Sireuil
- IRPP Douzat
- Lieu de vie « Le Grand Breuilh »
- Manoir de Bois Charente
- MSA
- Préfecture
- Tribunal de Grande Instance
- UDAF
- UDMJC (MJC Gde Garenne, Louis Aragon)

## **Annexe 5 : Glossaire**

<b>AED</b>	Action Educative à Domicile
<b>AEMO</b>	Action Educative en Milieu Ouvert
<b>ANDASS</b>	Association Nationale des Directeurs de l'Action Sociale et de Santé
<b>API</b>	Allocation Parent Isolé
<b>ASE</b>	Aide Sociale à l'Enfance
<b>CAF</b>	Caisse d'Allocations Familiales
<b>CASF</b>	Code de l'Action Sociale et des Familles
<b>CMP</b>	Centre Médico Psychologique
<b>DDASS</b>	Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
<b>DPMS</b>	Direction de la Prévention Médico Sociale
<b>DRESS</b>	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
<b>IP</b>	Information Préoccupante
<b>MECS</b>	Maison d'Enfants à Caractère Social
<b>MDS</b>	Maison Départementale des Solidarités
<b>MSA</b>	Mutualité Sociale Agricole
<b>PJJ</b>	Protection Judiciaire de la Jeunesse
<b>PMI</b>	Protection Maternelle et Infantile
<b>PRE</b>	Programme de Réussite Educative
<b>RMDS</b>	Responsable de Maison Départementale des Solidarités
<b>RMI</b>	Revenu Minimum d'Insertion
<b>RSA</b>	Revenu de Solidarité Active
<b>SEJD</b>	Service Educatif Judiciaire Départemental
<b>TISF</b>	Technicienne de l'Intervention Sociale et Familiale