

► Observatoire Départemental de la Protection de l'Enfance

RAPPORT ANNUEL - JUIN 2011



Sommaire

Introduction	p.9
§1 Le rapport annuel	p.9
§2 Le contexte girondin : quelques indicateurs démographiques et sociaux	p.9
1 La population des jeunes girondins	p.10
2 La déscolarisation et le niveau d'études	p.11
3 Chômage et activité	p.11
4 Les familles et leurs enfants	p.12
5 Ressources des ménages et minima sociaux	p.12
6 Enfance et pauvreté	p.14
Partie I La fondation et l'activité de l'ODPE	p.17
Chapitre 1 Le fonctionnement de l'ODPE depuis sa création	p.17
Chapitre 2 Commissions et études	p.19
§1 La commission « Formation à la protection de l'enfance »	p.19
§2 La commission « Mineurs en mal de protection » : une réflexion pluriprofessionnelle	p.22
§3 Le suivi des études	p.24
1 Le devenir des anciens de l'ASE	p.24
2 Les mineurs en grande difficulté	p.25
Partie II La protection de l'enfance en Gironde	p.29
Chapitre 1 Le constat du risque ou du danger	p.29
Section 1 Les protocoles	p.29
§1 Un protocole départemental	p.29
§2 Le protocole de l'Inspection Académique	p.32
Section 2 Informations préoccupantes et signalements	p.33
§1 L'activité du Bureau de l'Enfance en Danger (BED)	p.33
1 Le nombre d'informations préoccupantes	p.34
2 L'origine des informations préoccupantes	p.35
3 La nature des informations préoccupantes	p.35
4 L'évaluation du danger ou du risque de danger	p.36
5 Les facteurs de risque de danger	p.36
6 Les types de danger	p.37
7 Les problématiques familiales à l'origine des situations de risque ou de danger	p.37
8 Les suites données aux informations préoccupantes	p.38
a. Les informations classées « sans suite »	p.38
b. Les transmissions au Parquet : les suites et les décisions judiciaires	p.39
§2 Informations préoccupantes et signalements : sources complémentaires	p.40
1 Le Parquet	p.40
2 L'Education nationale	p.41

a. Les informations préoccupantes	p.42
b. Les signalements	p.43
3 Le secteur hospitalier	p.44
a. Le Service social du CHU de Bordeaux	p.45
b. Le Service et le Réseau de psychiatrie périnatale	p.49
Chapitre 2 Les mesures de protection de l'enfance	p.49
Section 1 La prévention	p.49
§1 La formation des professionnels	p 49
§2 L'information des-mineurs : La BPDJ et la PJJ	p.49
§3 La contribution de la PMI à la prévention primaire	p.50
1 Auprès des femmes enceintes	p.50
2 Auprès des enfants et de leurs parents	p.51
3 Auprès des adolescent(e)s	p.52
4 Un partenariat renforcé avec le secteur hospitalier	p.53
§4 La prévention secondaire	p.53
1 La PMI	p.53
2 Le Service social du Département (DATDS)	p.54
3 Le rôle de la prévention spécialisée	p.55
§5 D'autres acteurs concourant à la protection de l'enfance	p.56
1 Le Défenseur des enfants	p.56
2 Le CRIC	p.57
3 Le CPCT	p.57
4 Le Réseau Périnat Aquitaine	p.58
5 Les PAEJ, le Réseau Santé-Social Jeunes	p.58
6 La DDCS	p.59
7 Le CEID	p.60
8 L'ARPE	p.61
9 Le PACT Jeunes	p.62
§6 Les mesures de soutien aux familles	p.65
1 Les aides financières	p.65
2 Les aides au foyer	p.66
Section 2 La protection de l'enfance <i>stricto sensu</i>	p.67
§1 La structure de l'offre girondine	p.67
1 Les actions éducatives	p.67
2 Les accueils collectifs	p.68
3 Les accueils collectifs d'urgence : Le Foyer de l'Enfance	p.68
4 L'accueil en famille	p.69
5 L'accueil mère-enfant et parents - enfant	p.69
§2 Les mesures de protection	p.69
1 Les mineurs et de jeunes majeurs pris en charge par au moins une mesure de protection dans l'année	p.69
2 L'objet de la mesure	p.70
a. La répartition des mesures selon leur type : accueil ou milieu ouvert	p.70
b. Les mineurs bénéficiaires d'une mesure en milieu ouvert	p.71
3 L'origine de la décision, judiciaire ou administrative	p.72
4 La prise en charge judiciaire de l'enfant en danger	p.73
a. La phase d'enquête	p.73
b. L'intervention du Juge des Enfants	p.73

c. La défense de l'enfant dans le cadre de la procédure d'assistance éducative	p.74
d. Le rôle de la Protection Judiciaire de la Jeunesse	p.74
5 La prise en charge des jeunes majeurs	p.77
§3 La prise en charge du mineur et du jeune majeur par une mesure de protection hors du domicile familial	p.78
1 Les mineurs et jeunes majeurs accueillis	p.78
2 La répartition entre les différents types d'accueil	p.78
a. Les accueils en établissement	p.79
b. L'accueil familial	p.79
c. L'accueil dans un établissement médico-social ou médico - éducatif : les rôles de la MDPH et de l'ARS	p.80
d. L'accueil en centre maternel	p.83
e. L'accueil d'enfants confiés en vue d'une adoption	p.83
f. Accueil d'urgence, observation, orientation : Le Foyer de l'Enfance	p.84
g. Le maintien du lien parent - enfant placé	p.86
§4 La diversification des mesures de protection	p.90
1 Les accueils de jour chez une assistance maternelle	p.90
2 Les accueils séquentiels en établissement ou en famille d'accueil	p.90

Conclusion **p.91**

Annexes

1 Les membres de l'Observatoire de la Protection de l'Enfance en Gironde	p.95
2 Les membres du Comité de pilotage de l'Observatoire	p.99

Introduction

§1 : Le rapport annuel

L'objet du rapport annuel de l'Observatoire départemental de la protection de l'enfance réside dans la consignation et la publication des données tant quantitatives que qualitatives relatives à la protection de l'enfance dans le département. Ce rapport doit répondre aux besoins d'information de l'ONED et aider les élus à optimiser les politiques de l'enfance, de la jeunesse et la famille dans le département. Il doit ainsi à la fois satisfaire le besoin de description de l'état du dispositif départemental de protection de l'enfance et celui de l'évaluation des résultats des politiques menées par les acteurs principaux de la protection de l'enfance : le Conseil général avec la Direction Enfance Famille, la Direction des Actions de Santé, la Direction des Actions Territorialisées et du Développement Social, la Direction de la Jeunesse, de l'Education et de la Citoyenneté, la Maison départementale des Personnes Handicapées, la Protection Judiciaire de la Jeunesse ainsi que les institutions ou organismes qui concourent à la protection de l'enfance. Le rapport doit également rendre compte des activités propres de l'ODPE.

Le contenu de ce rapport s'appuie sur plusieurs sources ; tout d'abord les directions et services du Conseil Général dont les missions sont en lien direct avec l'enfance, la jeunesse et la famille mais également sur les bilans d'activité mis à disposition par les différents organismes et institutions qui composent l'ODPE. D'autres organisations, qu'elles soient en relation directe ou indirecte avec la protection de l'enfance, ont également apporté leur contribution.

Ce rapport est donc le résultat d'un travail de synthèse de cet ensemble de données. Il tente de porter un regard le plus complet possible sur les résultats de l'action des dispositifs concourant à la protection de l'enfance même s'il ne saurait être totalement exhaustif. Il permet à l'ODPE de pleinement jouer son rôle dans le dispositif général de protection de l'enfance du département, dans la mesure où celui-ci est appelé, après avoir effectué cette synthèse, à émettre des avis et des recommandations tendant à mettre en lumière ou à améliorer certains aspects de ces dispositifs et de leur articulation.

Dans un premier temps, il convient, de présenter le fonctionnement de l'observatoire ainsi que ses activités propres. Les activités de l'ODPE présentées dans le rapport ainsi que celles de ses membres portent sur la période s'écoulant entre sa création en 2009 et l'élaboration du rapport au cours du premier semestre de l'année 2011. En revanche, les données quantitatives disponibles concernant la protection de l'enfance, présentées dans un deuxième temps, se rapportent à l'année 2009.

§2 : Le contexte girondin - quelques indicateurs démographiques et sociaux

Avant de présenter l'activité de l'ODPE ainsi qu'un certain nombre de données statistiques relatives à la protection de l'enfance en Gironde, il est apparu important de présenter le contexte général du département de la Gironde. Certaines données départementales « de cadrage » permettent d'esquisser le contexte démographique et social du département pour favoriser l'analyse des données aussi bien qualitatives que quantitatives sur « l'état social » de la population bénéficiaire des politiques de protection de l'enfance. Les différents indicateurs proposés constituent une partie de la « banque d'indicateurs » en construction au sein de l'ODPE.

1 La population des jeunes girondins

Tableau 1 Gironde - Population des moins de 18 ans au 1er janvier 2009

Age	Nombre	%
moins de 18 ans	303 898	100
de 0 à 4 ans	81 833	26,9
de 5 à 9 ans	84 378	27,8
de 10 à 14 ans	82 996	27,3
de 15 à 17 ans	54 691	18

Source : d'après INSEE, estimation de population au 1/01/2009

Au 1^{er} janvier 2009, la Gironde comprenait 1 434 192 habitants - soit 2,23% de la population française - dont 303 898 mineurs. Ces derniers représentaient 2,25% de la population nationale des moins de dix-huit ans. La part des mineurs dans la population girondine totale était de 21% contre 22,1% de la population de la France métropolitaine¹.

Les jeunes majeurs -18 à 21 ans - étaient 76 804, soit 5,3% de la population girondine totale contre 5,1% en France métropolitaine.

Avec un taux de natalité estimé à 11,9‰ en 2009, la Gironde se situe au-dessous du taux national (12,8‰). Cependant, le nombre de naissances domiciliées² qui s'établissait aux alentours de 14 800 au début des années 90, puis aux environs de 16 000 au début des années 2000, s'est élevé à 17 072 naissances en 2009³.

Par ailleurs, le taux de mortalité infantile était estimé à 3.7‰ en 2009⁴ contre 3.8‰ en France métropolitaine.

Près de 6 enfants sur 10 étaient nés hors mariage (58.4% en Gironde contre 53.7% en France) La proportion des moins de 4 ans s'établissait à 5.7% de la population totale en Gironde, nettement au-dessous de leur part en France métropolitaine (6.2%). Les moins de 10 ans en représentaient 11.6% (contre 12.3%) et les moins de 25 ans 30.6%, contre 30.9% en France métropolitaine.

¹ Source : d'après Insee, état-civil, estimation de population au 1/01/2009

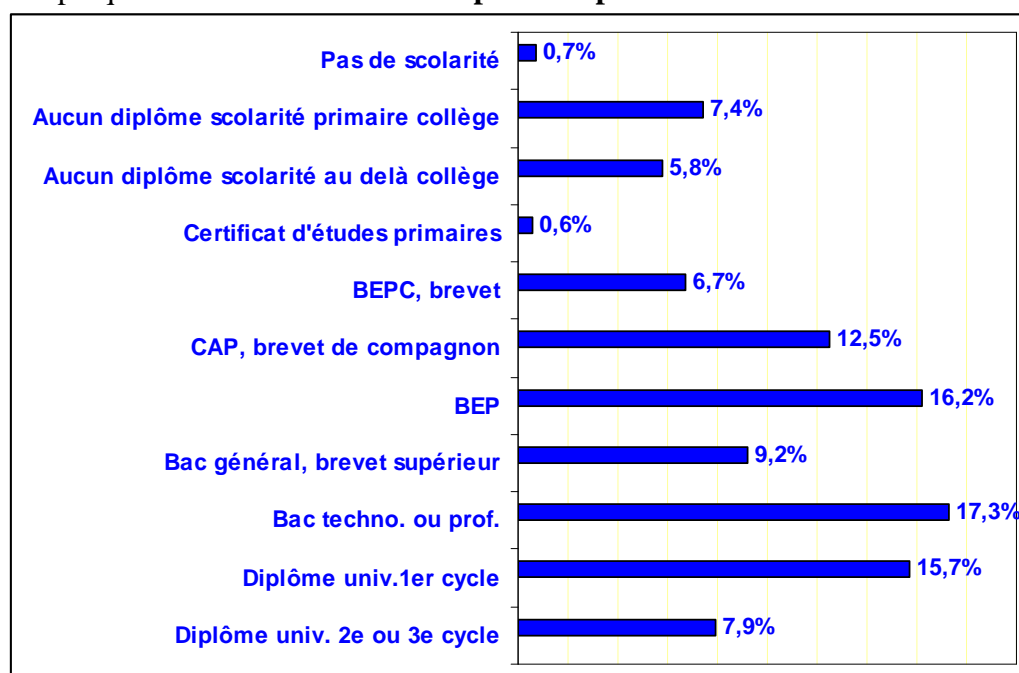
² Le nombre de naissances domiciliées comptabilise les naissances dont les parents sont domiciliés dans une commune du département.

³ Et 11938 décès domiciliés cette même année, soit un solde naturel positif de +0.3%.

⁴ Source : Insee, état-civil, estimation de population

2 La déscolarisation et le niveau d'études

Graphique 1 Niveau d'études ou diplôme le plus élevé chez les 20 à 24 ans



Source : d'après Insee, RP 2007, FOR2

La proportion d'enfants girondins de 16 et 17 ans sortis du système scolaire était, en 2007, de 5,4% (soit au total 1 833 enfants). Cette proportion était un peu plus élevée parmi les garçons que parmi les filles (6% contre 4,8%)⁵.

Par ailleurs, près de 15% des 50 432 hommes et femmes âgées de 20 à 24 ans⁶ n'ont pas été au-delà du Certificat d'Etudes Primaires et 22% n'ont pas obtenu plus que le Brevet des collèges.

3 Chômage et activité

Tableau 2 Taux de chômage en moyenne trimestrielle (données CVS)

	07-T4	08-T1	08-T2	08-T3	08-T4	09-T1	09-T2	09-T3	09-T4
GIRONDE	7,8	7,4	7,5	7,7	8,1	8,7	9,1	9,2	9,7

Source : Insee, taux de chômage localisés 2007-2009

Il a été maintes fois démontré que le chômage, surtout s'il dure, est souvent un facteur de déstabilisation des familles et son retentissement sur les enfants peut être, sous maints aspects, négatif.

En deux ans, de fin 2007 à fin 2009, le taux de chômage des Girondins (tous âges confondus) a considérablement augmenté, passant, en données corrigées des variations saisonnières, de

⁵ Source ; Insee, RP 2007 FOR1

⁶ L'analyse de cette tranche d'âge a été préférée à celle des 15 à 19 ans. En effet, et malheureusement, pour ceux qui, par exemple, n'ont pas pu poursuivre leurs études au-delà du premier cycle d'études secondaires, leur situation en terme de niveau scolaire risque, pour la plupart, de rester à peu près figée à ce niveau, ce qui ne sera pas forcément le cas pour les 15 à 19 ans et, en particulier, pour les plus jeunes d'entre eux.

7.8% de la population active à 9.7%, pour rester ensuite à peu près à ce niveau en 2010. Ainsi, comme ailleurs en France, le taux de population active occupée s'est sensiblement contracté.

4 Les familles et leurs enfants

Tableau 3 **Enfants des familles par âge et type de famille**

Type de famille	Moins de 3 ans	3 à 5 ans	6 à 10 ans	11 à 17 ans	Ensemble	%
Couples avec enfant(s)	41 854	41 138	65 102	87 595	235 689	81,8
Familles monop. : homme + enfant(s)	392	772	2 153	4 137	7 454	2,6
Familles monop. : femme + enfant(s)	4 278	6 396	12 782	21 427	44 883	15,6
Ensemble	46 524	48 306	80 036	113 159	288 025	100

Source : Insee, RP2007 exploitation complémentaire, FAM6

Au 31/12/2009, la Caisse d'Allocations familiales de la Gironde comptait, parmi ses allocataires, 39 045 familles monoparentales dont près de 4 500 avaient 3 enfants.

Si l'on regarde du côté de ces derniers, en 2007, plus de 52 000 enfants de moins de 18 ans, soit 17% des mineurs, vivaient dans une famille monoparentale en Gironde. Leur proportion s'élève selon un gradient régulier avec leur âge ; de 10% des enfants de moins de 3 ans, elle croît régulièrement pour s'établir à 22,6% des enfants de 11 à 17 ans.

Enfin, on remarquera que dans environ 14% des cas, l'unique adulte de la famille est une femme ; 71% d'entre elles seulement sont des actives occupées alors que lorsqu'il s'agit d'un homme, 81% d'entre eux sont des actifs occupés⁷.

5 Ressources des ménages et minima sociaux

a. Les revenus fiscaux

Tableau 4 **Revenus fiscaux des ménages**

Année 2008	Nombre total de ménages fiscaux	dont ménages imposés (en %)	Revenu fiscal par unité de consommation (en €)		
			Médiane	1er décile	9ème décile
Gironde	605 194	56,9	18 721	7 395	36 423
France métropolitaine	25 942 431	55,8	18 129	6 786	36 838

Source : Insee-DGFIP, Revenus fiscaux localisés des ménages

⁷ Source : Insee, RP2007 exploitation complémentaire, FAM 1

En 2008, près de 57% des ménages girondins étaient imposés sur le revenu. Le tableau 4 montre que le revenu fiscal médian et au 1^{er} décile de revenu sont supérieurs aux mêmes montants métropolitains⁸. Ainsi, en Gironde, 10% de ménages fiscaux disposaient de moins de 7 395€ de revenu fiscal par unité de consommation (1^{er} décile) alors que les 10% les plus aisés avaient un revenu fiscal égal ou supérieur à 36 423€ (9^{me} décile). Mais les niveaux des premier et neuvième déciles suggèrent un relatif resserrement des revenus fiscaux autour de cette médiane par rapport à la moyenne nationale.

b. Les bénéficiaires de minima sociaux

i L'ex-API

Tableau 5 **Bénéficiaires de l'ex-API**

Bénéficiaires du RSA « droit commun + Majoration Isolement »	5145
Bénéficiaires du RSA « socle » (ex- API)	3983

Source : Caf de la Gironde, données au 31/12/2009

Au 31/12/2009, 60 063 personnes étaient allocataires d'un minimum social : RSA-RMI - dont ex-API - ou AAH. Ces allocations couvraient 111 411 personnes, soit près de 8% de la population girondine. Pour 31 454 allocataires, les prestations de la Caisse d'allocations familiales représentaient la totalité de leurs ressources⁹, couvrant un nombre de personnes (bénéficiaires + ayants droit) que l'on peut estimer à 58 000.

Parmi ces allocataires, 5 145 étaient bénéficiaires du RSA (droit commun avec majoration isolement) dont 3 983 du RSA « socle », cette dernière prestation correspondant à peu de choses près à l'ancienne API¹⁰. Ce nombre de bénéficiaires sans revenus complémentaires du travail, correspond à environ 10% du total des familles monoparentales en Gironde. Si l'on estime que chacun des bénéficiaires a, en moyenne, 1,5 enfant à charge, le nombre d'enfants couverts par cette prestation devait être aux environs de 6 000.

ii L'AAH

Tableau 6 **Bénéficiaires de l'AAH : nombre d'enfants mineurs et situation familiale**

	Total	1 enfant mineur	2 enfants mineurs	3 enfants mineurs	4 et plus
Couple avec enfant mineur	2 038	994	638	284	122
Familles monoparentales (avec enfant mineur)	1 146	764	269	87	26
Total des familles	3 184	1 758	907	371	148

Source : Caf de la Gironde, données au 31/12/2009

⁸ Le revenu fiscal médian est le montant du revenu autour duquel la population se répartit par moitié. Le premier décile est la valeur au-dessous de laquelle se situent les 10% de population aux revenus les plus faibles et le neuvième décile est la valeur au-dessus de laquelle se situent les 10% de population aux revenus les plus élevés.

⁹ Source : Caf de Gironde, Base Communale Allocataire, données au 31 décembre 2009

¹⁰ Source : Caf de Gironde

Un certain nombre d'enfants girondins vivent également au sein d'une famille dont un adulte bénéficie de l'AAH. Ainsi, au 31/12/2009, aux 3 184 bénéficiaires de cette prestation correspondaient 5 333 enfants mineurs (Tableaux 6 et 7).

Tableau 7 **Bénéficiaires de l'AAH : nombre d'enfants mineurs à charge par âge et en fonction de la situation familiale**

	Nb total d'enfants mineurs	enfants de 0-2 ans révolus	enfants de 3-5 ans révolus	enfants de 6-11 ans révolus	enfants de 12-17 ans révolus
Couples	3 656	471	498	1 215	1 472
Familles monoparentales	1 677	126	174	556	821
Total	5 333	597	672	1 771	2 293

Source : Caf de la Gironde, données au 31/12/2009

Parmi les familles bénéficiaires de l'AAH, 15% ont au moins un enfant mineur à charge, un tiers a au moins 2 enfants à charge et 10% en ont trois et plus. En outre, un tiers de ces familles est une famille monoparentale. Environ la moitié des enfants vivant dans une famille monoparentale bénéficiaire de l'AAH est âgée de 12 ans et plus et la moyenne d'âge est nettement plus élevée que celle des enfants vivant dans une famille biparentale.

Au total, plus de 11 000 enfants vivent dans une famille bénéficiaire d'un des deux minima sociaux : « ex-API » ou AAH.

6 Enfance et pauvreté

Tableau 8 **Pauvreté des enfants selon l'activité des parents**

	2007		2008	
	Structure de la population		Structure de la population	
	des enfants pauvres	des enfants non pauvres	des enfants pauvres	des enfants non pauvres
Un couple	62,9	86,3	60,4	86,0
Deux actifs occupés	14,4	62,0	12,8	63,1
Un actif occupé, un chômeur	7,1	4,9	5,6	5,1
Un actif occupé, un inactif	28,0	18,1	27,2	16,5
Deux chômeurs	2,0	0,2	1,9	0,2
Un chômeur, un inactif	5,7	0,4	7,5	0,6
Deux inactifs	5,7	0,7	5,4	0,5
Une personne seule	32,2	11,2	34,7	12,0
Un actif occupé	11,4	9,8	14,1	10,1
Un chômeur	7,2	0,5	7,3	0,9
Un inactif	13,6	0,9	13,3	1,0
Autres (1)	4,9	2,5	4,9	2,0
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

(1) : enfants ne vivant pas dans un ménage de type parent(s) et enfant(s).

Champ : personnes vivant en France métropolitaine dans un ménage dont le revenu déclaré au fisc est positif ou nul et dont la personne de référence n'est pas étudiante ; pauvreté au seuil de 60 % des personnes de moins de 18 ans.

Sources : Insee ; DGFIP ; CNAF ; CNAV ; CCMSA ; enquête ERFS.

Les données nationales présentées dans le tableau 8 confirment une information majeure : les enfants vivants dans une famille monoparentale sont nettement plus exposés à la pauvreté que les familles biparentales même si, parmi ces dernières, un des deux parents est sans emploi. La proportion d'enfants pauvres dans les familles monoparentales dépassait, en 2008, le tiers de la totalité des enfants pauvres (34.7% des enfants et 32.2% en 2007) alors qu'ils ne sont que 12% des enfants « non pauvres ».

En Gironde, les enfants des familles monoparentales représentent environ 18% de la totalité des enfants girondins. Si, *a priori*, il n'y a aucune raison manifeste pour que leur situation économique et sociale soit nettement différente de celle des autres enfants de famille monoparentale en France, on peut alors formuler l'hypothèse selon laquelle, en Gironde comme ailleurs, **la monoparentalité multiplie le risque de pauvreté des enfants par un facteur proche de 1,9.**

Partie I : La fondation et l'activité de l'ODPE

L'installation de l'ODPE a été préparée à partir d'un groupe de travail créé par le comité de suivi du schéma départemental de la prévention et de la protection de l'enfance, de la jeunesse et de la famille¹¹. Créé en 2009, parmi les tous premiers en France, l'ODPE de la Gironde a déjà derrière lui près de deux ans de fonctionnement (chapitre 1). Dès le début de son fonctionnement, des commissions spécifiques ont été mises en place sur les problématiques jugées prioritaires (chapitre 2).

Chapitre 1 : Le fonctionnement de l'ODPE depuis sa création

Depuis sa création, l'ODPE a travaillé sous l'égide d'un Comité de pilotage, a organisé un travail en commissions thématiques et préparé la rédaction du rapport annuel.

La loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance, complète l'architecture du dispositif d'observation avec la création d'un Observatoire de protection de l'enfance dans chaque département. Elle confie au Président du Conseil Général le soin de créer et d'animer l'Observatoire Départemental en y associant les acteurs locaux.

En Gironde, l'architecture du dispositif départemental, déclinée dans le schéma conjoint Département – Protection Judiciaire de la Jeunesse 2007-2011, est enrichie par la création de cet observatoire.

Les missions de l'observatoire sont fixées par la loi ; elles concernent, pour l'essentiel, l'observation quantitative mais aussi qualitative des divers aspects des politiques de protection de l'enfance dans le département. Mais au au-delà de l'établissement de statistiques destinées à être portées à la connaissance de l'assemblée départementale et transmises aux représentants de l'État et de l'autorité judiciaire, la loi demande aussi à l'observatoire de s'engager dans l'analyse de ces données, de formuler des propositions et des avis sur ces politiques.

Quatre missions sont ainsi définies par l'article L226-3-1 du CASF :

« 1°) recueillir, examiner et analyser les données relatives à l'enfance en danger dans le département, au regard notamment des informations anonymes transmises dans les conditions prévues à l'article L. 226-3. Ces données sont ensuite adressées par chaque département à l'Observatoire national de l'enfance en danger ;

2°) être informé de toute évaluation des services et établissements intervenant dans le domaine de la protection de l'enfance et assurée en application de l'article L. 312-8 ;

3°) suivre la mise en oeuvre du schéma départemental prévu à l'article L. 312-5 en tant qu'il concerne les établissements et services mentionnés aux 1° et 4° du I de l'article L. 312-1, et de formuler des avis ;

4°) formuler des propositions et avis sur la mise en oeuvre de la politique de protection de l'enfance dans le département. »

L'ODPE de la Gironde a été créé par l'arrêté départemental du 11 mars 2009. Monsieur Philippe Madrelle, Président du Conseil Général de Gironde, chef de file en matière de protection de l'enfance, a désigné pour le représenter à la tête de l'Observatoire une personnalité indépendante de la collectivité départementale. Le choix de Madame Adeline Gouttenoire, Professeur à la Faculté de Droit de Bordeaux, Directrice de l'Institut des mineurs, favorise la contribution de l'Université à l'observation transversale de la protection de l'enfance. En effet, par ses fonctions et son engagement dans le droit des mineurs, elle travaille en lien étroit avec le domaine de l'enfance et de la famille.

¹¹ Schéma départemental conjoint Conseil général et PJJ 2007-2011

Lors de la première conférence annuelle de l'ODPE en décembre 2009, le discours d'ouverture du Président du Conseil général éclaire les partenaires de l'Observatoire sur les objectifs à mettre en œuvre :

« Cet observatoire doit contribuer à une compréhension plus fine de nos spécificités girondines. Il doit aider les autorités judiciaires, les administrations de l'État, les services départementaux et communaux, à ajuster et optimiser les actions de protection de l'enfance au plus près des besoins des mineurs et de leurs familles. Cet observatoire que la loi impose, nous devons nous en emparer pour favoriser la construction d'un dispositif homogène, complet et cohérent, des actions en faveur des mineurs et leurs familles. Il nous aidera par les avis qu'il rendra sur l'évolution de la politique à mener en la matière. L'Observatoire favorisera la collaboration et l'articulation entre les différents dispositifs sociaux, sanitaires et médico-sociaux. »

Ainsi sont définis les enjeux de l'ODPE ; la loi du 5 mars 2007 portant réforme de la protection de l'Enfance fait, en effet, de l'observatoire départemental un maillon stratégique de la protection de l'enfance car, par le recueil et l'exploitation des données départementales relatives à la protection de l'enfance et de l'enfance en danger, l'observatoire permet aux décideurs locaux d'avoir une vision synthétique de l'état de la protection de l'enfance et des politiques suivies dans ce domaine.

Il contribue également à mieux faire connaître le dispositif de protection de l'enfance, tant à l'échelon départemental qu'à l'échelon national, et à le faire évoluer. Enfin, il favorise la collaboration, l'articulation entre l'ensemble des acteurs de la protection de l'enfance et de ceux qui y concourent. Le Président du Conseil général avait ainsi ajouté :

« L'ODPE n'est pas une chambre d'enregistrement et de restitution de données, cela peut être une partie de son activité mais une partie seulement. L'ODPE, est une instance qui contribue à la définition de nouvelles actions, à l'adaptation des dispositifs. Il a pour mission de dynamiser notre politique départementale. »

Dès sa création, l'O.D.P.E. a réuni dans sa composition des représentants de l'autorité judiciaire, magistrats du siège et du parquet des tribunaux de Bordeaux et de Libourne, des services de l'Etat, de l'Education Nationale, du Département, des institutions départementales, des représentants des comités techniques des dispositifs de prévention et protection de l'enfance, des partenaires du secteur public et du secteur associatif, des représentants des associations gestionnaires d'établissements et services concourant aux missions de protection de l'enfance, ainsi que le correspondant en Gironde de la Défenseure des Enfants (voir liste complète des membres de l'observatoire en annexe 1).

Le fonctionnement quotidien de l'observatoire est assuré par deux agents de la Direction Enfance Famille du Conseil général de la Gironde : Madame Chantal Delcroix, Inspectrice, est chargée, depuis le début de l'année 2009, d'animer et de coordonner l'activité de l'ODPE. Elle est assistée de Madame Corinne Carbonnière, Adjoint Administratif Principal, pour un temps partiel de secrétariat.

La loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance, institue un Comité de pilotage de l'ODPE. En Gironde, celui-ci se réunit une fois tous les deux mois. Ses membres ont été désignés conjointement par la Présidente de l'Observatoire Départemental de Protection de l'Enfance et le Directeur Général Adjoint chargé de la Solidarité, sur délégation de Monsieur le Président du Conseil Général parmi les membres de l'Observatoire. Forte de 44 membres (voir liste en annexe 2), cette instance de concertation est chargée d'élaborer le dispositif opérationnel visant à la mise en œuvre des missions de l'Observatoire de protection de l'enfance.

Le comité de pilotage a en outre mis en place des commissions spécifiques autour de thèmes en lien avec des problématiques considérées comme particulièrement préoccupantes par l'ensemble de ses membres. Ces commissions réunissent des membres de l'ODPE auxquels

s'associent des professionnels et des personnalités extérieures susceptibles d'éclairer, par leurs qualités d'expertise, la réflexion de la commission. Ce travail permet ainsi à des organismes ou associations non encore participantes en tant que tels de se joindre aux travaux de l'ODPE.

L'ODPE a organisé sa première conférence annuelle le 10 décembre 2009. Cette rencontre a permis de rassembler l'ensemble des acteurs oeuvrant dans le champ de l'enfance auxquels se sont joints des universitaires issus notamment de la Faculté de Droit ou de l'Institut d'Etudes démographiques de l'Université de Bordeaux IV. La deuxième conférence s'est tenue le 10 décembre 2010.

Un recensement des données disponibles. Le premier chantier ouvert par l'ODPE a consisté à rassembler les données relatives à la protection de l'enfance dans le département. A partir de début janvier 2009, une recherche sur les données et indicateurs disponibles relatifs à la prévention et à la protection de l'enfance a été effectuée à l'aide d'une fiche de recueil transmise à l'ensemble des membres de l'ODPE et portant sur les types de données ou d'indicateurs pouvant être transmis, leur sens, leurs limites etc....

Ce travail a permis de mettre en évidence la richesse des sources dans ce domaine, dont une partie était déjà connue du Conseil Général, s'agissant des données recueillies par ses différentes directions parmi lesquelles les données du secteur associatif conventionné.

Il a été noté également le nombre conséquent de systèmes informatiques utilisés, les différences dans les modes de comptage, (compte par enfant, par famille..) ainsi que la variété dans les rythmes de recueil des données (année civile, année scolaire ...).

Des organismes et institutions ont alors été sollicités pour mettre à disposition leurs données susceptibles d'enrichir le champ de l'observation de l'ODPE. Il est probable que le nombre de fournisseurs de données est appelé à augmenter, compte tenu de la dynamique engagée à ce jour par l'ODPE.

Chapitre 2 : Commissions et études

Deux commissions ont travaillé : l'une depuis 2009 sur le thème de la formation à la protection de l'enfance et à l'enfance en danger, l'autre depuis 2010 sur celui des mineurs en mal de protection. Par ailleurs, durant ces deux années, l'Observatoire a participé au suivi de plusieurs études.

§1 : La commission « formation à la protection de l'enfance »

Dès sa création, l'ODPE s'est interrogé sur le niveau de connaissance des professionnels susceptibles d'intervenir auprès des enfants, dans le domaine de la protection de l'enfance. Cette préoccupation fait écho à la loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance qui instaure une obligation de formation des cadres territoriaux en charge de la protection de l'enfance mais également des personnes susceptibles de concourir, de par leurs fonctions, à la protection de l'enfance¹². La loi a été complétée sur ce point par le décret n° 2009-765 du 23 juin 2009 modifiant l'article D.542-1 du code de l'éducation, établissant les contenus des

¹² Sont expressément désignés : les médecins, l'ensemble des personnels médicaux et paramédicaux, les travailleurs sociaux, les magistrats, les personnels enseignants, les personnels d'animation sportive, culturelle et de loisirs ainsi que les personnels de la police nationale, des polices municipales et de la gendarmerie nationale.

programmes des formations initiale et continue dans le domaine de la protection de l'enfance en danger.

Un recensement de l'offre de formation en protection de l'enfance. La commission formation de l'ODPE de la Gironde s'est fixée comme premier objectif de dresser un état des lieux de l'offre de formation initiale et continue relative à la protection de l'enfance, en Gironde, en vue de repérer les professions dont les membres ne sont que peu ou pas formés dans ce domaine. Une mobilisation des organismes et institutions appelés plus ou moins directement à intervenir auprès des mineurs, dans le domaine de la protection de l'enfance et de l'enfance en danger était particulièrement attendue à l'issue de cette démarche.

Ce recensement de l'offre de formation par métiers a été engagé en 2009, tant au niveau de la formation initiale que continue sur l'ensemble du département. Les offres du CNFPT ainsi que celles de l'IRTS ont également été recensées. Une fiche de recueil d'information a été créée à cette fin et cette démarche est toujours en cours.

L'exploitation des fiches a permis d'identifier en 2009, les faiblesses quant à l'information ou l'actualisation des connaissances en matière de protection de l'enfance. La commission a alors préféré cibler, dans un premier temps, un certain nombre d'acteurs dont prioritairement les professionnels de l'Education Nationale et les professionnels de la santé.

Des réflexions et des actions spécifiques relatives à la formation. Avant même la création de l'ODPE, plusieurs participants aux travaux de l'observatoire avaient entrepris des actions d'information et de sensibilisation aux nouvelles dispositions issues de la loi du 5 mars 2007 et, particulièrement, sur celles relatives aux informations préoccupantes et aux signalements, à destination des professionnels.

De façon concertée entre professionnels membres de la commission, un outil de formation a été mis au point : un diaporama destiné spécifiquement aux professionnels de la santé a ainsi été conçu pour être modulé selon les différentes catégories de professionnels. Cet outil a été porté par le service de Protection maternelle et infantile qui l'a utilisé pour des séances de formation destinées notamment à l'équipe du Centre d'Accompagnement et de Prévention pour les Sportifs (CAPS, Hôpital Saint André à Bordeaux), aux professionnels inscrits au D.U. de psychiatrie périnatale de l'Université de Bordeaux II, à des médecins généralistes, sages-femmes, psychiatres, psychologues et assistants sociaux dans le cadre de la formation médicale continue organisée par l'Université de Bordeaux II et enfin aux étudiantes de l'Ecole d'Infirmières de la Fondation Bagatelle (Talence). Sont également en projet des interventions à l'Ecole de Psychomotricité du C.H.U, au D.U de Médecine Générale de l'Enfant, à l'Institut régional du Travail social (IRTSA, Talence) ainsi qu'à l'Ecole de Kinésithérapie de Bordeaux.

L'ODPE a également apporté son soutien au projet et à la mise en œuvre, par l'Inspection Académique de Bordeaux, d'actions de formation de ses professionnels. Cette importante opération s'est réalisée en articulation étroite avec le Bureau de l'Enfance en danger en s'appuyant sur un diaporama dont le contenu est adaptable aux différents publics.

Des colloques et des conférences. Par ailleurs, la commission encourage les colloques et conférences dont le sujet est en lien avec la protection de l'enfance. C'est ainsi que l'ODPE a apporté son soutien à la journée thématique organisée par l'Institut des Mineurs de la Faculté de Droit de Bordeaux et par le C.H.U de Bordeaux sur le thème : « La chaîne de protection de l'enfant en danger du médecin au juge » dans le cadre des Rencontres médico-juridico-sociales autour de l'enfant (RMJS), avec le concours de plusieurs membres de la commission ; cette journée a réuni 700 participants. Dans ce même cadre, une autre journée sur le thème « Violences sexuelles et mineurs » a eu lieu le 17 juin 2011 à la Faculté de droit de Bordeaux avec un succès équivalent. Le thème et programme de ces RMJS sont

déterminés collectivement par les différents membres de l'ODPE dans le cadre du comité de pilotage et de la commission formation.

Certains membres de l'ODPE et notamment sa présidente sont en outre intervenus depuis la création de l'observatoire dans des colloques organisés par différents organismes sur le thème de la protection de l'enfance. Cette participation contribue à la visibilité de l'ODPE et au renforcement du réseau départemental des acteurs de la protection de l'enfance.

Un Diplôme Universitaire de Protection de l'enfance. Reprenant une proposition de la Direction Enfance Famille du Conseil général, l'ODPE a préconisé la création d'un Diplôme Universitaire « Protection de l'Enfance » qui ouvrira à la rentrée 2011-2012 à l'Université Montesquieu Bordeaux IV. La Commission formation a largement participé à l'élaboration du programme de cette formation et au choix des intervenants.

Le Diplôme Universitaire de protection de l'enfance a pour objectif de répondre aux exigences de la loi du 5 mars 2007 en matière de formation - initiale et continue - des personnes participant ou concourant à la protection de l'enfance.

La formation a pour objet la protection de l'enfance dans sa triple dimension, telle que définie par l'article L.112-3 du Code de la famille et de l'Aide sociale, de prévention, d'accompagnement des familles et de prise en charge des enfants. Il s'agit d'aborder les différents aspects de la protection de l'enfance, juridique, social et médical. Cette formation est particulièrement destinée aux personnes travaillant ou souhaitant travailler dans le champ de la protection de l'enfance : travailleurs sociaux, éducateurs, cadres de l'action sociale, directeurs d'établissements accueillant des mineurs. Elle s'adresse également à l'ensemble des professionnels (avocats, magistrats, policiers ou gendarmes, enseignants, infirmières, puéricultrices, auxiliaires-puéricultrices, sages-femmes, médecins généralistes et spécialistes, psychologues, psychiatres) souhaitant acquérir une spécialisation dans le domaine de la protection de l'enfance ainsi qu'aux étudiants se destinant à l'une des ces professions.

Le D.U. est ouvert aux personnes travaillant dans le secteur public (particulièrement le Conseil général, l'hôpital, l'éducation nationale) et les personnes travaillant dans le secteur privé (associations, barreau...).

L'équipe pédagogique du D.U. de protection de l'enfance reflète la pluridisciplinarité qui caractérise la formation. Elle se compose à la fois d'universitaires et de professionnels en exercice. Les enseignements sont assurés par des juristes (professeurs de droit, avocats, magistrats), des médecins, (pédiatres ou psychiatres) et par des cadres de la Direction enfance-famille du Conseil général de la Gironde¹³.

Sur la question de la formation en matière de protection de l'enfance, l'ODPE note qu'un effort remarquable a été fait pour accentuer la formation sur cette question des professionnels travaillant avec les enfants. On peut souhaiter qu'un effort équivalent soit entrepris dans le cadre de la formation initiale.

Recommandation n°1

L'ODPE recommande d'intégrer davantage la protection de l'enfance dans les programmes de formation initiale des professionnels appelés à travailler avec des mineurs.
--

¹³ Le programme détaillé est disponible sur le site internet de l'Université Montesquieu-Bordeaux IV

§2 : La commission « Mineurs en mal de protection » : une réflexion pluriprofessionnelle

L'expression « mineurs en mal de protection » a fait l'objet d'une réflexion particulière du comité de pilotage. L'expression « en mal de protection » tend à signifier que les mineurs concernés sont confrontés à des difficultés de mise en œuvre des mesures de protection dont ils auraient besoin. Mais celles-ci comportent souvent plusieurs modalités qui nécessitent des articulations particulièrement complexes. Dès 2009, les premiers échanges au sein du Comité de pilotage de l'ODPE ont permis de dégager des problématiques prioritaires parmi lesquelles celles posées par la prise en charge des jeunes les plus en difficulté.

La commission avait en effet repéré plusieurs points critiques sur ce sujet :

- des délais trop longs, entre l'orientation prononcée par la MDPH et l'affectation de ces mineurs en établissements médico-sociaux, ce qui pose des problèmes aux maisons d'enfants à caractère social qui les accueillent dans cette attente.
- une absence de dispositifs spécifiques dédiés à ce public,
- des difficultés d'accès aux soins en santé mentale de ce public. Cette question avait d'ailleurs déjà fait l'objet de préconisations inscrites dans le Schéma Départemental 2007-2011¹⁴.

Dès lors, la commission s'est fixée plusieurs objectifs. Il s'agissait :

- de comprendre les raisons de la mise en échec des institutions dans un certain nombre de prises en charge complexes des mineurs les plus en difficulté,
- d'identifier les difficultés d'articulations entre institutions,
- de formuler des propositions réalisables à l'échelon départemental en vue d'atténuer ces difficultés et de réduire les points de blocages,
- d'identifier les problématiques nécessitant une information de l'ONED.

Ce thème a été choisi lors de la première conférence annuelle en décembre 2009, comme axe de travail prioritaire en 2010. Cette problématique dont s'est emparée l'ODPE de la Gironde est loin d'être inédite et la commission a réalisé une recherche documentaire. On peut citer par exemple : un rapport thématique de la Défenseure des enfants consacré à la question des adolescents en grande difficulté¹⁵ ; un rapport d'information de la commission des lois de l'Assemblée nationale portant sur la prise en charge sanitaire, psychologique et psychiatrique des personnes mineures (décembre 2009). On peut également citer une recherche financée par l'ONED, le Conseil général du Val-de-Marne et le Conseil général du Val d'Oise : « Parcours et situations de vie des jeunes dits « incasables » (août 2008). Dans le département du Rhône, l'Observatoire départemental de la Protection de l'enfance et de l'adolescence avait également confié au CREA Rhône-Alpes, en 2004, une étude intitulée « L'accueil des adolescents en grande difficulté, travail partenarial en réseau »¹⁶.

En Gironde, l'ODPE a suivi en 2009 une étude girondine spécifique initiée par la Direction Enfance et Famille et la Protection Judiciaire de la Jeunesse en 2007 (cf. infra). L'analyse des

¹⁴ « Schéma départemental conjoint de la prévention et de la protection de l'enfance, de la jeunesse et de la famille 2007-2011 », Conseil Général de la Gironde, p.80

¹⁵ "Adolescents en souffrance : plaidoyer pour une véritable prise en charge", novembre 2007

¹⁶ Eliane Corbet, Patrick Grégoire, en coll. avec l'Ecole de psychologues praticiens de Lyon, « *L'accueil des adolescents en grande difficulté, travail partenarial en réseau* », Conseil général du Rhône, CREA Rhône-Alpes, décembre 2004.

résultats de ces études a amené l'ODPE à tenter de comprendre pourquoi, alors que des remèdes aux difficultés étaient dégagés par les différentes instances concernées, ces derniers restaient inefficaces.

Pour mener à bien son projet, la commission a organisé des auditions de représentants d'institutions sociales, médico-sociales et sanitaires de la Gironde, afin de recueillir leur témoignage sur leurs expériences dans ce domaine et leur point de vue sur les moyens à mettre en œuvre pour améliorer, dans notre département, la prise en charge des mineurs concernés.

Cette méthode a permis de formuler quelques premiers constats et recommandations présentés lors de la 2^{ème} conférence annuelle de l'ODPE¹⁷. Ils confirment l'existence de difficultés déjà repérées : si la commission a relevé des réalisations et des projets en cours qui vont dans le bon sens, des efforts sont néanmoins à porter à différents niveaux et, en particulier sur les prises en charge institutionnelles qui sont pour partie insatisfaisantes et inadaptées au jeune public en grande difficulté.

C'est dans le cadre de ces auditions que la commission a eu connaissance, début 2010, des résultats du fonctionnement de la Cellule de Suivi de l'Accueil Immédiat (CSAI), instance qui rassemble des professionnels appartenant à différents organismes et institutions oeuvrant dans le secteur de la protection de l'enfance¹⁸.

La CSAI est chargée d'examiner les situations complexes d'enfants accueillis pour lesquels se pose une difficulté de mise en œuvre d'une mesure de placement ainsi que celles des mineurs pour lesquels se pose un risque de rupture de placement et les situations des mineurs pour lesquels se posent un risque de placement à l'Aide Sociale à l'Enfance par défaut d'une prise en charge spécialisée. Elle a également pour mission d'anticiper les difficultés de prise en charge avant l'activation du protocole d'accueil immédiat et de rechercher un moyen concret et coordonné de sortie du Foyer de l'Enfance ou Centre de Placement Immédiat de la P.J.J. pour les situations qui bloquent le dispositif d'accueil immédiat après sa mise en œuvre. Ainsi, en 2009, parmi l'ensemble des situations difficiles, la CSAI a été saisie de 14 situations particulièrement complexes ; pour 6 d'entre elles les axes de travail préconisés par la CSAI ont abouti et 2 situations étaient en cours de recherche de solutions. Il semble cependant qu'à long terme le fonctionnement de la CSAI rencontre des difficultés. Il conviendrait de conforter les missions de la CSAI et optimiser son fonctionnement par une mobilisation active de ses membres en y intégrant des représentants de la Délégation territoriale Girondine de l'A.R.S. En effet, de nombreuses difficultés dans la réalisation des orientations en établissements médico-sociaux décidées par la MDPH ont été relevées.

Recommandation n°2

L'ODPE souhaite que l'effectivité des décisions de la M.D.P.H. soit mieux garantie.

Les différentes auditions révèlent également l'absence de dispositifs spécifiques dédiés au public des mineurs en mal de protection et nécessitant une prise en charge pluri institutionnelle. Est également notée l'absence d'une structure intermédiaire entre hôpital et

¹⁷ Qui s'est tenue le 10 décembre 2010. Les constats tirés des auditions qui se poursuivent actuellement seront présentés lors de la prochaine conférence annuelle en 2011.

¹⁸ Comme concrétisation d'une des préconisations du Schéma départemental 2007-2011, cette cellule a été créée en fin d'année 2007, à partir d'une cellule de veille éducative co-animée par la D.E.F. et la P.J.J. déjà existante. Participent à la cellule : des représentants du Pôle Missions spécifiques et du Service d'Accueil familial de la Direction Enfance Famille (Conseil général), de la PJJ, de l'Education Nationale, de la MDPH, de Foyers et Maisons d'enfants à caractère social, de Service d'AEMO, de secteurs psychiatriques infanto-juvéniles.

établissement d'accueil non médicalisé. Un projet de création d'un « Home d'Accueil Thérapeutique Intersectoriel » (HATI) de 12 places par le Conseil général et l'ARS avait été envisagé. Il s'agit d'un dispositif de prise en charge à double tarification (Aide sociale à l'enfance et Assurance maladie), dont la vocation est d'offrir un accueil et un hébergement pour les adolescents dont la pathologie nécessite un accompagnement spécialisé (prise en charge souple et modulable en fonction du projet individualisé). Ce H.A.T.I qui conjugue prise en charge socio-éducative et prise en charge thérapeutique paraît être une réponse particulièrement appropriée à la problématique des mineurs en mal de protection.

Recommandation n°3

L'ODPE recommande que soit réactivé le projet de Home d'Accueil Thérapeutique intersectoriel (HATI) par le Conseil général et l'ARS.

La commission « mineurs en mal de protection » a également mis en exergue les difficultés d'accès aux soins en santé mentale de ce public, compte tenu de l'insuffisance du nombre de pédopsychiatres en Gironde (tant dans le secteur libéral que public) pour faire face à l'importance de la file active des jeunes patients. Un certain nombre de projets allant dans ce sens devraient aboutir prochainement comme, par exemple, la création d'une équipe mobile de pédopsychiatrie qui devrait être finalisée dans un laps de temps relativement court. La commission constate la non finalisation du projet de création d'une Maison des Adolescents malgré l'engagement de partenaires concernés.

Recommandation n°4

L'ODPE recommande la création d'une Maison des adolescents à Bordeaux.

Le travail de la commission se poursuit à ce jour par la continuation des auditions dont l'exploitation devrait aboutir à des recommandations qui seront présentées lors de la conférence annuelle de 2011.

§3 : Le suivi des études

1 Le devenir des anciens de l'ASE

L'Observatoire a participé au suivi d'une étude commandée par la Direction Enfance Famille du Conseil général à l'Institut d'Etudes démographiques de l'Université Bordeaux IV (IEDUB) sur « *le parcours et le devenir des mineurs admis à l'ASE de la Gironde* ».

Il s'est agi de réaliser, par une observation statistique, une analyse historique de la population des mineurs admis à l'ASE lors de ces dix dernières années afin de dégager les tendances générales observables dans cette population et de décomposer l'ensemble des parcours en divers profils. De plus, une enquête par questionnaire menée à partir d'un échantillon de 600 anciens mineurs admis à l'ASE devait retracer la trajectoire de ces anciens admis depuis leur sortie des dispositifs de l'ASE en termes de situation familiale, de scolarité, de formation, d'emploi et de logement.

Les grandes lignes de cette étude, réalisée en 2009-2010, ont été présentées à la conférence annuelle de décembre 2010.

L'observation statistique des parcours de près de 20 000 mineurs admis à l'ASE entre 1999 et 2007 a mis en exergue la multiplicité de ces parcours en fonction de l'âge à l'entrée et à la sortie et du type de mesures mises en œuvre. Par ailleurs, cette partie de l'étude a permis d'affirmer la primauté du travail de prévention. Les jeunes girondins sont en effet concernés davantage par des mesures de prévention que par des mesures de protection. Ainsi, un calcul

du taux conjoncturel de premières entrées à l'ASE permet d'estimer que pour 100 enfants qui naîtraient en 2011, 11 seraient concernés par des mesures ASE durant leur minorité.

L'enquête, quant à elle, a été réalisée auprès de 50 anciens admis âgés de 20 à 40 ans. La difficulté, non surmontée, de retrouver suffisamment d'anciens admis plusieurs années après leur admission a empêché les résultats de l'enquête d'être représentatifs de l'ensemble des mineurs admis à l'ASE. Néanmoins, l'enquête rend compte d'un échantillon de trajectoires d'insertion d'individus ayant été admis en majorité avant 10 ans et, en tant que jeune majeur, jusqu'à 21 ans et ayant bénéficié de mesures de protection en famille d'accueil (pour au moins 51% d'entre eux). Malgré ces caractéristiques, chaque parcours s'est révélé singulier et a été vécu différemment, conduisant à des trajectoires d'insertion disparates.

La comparaison de données socio-économiques entre, à âge égal, les enquêtés et les Girondins, laisse percevoir un décalage en défaveur des enquêtés pouvant s'expliquer par le milieu social d'origine (concentration de milieux sociaux modestes parmi les anciens admis par rapport à l'ensemble de la population girondine du même âge).

En effet :

- 65% des enquêtés étaient en emploi au moment de l'enquête (contre 74% des Girondins de même âge), et davantage à des postes d'employés et d'ouvriers que les Girondins,
- 20% des enquêtés avaient un niveau de diplôme égal ou supérieur au Baccalauréat (contre 57% chez les Girondins) et 55% étaient locataires de leur logement (contre 50% des Girondins).

En revanche les comportements des enquêtés se rapprochent de celui des Girondins pour ce qui concerne la composante familiale puisque 62% d'entre eux étaient en couple contre 61% des Girondins ; en outre, près des 2/3 des enquêtés avaient au moins un enfant. Hormis un parent dont l'enfant était l'objet une mesure de protection ASE au moment de l'enquête, tous les autres parents en avaient la garde (totale, ou alternée en cas de séparation).

La dernière partie de l'enquête portait sur la question des liens familiaux des enquêtés. Le travail de mise à plat de leur histoire, parfois complexe, avec l'aide et le soutien identifiés des travailleurs sociaux et éducateurs, leur a permis, surtout autour de l'âge du passage à la majorité et à des degrés divers selon les individus, d'avancer. Si des liens familiaux ont été suspendus violemment, d'autres, de qualité, ont pu se tisser entre certains anciens admis et les familles d'accueil ou éducateurs, et d'autres encore essayent de se renouer avec le temps.

L'enquête a pu montrer l'importance du soutien continu et renforcé lors du passage à l'âge adulte, concomitant aux premières étapes de l'insertion (premier logement, premier emploi).

2 Les mineurs en grande difficulté

L'étude a été réalisée dans le cadre du Schéma départemental 2007-2011, pour répondre à l'une de ses orientations : « Prendre des mesures ciblées au bénéfice de certains publics ». Elle a été menée de 2007 à 2009 conjointement par la Direction Enfance Famille et la PJJ.

Cette étude poursuivait plusieurs objectifs : mieux connaître le profil des jeunes considérés par les professionnels comme étant en grande difficulté, mesurer les difficultés rencontrées dans les prises en charge par les lieux d'accueil, repérer les processus spécifiques d'accueil, d'accompagnement et d'orientation, recueillir les expériences éducatives et *in fine*, élaborer des préconisations destinées à faire évoluer les dispositifs de prises en charge de ce public.

La méthode employée a consisté en un questionnaire adressé à vingt-quatre lieux d'accueil et par un questionnaire approfondi auprès de cinq des structures sollicitées¹⁹ choisies parmi celles accueillant particulièrement les jeunes les plus en difficulté et ce quel que soit le statut du placement, y compris en application de l'ordonnance de 1945. Enfin, les résultats de l'enquête ont été enrichis dans un deuxième temps par des interviews de professionnels des secteurs judiciaire, social et sanitaire.

¹⁹ Soit : l'APPRES, l'ARESCJ (PRADO), le Centre de Placement Immédiat de Pessac (PJJ), EMMAUS ERMITAGE, le SARA (AGEP)

Les questions principales portaient sur :

- la définition de la notion de « jeune en grande difficulté »,
- les caractéristiques de ces jeunes,
- le statut de leur prise en charge,
- l'analyse des composantes positives d'une prise en charge,
- le sentiment éventuel d'isolement des professionnels dans les recherches de solutions,
- le maintien ou non des relations du jeune avec sa famille,
- les manifestations de violences auto ou hétéro agressives,
- les réponses institutionnelles à cette violence,
- la pertinence ou pas du traitement des situations en urgence,
- le degré de pertinence des séjours de ruptures,
- enfin, les partenaires incontournables dans ces prises en charge.

Les caractéristiques des jeunes en grande difficulté. L'exploitation des questionnaires a permis d'analyser les caractéristiques de 129 jeunes - dont 24 jeunes majeurs - indiqués comme les plus en difficulté par les établissements et services interrogés. Leur répartition selon le sexe était à quasi-parité (53% de filles pour 47% de garçons). Les âges s'étendaient de 12 ans (1 cas) à 20 ans (9 cas) pour un âge médian d'environ 16 ans et 3 mois pour les garçons et 16 ans et 6 mois pour les filles. Plus du tiers d'entre eux (36%) étaient l'objet d'une mesure pénale et les autres (64%) d'une mesure judiciaire au civil ou d'un accueil provisoire.

68% d'entre eux étaient issus d'une famille monoparentale ou de parents séparés et 14% ne bénéficiaient d'aucun appui parental.

La définition commune du « jeune en grande difficulté » qui ressort des réponses à l'enquête peut être résumée par les caractéristiques suivantes : il s'agit d'adolescents confrontés à des difficultés familiales graves, au passé ponctué d'échecs, de ruptures, d'abandon et de maltraitance, souffrant de l'absence d'une image d'adulte « crédible ». Ces situations entraînent des comportements à risque tels que des conduites addictives, des comportements auto ou hétéroagressifs, une déscolarisation ou encore la mise en échec des accompagnements socio-éducatifs classiques.

Les conditions d'une prise en charge positive Un certain nombre de conditions institutionnelles intervenant dans le travail éducatif sont signalées comme étant des facteurs positifs d'amélioration de la situation des jeunes en grande difficulté, notamment :

- une préparation des professionnels à la rencontre avec le jeune,
- l'implication de tous les membres de l'équipe quels que soit leur profession,
- et, enfin, pour ceux qui présentent des troubles psychopathologiques, une articulation concertée entre les secteurs éducatifs, médico-social et psychiatriques.

Cette approche nécessite un travail de réajustement permanent.

Quant au contenu du travail éducatif proprement dit, les réponses à l'enquête mettent en exergue les éléments suivants, comme facteurs de réussite :

- le positionnement du jeune au centre du dispositif en évitant les rapports « en tête-à-tête »,
- l'importance d'un travail autour de la parole,
- la construction ou la reconstruction de repères dont la reprise du lien avec l'adulte,
- la permanence du référent pendant toute la durée de la prise en charge,
- la réalité d'une permanence 24h sur 24 au sein du lieu d'accueil,
- la requête du concours des parents, d'une écoute et d'un dialogue conjoint avec le jeune dans la recherche d'une réponse parentale adaptée ou, au contraire, l'éloignement des rapports du jeune avec sa famille.

Les difficultés des professionnels. De façon quasi-unanime, les professionnels font état d'un sentiment d'isolement face aux difficultés de prise en charge de ces jeunes, particulièrement lors de situations de rupture mettant en échec la réponse éducative ou psychiatrique.

De même, les équipes éducatives sont confrontées à des phénomènes de violence dans 38% des situations, en général exprimée à l'extérieur des services. Face à ces actes de violence, des positions institutionnelles ressortent de l'enquête :

- les équipes doivent prêter une attention particulière à tout signe avant-coureur d'une manifestation de violence,
- le lieu d'accueil doit « faire tiers » et la réponse éducative doit être l'aboutissement d'une réflexion pluridisciplinaire intégrée dans un travail d'analyse de la pratique,
- toute manifestation de violence doit être prise en compte et l'intervention éducative doit être individualisée,
- l'adhésion du jeune aux décisions est recherchée, et il est physiquement accompagné dans toutes ses démarches.

Les séjours de rupture sont unanimement estimés pertinents quel qu'en soit le lieu, y compris, si nécessaire, les centres éducatifs renforcés ou fermés.

Enfin, il résulte des réponses à cette enquête la nécessité de développer ou renforcer les coopérations entre différents partenaires tels que la psychiatrie, l'Education nationale, les organismes d'insertion professionnelle etc....

Des constats aux préconisations. A la suite de présentation des constats résultants de l'exploitation de cette enquête, une nouvelle série d'interviews a été réalisée auprès de divers professionnels de la protection de l'enfance, de la justice et de la psychiatrie infanto-juvénile permettant d'avancer quelques préconisations dans le but d'améliorer les prises en charge des jeunes les plus en difficulté :

- la prévention des grandes difficultés devrait commencer par la formation de tout professionnel en charge des mineurs concernant par exemple les dysfonctionnements du lien parent-enfant, la souffrance psychique des enfants, les signes de risque ou de danger, les dispositifs d'aide et d'accompagnement et, pour les adolescents eux-mêmes, l'accès à une Maison des adolescents,
- la création ou le renforcement de lieux de prise en charge psychiatriques pour les 16 à 18 ans, de consultations spécialisées dans le traitement des jeunes agresseurs sexuels, d'équipes pédopsychiatriques mobiles, de lieux de moyen séjour et de structures à la fois éducatives et thérapeutiques en santé mentale,
- l'amélioration de l'accès aux établissements médico-sociaux par la réduction significative des délais entre orientation par la MDPH et affectation dans un établissement, et le renforcement de la CSAI en y intégrant des représentants de ces établissements et de l'ARS,
- une meilleure coordination des prises en charge des situations complexes par la formalisation des prises en charges partagées (« fil rouge »)
- la recherche d'indicateurs communs concernant ce public afin de pouvoir rassembler des données tant qualitatives que quantitatives pour mieux conduire et articuler les actions en sa faveur.

Partie II : La protection de l'enfance en Gironde

L'article L112-3 du Code de la famille et de l'aide sociale définit la protection de l'enfance comme incluant la prévention, l'accompagnement des familles et la prise en charge des enfants. La protection de l'enfance nécessite dans un premier temps une analyse des situations des enfants en danger ou en risque de l'être (chapitre 1) avant de mettre en place, le cas échéant, des mesures de protection (chapitre 2).

Chapitre 1 : Le constat du risque ou du danger

Le terme de constat traduit l'un des objectifs de l'observatoire : mesurer la transmission des informations sur la situation des enfants en danger ou en risque de l'être. Il s'agit de faire le bilan en termes quantitatifs, mais également en terme d'actions mises en œuvre pour favoriser ce constat, des dispositifs de révélation des situations de danger concernant un enfant. Ce bilan nécessite un examen des chiffres fournis par les différents acteurs du constat des situations de danger mais également une analyse de la circulation des informations concernant ces situations. En effet, cette circulation de l'information relative au danger conditionne largement l'efficacité de la protection de l'enfance.

La transmission des informations relatives aux enfants en danger ou en risque de l'être est organisée en Gironde, conformément aux prescriptions légales, dans le cadre de protocoles qui assurent la transmission des informations au Bureau de l'Enfance en Danger (BED), acteur central de la protection de l'enfance dans le département (section 1). Après l'analyse du circuit des informations, il conviendra de présenter une analyse quantitative des différentes révélations relatives aux situations d'enfant en danger qu'il s'agisse d'informations préoccupantes ou de signalements (section 2).

Section 1 : Les protocoles

Conformément aux exigences légales, la Gironde est dotée d'un protocole départemental qui a fait l'objet d'une déclinaison particulière dans le cadre de l'Education nationale.

§1 : Un protocole départemental

Le Protocole d'Accord relatif au recueil, au traitement et à l'évaluation des informations préoccupantes et des signalements concernant les mineurs en danger ou en risque de l'être, au sein de la cellule départementale a été élaboré pour satisfaire aux dispositions de la loi n°2007-293 du 05 mars 2007. La loi a, en effet, redéfini les rôles et places respectifs des différents acteurs de la Protection de l'Enfance, dans le but d'assurer une meilleure pertinence, efficacité et cohérence de leurs interventions. Elle a, à cet effet, introduit un ensemble de dispositions visant :

- à recentrer sur les services départementaux le dispositif public de prévention, de repérage et de traitement des situations de danger, notamment par la mise en place d'une cellule départementale de recueil des informations préoccupantes,
- à améliorer la circulation de l'information entre acteurs de la protection de l'enfance notamment par la légalisation du partage d'informations à caractère secret,
- à repositionner l'intervention de l'autorité judiciaire en action civile selon le principe de subsidiarité de son action par rapport à celle des services départementaux.

La loi a conforté le rôle du chef de file du Président du Conseil Général en matière de protection de l'enfance, mission qu'il assure depuis les lois de décentralisation (1982-1983),

et l'a chargé du recueil, du traitement et de l'évaluation des informations préoccupantes concernant les enfants en danger ou en risque de l'être.

Pour satisfaire aux prescriptions légales, le Président du Conseil Général de la Gironde a proposé la signature d'un protocole commun avec le représentant de l'Etat dans le département, les partenaires institutionnels concernés et l'autorité judiciaire, en vue de centraliser ces informations au sein d'une cellule départementale.

Un groupe de travail, composé de représentants des directions du Conseil Général assurant les missions de Protection de l'Enfance (Direction Enfance et Famille, Direction des Actions territorialisées et du Développement social, Direction des Actions de santé), de la Direction Départementale de la Protection judiciaire de la jeunesse, de l'autorité judiciaire (magistrats des parquets de Bordeaux et de Libourne, juges des enfants de Bordeaux et de Libourne), ainsi que de l'Education Nationale, a œuvré à l'élaboration d'un protocole visant à coordonner l'action des différents partenaires concernés par la protection des mineurs en danger ou en risque de l'être.

Dans un objectif pédagogique, ce protocole à l'usage des acteurs de la protection de l'enfance, décrit les missions de la cellule départementale de recueil des informations préoccupantes (CRIP), dénommée en Gironde « Bureau de l'Enfance en Danger » (BED, cf. infra), son organisation, les modalités de transmission, la procédure de traitement et d'évaluation des informations préoccupantes, ainsi que les décisions prises à l'issue de l'évaluation.

Ce protocole fait donc partie de ceux qui, selon la typologie de l'ONED, sont « centrés sur le circuit de l'information préoccupante, ses modalités d'évaluation, les retours d'informations entre partenaires, le protocole étant pris dans sa dimension de « processus »²⁰. En outre, il précise les modalités de coordination entre les partenaires ainsi que les liens avec l'Observatoire Départemental de la Protection de l'Enfance et l'Observatoire National de l'Enfance en Danger.

Le protocole a, dans un premier temps, été signé entre les partenaires les plus proches au sens où ils avaient déjà mis en place une collaboration informelle en matière de protection de l'enfance:

- le Président du Conseil Général de la Gironde,
- le Préfet de la Gironde,
- le Président des Tribunaux de Bordeaux et de Libourne et le Procureur de la République près le Tribunal de Grande Instance de Bordeaux et de Libourne,
- l'Inspecteur d'Académie de la Gironde,
- le Directeur Départemental de la Protection Judiciaire de la Jeunesse.

D'après l'étude de l'ONED, certains départements ont scindé leur protocole en deux protocoles distincts n'ayant pas les mêmes signataires alors que d'autres ont prévu des protocoles spécifiques sur des thèmes particuliers ou bien encore, un protocole relatif uniquement à la cellule départementale de recueil et un autre réunissant les différents signataires institutionnels.

Comme la plupart des départements, la Gironde a fait un autre choix, celui d'un protocole unique mais avec une déclinaison en annexe²¹. C'est le cas du protocole interne à l'Inspection Académique.

Des conventions annexes permettent de proposer l'adhésion à d'autres partenaires, notamment du secteur hospitalier. Une convention avec l'hôpital pédiatrique du CHU de Bordeaux est d'ailleurs en cours d'élaboration.

²⁰ Voir, à ce sujet, l'évaluation réalisée par l'ONED des protocoles de 50 départements. Cinquième Rapport annuel de l'Observatoire National de l'Enfance en Danger remis au Parlement et au Gouvernement, Avril 2010, p.9 et 10

²¹ *Ibid ci-dessus*

Recommandation n°5

L'ODPE soutient la déclinaison du protocole départemental relatif au traitement et à l'évaluation des informations préoccupantes et des signalements avec l'ensemble des partenaires concourant à la protection de l'enfance et particulièrement les démarches engagées avec les secteurs sanitaires public, privé et libéral.

Globalement, la mise en place de la cellule a permis l'instauration en Gironde d'un partenariat de qualité, systématisé entre les acteurs principaux de la protection de l'enfance, dont on ne peut que se féliciter.

Un comité de suivi du protocole a été mis en place pour veiller à son application, accompagner sa mise en œuvre et proposer tout aménagement utile. Les premières réunions du comité de suivi du protocole ont constaté un premier effet, l'augmentation importante des transmissions d'informations préoccupantes. Cette centralisation des informations préoccupantes vers le Conseil général permet, après évaluation médico-sociale, de développer sur le terrain des mesures d'aides et d'accompagnement des familles et d'assurer une meilleure protection des enfants en danger, ce qui était l'objectif recherché.

La mise en place de la cellule a permis de développer un partenariat de qualité, entre l'autorité judiciaire et le Conseil général ; ce partenariat existait certes déjà dans le département, mais les liens se sont à la fois resserrés entre les signataires du protocole, et étendus par effet indirect, particulièrement à l'égard des services de la Brigade des mineurs et ceux de la Brigade de Prévention de la délinquance juvénile.

Le protocole a en outre optimisé la coordination avec un des partenaires institutionnels du Conseil général, privilégié du fait de sa présence au quotidien auprès des mineurs : l'Education Nationale, et plus particulièrement en ce qui concerne la question des saisines directes adressées au Parquet et le recentrage effectué vers la cellule.

Par ailleurs, le protocole et les réunions du comité de suivi ont permis de nourrir le débat sur la notion d'information préoccupante et d'en préciser ses contours. On observe, en effet, que cette notion est parfois difficile à appréhender, tant il est vrai que la loi n'en donne pas une définition précise. Par exemple, il apparaît qu'une demande d'aide à l'initiative de la famille ou une proposition d'aide éducative dans le cadre d'un accompagnement social déjà en cours, ne peuvent relever de la qualification d'information préoccupante. De même faut-il distinguer de simples liaisons de travail entre partenaires, des faits relevant d'une information préoccupante qui nécessite une évaluation pluridisciplinaire. Les réflexions du groupe d'appui ministériel sont attendues à ce sujet. Suite à ces constats, il apparaît donc nécessaire de procéder à une régulation des informations préoccupantes, afin d'éviter l'encombrement du dispositif, au risque de passer à côté des situations les plus prégnantes et de perdre le sens de la notion d'aide et d'accompagnement qui sous-tend l'action médico-sociale dans le département. Mais cela demande une organisation rigoureuse qui concerne tous les acteurs afin que ces informations passent par les « bons créneaux » et ne soient pas perdus pour autant dans l'intérêt des enfants et des familles.

Un autre effet majeur du protocole, compte tenu du déplacement du curseur sur l'échelle du danger vers l'autorité administrative, est l'augmentation des demandes d'évaluation renvoyées par le Parquet suite à des saisines directes, et ceci même dans des situations où un dossier est ouvert au pénal. Cela engendre des positionnements parfois délicats pour les équipes de terrain qu'il conviendra de soutenir.

Si pour la majorité des procédures le protocole est venu formaliser ce qui se pratiquait auparavant dans le département, il y a cependant désormais une procédure spécifique pour les informations préoccupantes concernant les mineurs déjà bénéficiaires d'une mesure en milieu ouvert, que ce soit une mesure administrative (AED) ou une mesure judiciaire (AEMO). En effet, pour les mineurs relevant d'une mesure d'AEMO, exercée par une association conventionnée, l'information préoccupante est adressée au juge des enfants en charge du dossier en assistance éducative et au service d'AEMO, à charge pour ce service éducatif d'évaluer s'il peut intégrer cette information préoccupante dans son travail éducatif et d'en rendre compte au juge. De fait, les ¾ de ces informations préoccupantes (voir p.36 et suiv.) portent sur les motifs qui sont à l'origine de la mise en place de la mesure. S'il n'est pas possible pour ce service de traiter les éléments préoccupants portés à sa connaissance dans le cadre du travail éducatif en cours, il doit en informer le juge et le BED afin de déclencher une autre procédure d'évaluation concertée avec les services médico-sociaux du Département (de même pour les services de la PJJ et les SIOE) La mise en place de cette procédure fait l'objet d'une concertation étroite avec l'autorité judiciaire, le juge des enfants étant déjà saisi et donc garant du suivi exercé par le service d'AEMO.

Les modifications apportées par le protocole concernant les mineurs bénéficiant d'une AED, sur mandat administratif, ont cependant soulevé des interrogations chez certains partenaires associatif car venant parfois bousculer les pratiques professionnelles. En effet, si l'information préoccupante porte sur des éléments qui ne sont pas à l'origine de la demande éducative et donc qui ne font pas partie du projet individualisé élaboré avec les parents, il s'agit bien là d'évaluer la notion de danger encouru par le mineur et de la possibilité d'y remédier au mieux, en collaboration avec les détenteurs de l'autorité parentale. Il se peut que, dans certaines situations, le contenu de l'information préoccupante mette ces professionnels en difficulté pour effectuer cette évaluation. Il convient donc, dans ce cas, de se coordonner avec la MDSI pour intervenir au mieux dans l'intérêt de l'enfant.

Ces articulations sont certainement à améliorer mais on peut penser que les formations engagées vont apporter des réponses. En effet, le protocole prévoit la formation des professionnels pour acquérir une méthodologie d'évaluation en protection de l'enfance afin, entre autre, de renforcer les compétences des professionnels en la matière, d'harmoniser les pratiques et de développer une culture commune entre les différents acteurs de la protection de l'enfance, dans le respect de leurs champs d'intervention (formations à l'évaluation du danger selon la méthode Alföldi).

Pour aider ces familles, il faut savoir évaluer correctement ce qui fait la différence entre maltraitance, risque de danger, difficulté d'ordre social ou relationnel. Il faut impliquer la famille dans l'évaluation et s'appuyer aussi sur leurs compétences parentales.

§2 : Le protocole de l'Inspection Académique

L'Éducation Nationale contribue à la protection de l'enfance à la fois par des actions d'éducation et de prévention en direction de tous les élèves et par une mission de protection des enfants en danger conformément au Code de l'Éducation.

L'Éducation Nationale a été associée dans le département au groupe de travail mis en place par le Conseil Général pour élaborer un protocole visant à coordonner l'action des différents partenaires concernés par la protection des mineurs en danger ou en risque de l'être.

L'Inspecteur d'Académie, Directeur des Services Départementaux de l'Éducation Nationale de la Gironde, est ainsi cosignataire du *Protocole d'Accord relatif au recueil, au traitement et à l'évaluation des Informations Préoccupantes et des Signalements concernant les mineurs en danger ou en risque de l'être, au sein de la Cellule Départementale* signé le 10 décembre 2009.

Le Protocole Interne de l'Inspection Académique sur le traitement des informations préoccupantes et des signalements au sein des écoles et des établissements scolaires est

annexé au *Protocole d'Accord* adopté au niveau départemental. Ce protocole interne définit les procédures à mettre en œuvre au sein des écoles et des établissements scolaires. Il précise les rôles des différents acteurs de l'Éducation Nationale : Directeurs d'école, Chefs d'établissement, assistantes sociales, médecins et infirmières.

Des guides techniques à destination des Directeurs d'école et des Chefs d'établissement ont été élaborés par le Service Social en Faveur des Élèves en collaboration avec le service médical et le service infirmier de l'Éducation Nationale. Ils se présentent sous la forme d'un ensemble de questions / réponses. Ils ont pour objectif d'apporter une aide concrète en matière de repérage, d'évaluation et de transmission des informations préoccupantes et des signalements. Ils donnent un éclairage sur le cadre législatif, le rôle du Directeur d'école et du Chef d'établissement et sur le circuit du recueil et du traitement d'une situation d'enfant en danger ou en risque de danger. Ils contiennent enfin des outils visant à faciliter la rédaction et la transmission des écrits.

Un programme d'accompagnement à la mise en œuvre du protocole en direction d'un public ciblé a touché les personnels médico-sociaux (assistantes sociales, médecins et infirmières), ainsi que, dans le 1^{er} degré : les Inspecteurs de l'Éducation Nationale, les Directeurs d'école et les psychologues scolaires, et dans le 2nd degré, les Chefs d'établissements et les Directeurs de Centres d'Information et d'Orientation (CIO). Ce programme a été mis en œuvre au cours de l'année 2010 et s'est poursuivi en 2011.

La mise en œuvre du Protocole Départemental a produit des effets au niveau des pratiques des acteurs de l'Éducation Nationale. Ce travail a permis aux professionnels de prendre conscience de la nécessité d'une vigilance accrue par rapport au repérage des situations d'enfant en danger ou en risque de l'être. Cela a permis aussi un travail d'équipe au sein des écoles et des établissements et en partenariat avec les services spécialisés, et une meilleure connaissance des comportements à adopter ainsi que les étapes à respecter dans la prise en charge d'une situation.

Section 2 : Informations préoccupantes et signalements

L'analyse des informations préoccupantes et des signalements transmis au cours de l'année constitue un apport essentiel pour mesurer les besoins en termes de protection de l'enfance dans le département. Parce qu'il est le destinataire exclusif des informations préoccupantes, le BED est évidemment l'acteur principal de cette analyse (§1). Toutefois, un certain nombre d'autres sources permettent de la compléter avec profit (§2).

§1 : L'activité du Bureau de l'Enfance en Danger (BED)

La Direction Enfance Famille avait créé, dès 2003, le Bureau de l'Enfance en Danger lequel constitue désormais le noyau central de la cellule départementale de recueil des informations préoccupantes préconisée par la loi du 5 mars 2007, permettant ainsi au département de satisfaire très rapidement aux nouvelles exigences légales.

Le BED a pour mission de :

- garantir un circuit unique des informations préoccupantes dans le département,
- s'assurer de l'évaluation de la situation de danger ou de risque,
- veiller à la mise en œuvre d'actions de protection et d'accompagnement des mineurs et de leur famille,
- améliorer la coordination des actions judiciaires et administratives,
- harmoniser et améliorer les pratiques en matière de prévention et de protection de l'enfance,
- centraliser les données statistiques sur l'enfance en danger pour alimenter l'Observatoire Départemental de la Protection de l'Enfance (ODPE), et pour les transmettre à l'Observatoire National de l'Enfance en Danger (ONED).

Le BED est le destinataire exclusif des informations préoccupantes mais il peut, à la suite des informations qu'il reçoit, adresser des signalements au Parquet²². En l'absence de données sur le nombre d'informations préoccupantes au niveau national, il est pour l'instant impossible de situer quantitativement le département de la Gironde.

1 Le nombre d'informations préoccupantes

Tableau 9 **Nombre et âge des enfants concernés par une information préoccupante au cours de l'année 2009**

	0-2 ans	3-5 ans	6-10 ans	11-14 ans	15-17 ans	non renseignée ou incomplète	Total
Filles	222	216	426	391	341	28	1624
Garçons	241	253	472	404	247	19	1636
Sexe inconnu	4	5	8	8	2	1	28
TOTAL	467	474	906	803	590	48	3288

Source : CG33/DGAS-DEF / Bureau de l'Enfance en Danger

En 2009, le BED a été destinataire d'une ou plusieurs informations préoccupantes (un enfant peut en effet faire l'objet de plusieurs informations préoccupantes) concernant 3288 enfants soit environ 1 mineur girondin sur 100. Ce sont 189 enfants de plus qu'en 2008 qui en ont fait l'objet, soit une augmentation de 5,7%.

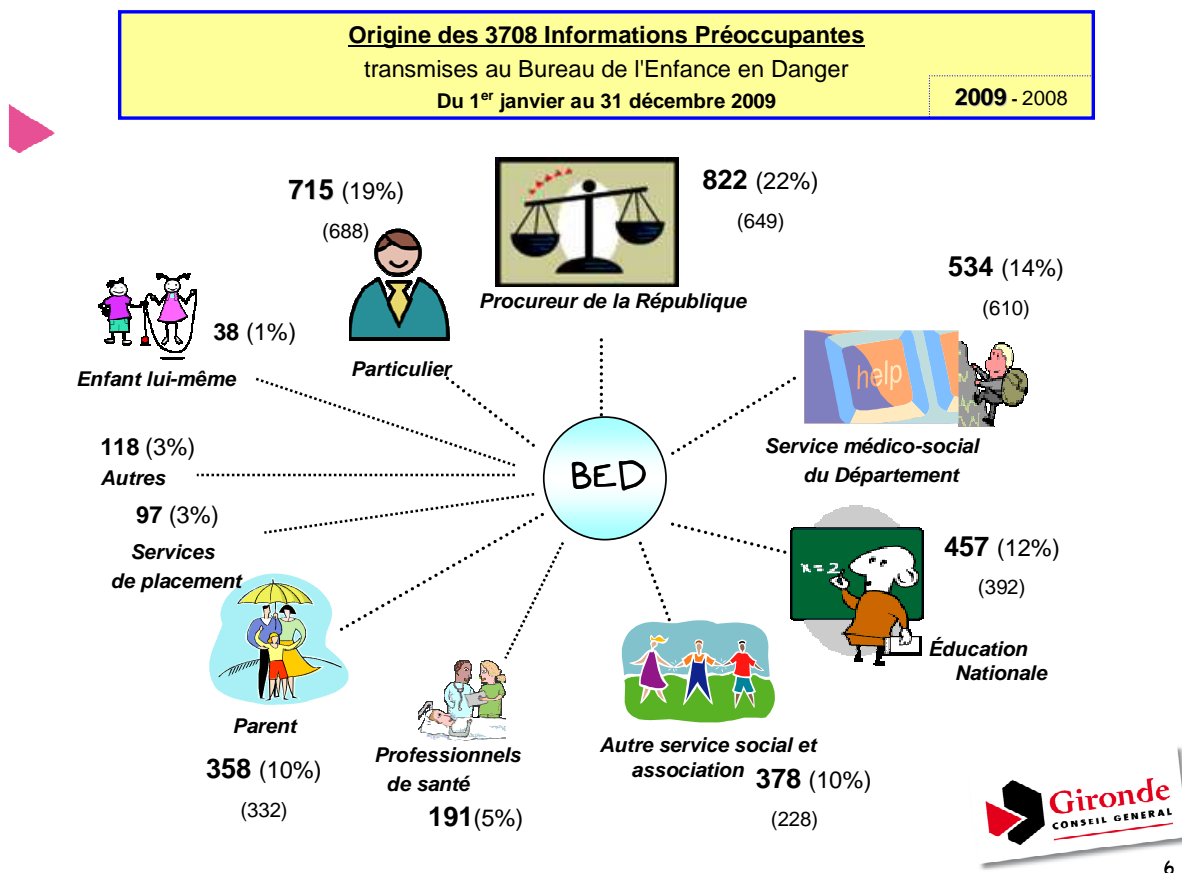
Ces enfants se répartissent environ par moitié entre filles et garçons et l'âge d'un peu plus de la moitié d'entre eux (52%) se situe entre 6 et 14 ans.

Sur la totalité des enfants ayant fait l'objet d'une information préoccupante, 61% avaient déjà bénéficié d'une aide au titre de l'Aide sociale à l'enfance.

²²Les données présentées ci-dessous sont, jusqu'à ce jour, issues des données agrégées transmises sur support papier à l'observatoire.

2 L'origine des informations préoccupantes

Schéma 1 L'origine des informations préoccupantes en 2009



DGAS / DEF-BED - Rapport d'activité 2009

6

Les sources à l'origine de la transmission des informations préoccupantes sont très variées. Si les sources institutionnelles (Procureur, Service social du Département, Education nationale) sont à l'origine, à elles trois, de près de la moitié des informations préoccupantes, l'activité des particuliers est à remarquer, étant la source de près de 20% du total des informations transmises au BED.

Parmi ces sources, trois d'entre elles sont en croissance par rapport à 2008 : les services de l'Education Nationale (+16% d'informations supplémentaires transmises), les particuliers (+39%) et surtout, le milieu associatif et les services sociaux autres que ceux du département (+66%).

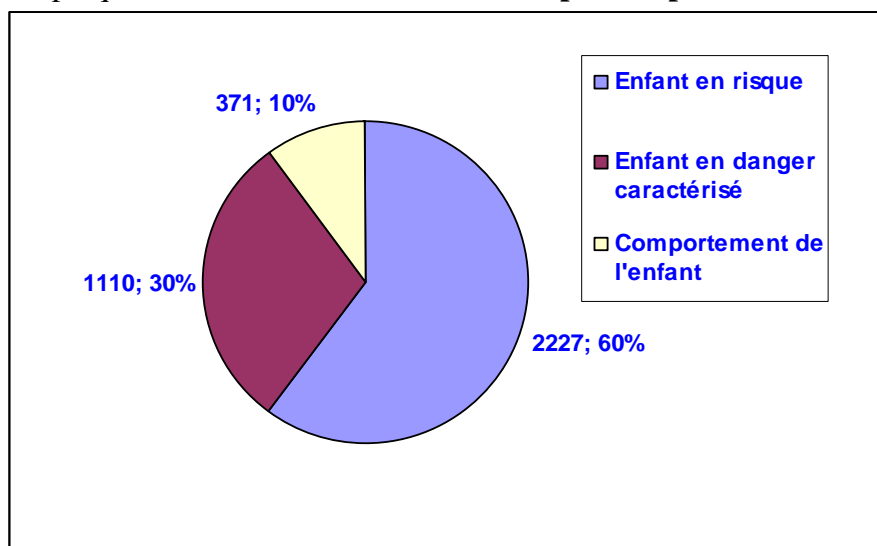
3 La nature des informations préoccupantes

Selon le risque ou le danger présumés au moment de la réception des informations préoccupantes, donc avant l'évaluation, ces dernières peuvent être classées en trois grands types :

- soit l'enfant est présumé "en risque" de danger,
- soit il est présumé "en danger",
- soit il est présumé se mettre en danger lui-même du fait de ses propres comportements

Le schéma ci-dessous montre la répartition opérée en 2009 entre ces trois grands types :

Graphique 2 La nature des informations préoccupantes



Source : CG33/DGAS-DEF / Bureau de l'Enfance en Danger

4 L'évaluation du danger ou du risque de danger

L'une sinon la responsabilité principale du BED consiste à évaluer le degré de risque ou la réalité du danger auquel est exposé le mineur objet de l'information.

Ainsi, sur la totalité des évaluations réalisées en 2009 :

- 68% ont conclu à des conditions d'existence qui risquent de mettre l'enfant en danger
- 16% ont conclu à une situation de danger
- et 16% à l'absence de risque ou de danger.

5 Les facteurs de risque de danger

Tableau 10 Les facteurs de risque de danger

Risque principal	Nombre	%
Absentéisme scolaire	121	4,7%
Education	1 221	47,4%
Entretien	133	5,2%
Moralité	28	1,1%
Santé physique	145	5,6%
Santé psychologique	549	21,3%
Sécurité	378	14,7%
Total	2575	100,0%

Source : CG33/DGAS-DEF / Bureau de l'Enfance en Danger

Le BED a également dressé, à partir de ces évaluations, une typologie des risques principaux courus par les 1 673 enfants dont les conditions d'existence recèlent un risque de danger, certains d'entre eux ayant pu en combiner plusieurs.

Trois facteurs principaux émergent :

- les difficultés éducatives dans 47% des cas, suivies des risques relatifs à la santé psychique dans 21% des cas, et de ceux relatifs à la sécurité de l'enfant dans 15% des cas.

6 Les types de danger

Le BED a également dressé, après évaluation, une typologie des principaux dangers courus par les 396 mineurs en danger :

Tableau 11 Les principaux types de danger

Négligence lourde : soins	10%
Négligence lourde : surveillance	12%
Violence physique	30%
Violence psychologique	27%
Violence sexuelle	21%

Source : CG33/DGAS-DEF / Bureau de l'Enfance en Danger

Près d'un quart soit 22 % des situations de danger sont relatives à des négligences « lourdes ». Mais la grande majorité des situations, près de 80%, sont constituées par des violences qui se répartissent entre des violences physiques (30% des cas), psychologiques (27%) et sexuelles (21%). Ainsi, les violences, parfois combinées, et quelle qu'en soit l'expression, dominent la scène du danger avéré.

7 Les problématiques familiales à l'origine des situations de risque ou de danger

Tableau 12 Les problématiques familiales

Problématiques familiales	Nombre d'enfants concernés	%
Alcool - drogue parents	329	9%
Carences éducatives parents	1566	43%
Comport. sex. inadapté parents	37	1%
Conflit lié à l'adolescence	77	2,1%
Conflit séparation parents	348	9,5%
Délinquance de l'enfant	87	2,4%
Environnement, habitat	149	4,1%
Errance, marginalité enfant	59	1,6%
Errance, marginalité parents	87	2,4%
Incarcération parent(s)	16	0,4%
Maladie-handicap-décès parent	86	2,4%
Pb psychopathologique parents	178	4,9%
Toxicomanie enfant	33	0,9%
Violence conjugale	193	5,3%
Violence familiale	401	11%
Total	3646	

Source : CG33/DGAS-DEF / Bureau de l'Enfance en Danger

Parmi les problématiques familiales repérées dans le cadre des évaluations réalisées au cours de l'année 2009, les carences éducatives parentales se retrouvent au premier plan aussi bien dans l'ensemble des évaluations que pour les enfants signalés (respectivement dans 43% et 37% des cas).

En deuxième rang, mais dans une moindre fréquence, ce sont les violences intrafamiliales qui sont à l'origine de la situation (11% de l'ensemble des situations et 13.5% des enfants signalés), et, conjuguées aux violences entre conjoints, elles représentent 20% des situations signalées au Parquet.

Enfin, dans 9% à 10% des cas, il s'agit de problèmes d'addiction à l'alcool ou à d'autres toxiques.

8 Les suites données aux informations préoccupantes

Tableau 13 Répartition des décisions du BED

Décision	2009	2008
Sans suite en protection de l'enfance	34%	32%
Saisine du Parquet	40%	36%
<i>dont en urgence :</i>	3%	
Mesure d'aide au domicile	5%	10%
Mesure d'accueil	2%	
Suivi social ou médicosocial	18%	21%

Source : CG33/DGAS-DEF / Bureau de l'Enfance en Danger

Les dossiers traités par le BED en 2009 ont fait l'objet de décisions administratives de plusieurs ordres. Plus du tiers des informations reçues ont été classées sans suite, et les deux tiers ont abouti à des mesures d'accompagnement, d'aide à domicile ou d'accueil ou à la saisine du Procureur de la République.

On constate que, dans l'activité du BED, il n'y a pas de baisse des signalements à l'autorité judiciaire, même s'il y a effectivement un certain recentrage sur les services du Conseil Général qui traitent un volume plus important de situations. Cette dernière augmentation s'explique par le fait qu'en multipliant les investigations, on en vient forcément à dégager de plus nombreuses problématiques. Sur le volume des situations concernées, une partie peut être traitée en accord avec les parents, dans le cadre de la prévention, mais pour les situations les plus dégradées, et compte tenu de l'opposition des parents, il se produit nécessairement un basculement vers l'autorité judiciaire pour assurer la protection des mineurs.

a. Les informations classées « sans suite »

Un dossier d'enfance en danger « classé sans suite » ne signifie pas obligatoirement que l'enfant n'est pas en risque de danger ou en danger caractérisé. Même si elle peut recouvrir plusieurs réalités, cette décision signifie seulement que l'Inspecteur Enfance *n'a pas pris* de mesures ou de nouvelles mesures au titre de l'ASE à la suite de l'information préoccupante.

Après la réception de l'information préoccupante, la décision de classement « sans suite » peut être prise selon deux moments différents : avant le processus d'évaluation de la situation de l'enfant ou au terme de ce processus.

Le processus d'évaluation correspond à une mobilisation de la famille pendant un temps plus ou moins long qui peut aller d'un simple entretien à plusieurs rencontres et cette démarche a

été qualifiée d' « accompagnement ». Cette notion a été introduite dans le cours de l'année 2009 afin de mieux identifier les motifs des décisions «sans suite». Ainsi, 14% des décisions de classement «sans suite» sont prises avant l'évaluation de la situation et 86% de ces décisions sont prises au terme de l'évaluation de la situation de l'enfant.

i. Avant l'évaluation

L'analyse des données concernant les décisions de classement «sans suite» avant l'évaluation de la situation de l'enfant (14% du total de ces décisions), montre que :

- dans 16% des cas, les enfants ou leur famille bénéficiaient déjà d'une aide ou d'un suivi par les services sociaux ou médico-sociaux du département,
- dans 78% des cas, les enfants ou leur famille bénéficiaient déjà d'une aide ou d'un suivi par un service extérieur au Conseil Général : par exemple, il pouvait s'agir d'une aide éducative en milieu ouvert, d'une prise en charge thérapeutique ou encore d'une procédure pénale déjà en cours etc....
- et ce n'est finalement que dans 6% des cas que l'information préoccupante est restée véritablement « sans suite », les informations transmises étant inexploitable ; dans la quasi-totalité de ces cas, les éléments suffisants manquaient pour pouvoir, même après enquête, identifier la famille ou son lieu de résidence.

ii. Après l'évaluation

L'analyse des décisions de classement « sans suite » prises *après* l'évaluation de la situation de l'enfant, montre que :

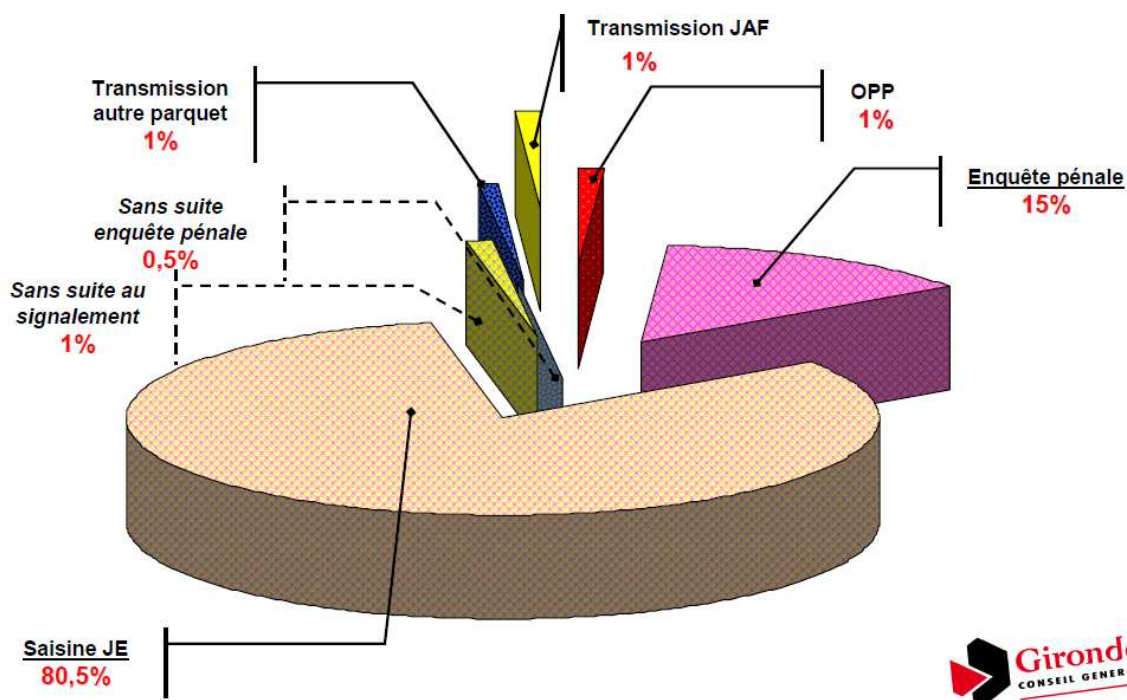
- dans 25% des cas, les enfants ou leur famille bénéficiaient déjà d'une aide ou d'un suivi par les services médico-sociaux du département,
- dans 56% des cas, les enfants ou leur famille bénéficiaient déjà d'une aide ou d'un suivi par un service extérieur au Conseil Général. Dans ces cas aussi, il peut s'agir d'une aide éducative en milieu ouvert, d'une prise en charge thérapeutique, ou encore d'une procédure pénale en cours par exemple...
- pour les cas restants (16%), la décision correspond à un «*arrêt de l'accompagnement*». Cette qualification est attribuée lorsque le professionnel effectuant l'évaluation met fin à la démarche et conclut à une absence de risque et de danger pour l'enfant.

b. Les transmissions au Parquet : les suites et les décisions judiciaires

i. Les suites données aux signalements au Parquet transmis par le BED

A la fin 2009, 1 110 décisions du Parquet ont été communiquées au BED à la suite des signalements que ce dernier lui a transmis. Le graphique 3 ci- après en montre la répartition :

Graphique 3 Les décisions judiciaires après transmission au Parquet



Source : CG33/DGAS-DEF / Bureau de l'Enfance en Danger



Plus de 80% des signalements effectués par le BED ont amené le Parquet à saisir le Juge des Enfants et 15% d'entre eux ont donné lieu à une enquête pénale. Enfin dans moins de 2% des cas, il n'a pas été donné suite au signalement.

ii. Les retours des décisions judiciaires des Tribunaux pour enfants

95% des 970 décisions des Tribunaux pour Enfants de Bordeaux et de Libourne rendues à la suite des transmissions du BED et pour lesquelles un retour a été effectué à ce dernier, se répartissent, par ordre de fréquence selon 3 mesures :

- une mesure d'AEMO (aide éducative en milieu ouvert) dans 33% des cas,
- une mesure d'IOE (investigation et mesure éducative dans 30% des cas,
- et une OPP (ordonnance de placement provisoire) dans 15% des cas.

§2 : Informations préoccupantes et signalements : sources complémentaires

Toutes les informations préoccupantes sont adressées au BED (Bureau de l'Enfance en Danger). En revanche, les signalements, entendus comme la saisine du Procureur de la République en raison d'une situation faisant apparaître que l'enfant est en péril de manière immédiate, qu'il est gravement atteint dans son intégrité physique et ou psychique et que les faits dont il est victime peuvent constituer une infraction pénale, sont pour un certain nombre d'entre eux directement transmis au Parquet par des personnes ou institutions autres que le BED.

1 Le Parquet

En plus des signalements effectués par le BED à la suite d'une information préoccupante (cf. supra), un certain nombre de signalements sont adressés directement au Parquet par certaines personnes ou institutions. Certaines institutions fournissent à l'ODPE le chiffre des signalements directs qu'elles effectuent (cf. infra), mais ce n'est pas le cas de toutes les institutions et ce n'est jamais le cas lorsque le signalement émane d'un particulier. Il en résulte que le nombre total de ces signalements reste inconnu. En effet, leur destinataire, le

Parquet se trouve dans l'incapacité de transmettre ce chiffre à l'ODPE car la conception du logiciel «Cassiopée» mis à disposition de tous les Parquets en France ne permet pas l'enregistrement des signalements.

Cette lacune dans les outils d'évaluation de la protection de l'enfance est profondément regrettable. Le nombre total de signalements directement adressés au Parquet, ainsi que leur origine et leur objet constitue en effet une d'information non négligeable qui manque à la connaissance, par l'ODPE, de la réalité de la situation de l'enfance en danger dans le département, d'autant que ce chiffre concerne par hypothèse la partie la plus grave des situations de danger subies par les enfants girondins. Alors que l'on connaît le nombre d'informations préoccupantes et le nombre de saisines du Juge des enfants, il manque ainsi un important maillon de la chaîne.

Recommandation n°6

L'ODPE recommande que les Parquets puissent disposer d'un outil efficace lui permettant de recenser les signalements directs reçus au cours de l'année et de déterminer les suites qui leur sont réservées.

2 L'Education nationale

L'Inspection Académique a transmis à l'Observatoire le nombre d'informations préoccupantes et de signalements effectués à partir de ses services : social, médical et infirmier, pendant l'année scolaire 2008-2009.

Les professionnels intervenant dans le premier degré (écoles primaires) saisissent les services sociaux du Conseil Général qui seront eux-mêmes amenés à effectuer des Informations Préoccupantes et des Signalements.

Dans le second degré (collèges et lycées), l'assistante sociale scolaire est l'interlocuteur privilégié pour évaluer les situations d'enfants en danger, rédiger et transmettre les informations préoccupantes et les signalements. La présence du Service Social en Faveur des Élèves dans le second degré explique en partie la différence du nombre d'informations préoccupantes et de signalements entre le premier et le second degré.

Tableau 14 **Signalements et informations préoccupantes**

Année scolaire 2008-2009²³

	<i>Informations préoccupantes</i>	<i>Signalements</i>	<i>TOTAL</i>	
<i>Social (2nd degré)</i>	184	73	257	61 %
<i>Médical (1^{er} et 2nd degrés)</i>	121	34	155	37 %
<i>Infirmier (1^{er} et 2nd degrés)</i>	4	5	9	2 %
TOTAL	309	112	421	

Source : Inspection Académique de la Gironde

²³ Les établissements scolaires du premier degré comprennent les écoles élémentaires tandis que ceux du deuxième degré comprennent les collèges et lycées.

Le nombre de signalements a diminué de 35% entre l'année scolaire 2007-2008 et l'année scolaire 2008-2009. En revanche, le nombre d'informations préoccupantes est en augmentation (+80%). Cette évolution correspond à l'esprit de la loi du 5 mars 2007. D'autres évolutions entre ces deux années confirment la croissance de l'activité des services dans le domaine de la protection de l'enfance. Le nombre d'élèves vus dans le cadre de l'enfance en danger a cru de + 86% et le nombre de visites au domicile des parents de + 12%.

a. Les informations préoccupantes

Les tableaux 15 et 16 ci-dessous montrent la répartition des informations préoccupantes en fonction du sexe et du milieu de vie de l'enfant.

Tableau 15 **Répartition des informations préoccupantes selon le sexe et le degré d'enseignement** Année scolaire 2008-2009

	<i>Filles</i>	<i>Garçons</i>	<i>TOTAL</i>
<i>1^{er} degré</i>	42	45	87
<i>2nd degré</i>	117	105	222
TOTAL	159 (51%)	150 (49%)	309

Source : Inspection Académique de la Gironde

Tableau 16 **Répartition des informations préoccupantes selon le milieu de vie de l'enfant** Année scolaire 2008-2009

	<i>Famille traditionnelle</i>	<i>Famille monoparentale</i>	<i>Famille recomposée</i>	<i>Autres</i>	<i>Total</i>
<i>1^{er} degré</i>	47	26	12	1	86 (27,8%)
<i>2nd degré</i>	75	81	51	16	223(72,2%)
TOTAL	122 (39%)	107 (35%)	63 (20%)	17 (6%)	309 (100%)

Source : Inspection Académique de la Gironde

Le tableau 15 ne montre aucune différence significative en fonction du sexe des enfants. En revanche, le tableau 16 montre une proportion d'enfants issus d'une famille monoparentale quasi-identique à celle d'enfants issus d'une famille « traditionnelle » 35% contre 39%. Dans le total des familles girondines, la proportion des premières étant nettement inférieure à celle des secondes, cette très faible différence est, en réalité, statistiquement significative. Les familles monoparentales sont nettement surreprésentées, deux fois plus fréquemment que ne le voudrait leur part dans l'ensemble des familles girondines²⁴.

²⁴ En 2007, dans le total des familles girondines avec enfant(s) de moins de 18 ans, la proportion de familles monoparentales était de 18,2% et celle des couples de 81,8%. (Source : INSEE, voir tableau 3)

Tableau 17 **Répartition des informations préoccupantes selon le motif et le degré d'enseignement** Année scolaire 2008-2009 (les motifs peuvent être multiples)

	<i>Education</i>	<i>Violences psych.</i>	<i>Violences physiques</i>	<i>Comportement</i>	<i>Négligences lourdes</i>	<i>Violences sexuelles</i>
1^{er} degré	26	48	43	8	11	0
2nd degré	137	62	46	64	25	6
Total	163	110	89	72	36	6

Source : Inspection Académique de la Gironde

Les trois motifs les plus fréquents à l'origine des informations préoccupantes adressées au BED par l'Inspection Académique sont, dans l'ordre, les carences éducatives suivies des violences psychologiques et physiques. L'ajout à ces deux dernières des violences sexuelles fait de la violence sous ses différentes formes, le premier motif.

b. Les signalements

Tableau 18 **Répartition des signalements selon le sexe et le degré d'enseignement** Année scolaire 2008-2009

	<i>Filles</i>	<i>Garçons</i>	<i>TOTAL</i>
1^{er} degré	14	6	20
2nd degré	47	45	92
TOTAL	61 (54%)	51 (46%)	112

Source : Inspection Académique de la Gironde

Tableau 19 **Répartition des signalements selon le milieu de vie de l'enfant** Année scolaire 2008-2009

	<i>Famille traditionnelle</i>	<i>Famille monoparentale</i>	<i>Famille recomposée</i>	<i>Autres</i>	<i>Total</i>
1^{er} degré	8	7	4	1	20 (17,9%)
2nd degré	25	40	22	5	92 (82,1%)
TOTAL	33 (29%)	47 (42%)	26 (23%)	6 (6%)	112 (100%)

Source : Inspection Académique de la Gironde

Tableau 20 **Répartition des signalements selon le motif et le degré d'enseignement**
Année scolaire 2008-2009 (les motifs peuvent être multiples)

	<i>Education</i>	<i>Comportement</i>	<i>Violences physiques</i>	<i>Négligences lourdes</i>	<i>Violences psych.</i>	<i>Violences sexuelles</i>
1^{er} degré	7	4	16	3	9	0
2nd degré	38	27	13	26	14	14
Total	45	31	29	29	23	14

Source : Inspection Académique de la Gironde

Deux constats principaux sont tirés de ces statistiques :

- l'augmentation annuelle régulière du nombre de filles ayant fait l'objet d'une information préoccupante et d'un signalement (+ 28% de 2007 à 2009). Les signalements concernent majoritairement les filles dans les établissements d'enseignement du premier degré (deux fois plus de filles signalées que de garçons) alors que, dans les établissements d'enseignement du second degré, ils se répartissent à peu près également entre filles et garçons.
- les informations préoccupantes et les signalements sont nettement plus fréquents à partir des établissements du second degré. Les collégiens représentent en effet 82% de l'ensemble des mineurs ayant fait l'objet d'une information préoccupante ou d'un signalement : la tranche d'âge la plus vulnérable étant celle des 14 - 16 ans.

Recommandation n°7

L'ODPE se félicite des efforts particulièrement conséquents entrepris par l'Inspection Académique de la Gironde pour améliorer sa participation à la protection de l'enfance. Il recommande cependant que les données transmises soient recensées sur l'année civile comme pour les autres sources et non sur l'année scolaire.

3 Le secteur hospitalier

Tableau 21 **Signalements et informations préoccupante : Le secteur hospitalier**

Année 2009	SECTEURS	SIGNALEMENTS	INFORMATIONS PREOCCUPANTES
CHU de Bordeaux	CAUVA	34	30
	Hal des Enfants	23	18
	Maternité/Néo Nat	4	11
	Autres services	6	8
CH spécialisé Charles Perrens	Réseau de psychiatrie périnatale	7	6
	TOTAL	74	73

Sources : Service social du CHU de Bordeaux et Réseau de psychiatrie périnatale

a. Le Service social du CHU de Bordeaux

Le service social du CHU de Bordeaux participe à la mission de protection de l'enfance et exerce un travail de prévention en lien direct avec le parquet des mineurs et les partenaires médico-sociaux de proximité et a colligé le nombre d'informations préoccupantes et de signalements qui ont été transmis par les différents services hospitaliers.

i. L'Hôpital des Enfants a adressé, au cours de l'année 2009, 23 signalements au Substitut des mineurs accompagnés parfois d'un double au BED voire d'un rapport au Tribunal pour Enfants ; 18 informations préoccupantes ont été transmises au BED.

La majorité des situations de danger et à risque de danger sont évaluées dès l'arrivée de l'enfant dans le service des urgences pédiatriques. En fonction de l'état de santé de l'enfant, une hospitalisation peut être décidée dans un service plus spécialisé, principalement en réanimation, neuropédiatrie ou chirurgie. Les situations de danger repérées sont en majorité des fractures inexplicables, des hématomes corporels, des hématomes sous-duraux et traumatismes associés évoquant des lésions de secouage, des suspicions d'abus sexuels...

Les situations d'enfants dits « à risque » représentent une majorité des situations évaluées. Il s'agit de familles présentant des carences éducatives, d'enfants ou d'adolescents en crise (tentative de suicide, conduites à risque telles qu'alcoolisation massive, scarification...)

L'assistante sociale intervient auprès de la famille au cours d'entretiens et évalue la situation en étroite collaboration avec les médecins et l'équipe soignante, parfois avec l'équipe de pédopsychiatrie de liaison. Cette évaluation est étayée par un travail de liaison avec les services sociaux de proximité (MDSI, MSA), la PMI, l'école... Il permet de connaître les éventuels éléments d'inquiétudes déjà repérés par les professionnels intervenant auprès de la famille et l'engagement ou non d'un travail de prévention.

L'orientation et les actions à mener auprès de l'enfant et de sa famille seront alors prises par l'équipe pluridisciplinaire. Certaines situations donnent lieu à la transmission d'informations préoccupantes auprès du Bureau de l'Enfance en Danger du Conseil Général qui décide des suites à y apporter. Mais lorsque l'enfant est estimé en situation de danger, un rapport social ainsi qu'un certificat médical sont adressés au parquet des mineurs afin que des investigations complémentaires soient engagées et/ou que d'éventuelles mesures de protection soient ordonnées si cela s'avère nécessaire.

Et, lorsque l'état de santé de l'enfant ne nécessite plus son hospitalisation, la décision de sortie de l'hôpital dépendra de la décision du parquet : saisine du juge des enfants ou prise en charge de la situation en prévention.

Le renforcement du rôle de l'Hôpital des Enfants (CHU de Bordeaux) dans le repérage des enfants en danger

Une étude sur le repérage de la maltraitance aux Urgences Pédiatriques de Bordeaux²⁵

L'étude comportait deux parties. La première avait pour objectif d'analyser les parcours médicaux d'enfants maltraités aux Urgences Pédiatriques du CHU de Bordeaux et de les comparer à ceux d'enfants témoins afin de s'interroger sur des critères de repérage utilisables en pratique lors de la prise en charge aux urgences. Dans la deuxième partie, les auteurs se sont intéressés plus précisément aux dossiers d'enfants passés en consultation aux Urgences Pédiatriques au cours de leur vie et connus des services sociaux pour être maltraités, afin d'en évaluer le contenu et l'existence éventuelle d'insuffisances dans leur prise en charge.

²⁵Drs M. Colbert, M. Lambert, P.Pillet, Service des Urgences médico-chirurgicales pédiatriques CHU Bordeaux, Dr S. Maurice Tison, Etude sur le repérage de la maltraitance aux Urgences Pédiatriques de Bordeaux, ISPED - Université de Bordeaux II, janvier 2009

Le but de cette étude était d'identifier des critères qui pourraient alerter les praticiens et faire évoluer la pratique vers une meilleure prise en charge si des insuffisances de repérage étaient révélées. Elle devait répondre à certaines questions ou objectifs intermédiaires : les enfants maltraités consultent-ils plus souvent aux Urgences ? Consultent-ils plus souvent en chirurgie ou bien plus souvent pour des motifs particuliers (traumatisme crânien, fractures, malaise, trouble du comportement, intoxication) ? Reviennent-ils consulter plus souvent pour le même motif que les enfants témoins ?

L'analyse des parcours médicaux des enfants maltraités. 542 dossiers d'enfants maltraités signalés au Parquet en 2006 et passés au moins une fois aux urgences, ont été comparés à un groupe d'enfants témoins passés aux urgences et a priori non maltraités. L'analyse de ces dossiers a mis en évidence un certain nombre d'enseignements : 509 des 1 197 enfants signalés au Parquet en 2006 par le BED (42%) sont passés aux Urgences Pédiatriques du CHU de Bordeaux au cours de leur vie, soit le même pourcentage (43%) que celui des enfants signalés directement au Parquet. Cette proportion montre bien l'importance des urgences comme lieu de passage de ces enfants. Ne pas saisir cette opportunité de reconnaître un cas de maltraitance expose ces enfants à une prise en charge inadaptée pouvant aller jusqu'à ne pas les soustraire au risque de récurrence.

L'âge moyen au moment de la première consultation des enfants maltraités aux urgences est de 3 ans et 5 mois ; 56% d'entre eux consultent pour la première fois avant 3 ans et 70% avant l'âge de 5 ans. D'autre part, les statistiques de l'ODAS indiquent que les enfants de moins de six ans représentent près de 29% des signalements. Ces enfants sont donc potentiellement repérables lors de leur passage aux Urgences Pédiatriques.

Concernant le nombre de consultations, la grande majorité des enfants maltraités ne consultent pas plus de trois fois aux Urgences Pédiatriques. En effet, la moyenne par enfant maltraité est de 3,27 consultations, contre 2,78 fois pour les enfants témoins. Cette différence n'est pas statistiquement significative, mais paraît quand même remarquable. Une récente étude américaine à grande échelle (10 000 enfants maltraités comparés à 10 000 enfants témoins passés aux urgences pédiatriques) avait montré que les enfants maltraités consultaient avec une plus grande fréquence aux urgences que les enfants témoins. Dans la présente étude, 31 enfants maltraités ont consulté plus de dix fois aux Urgences Pédiatriques du CHU. Certains enfants ont même consulté jusqu'à trente-trois fois alors que parmi les enfants témoins aucun n'a consulté plus de dix fois. Les auteurs pensent qu'une accessibilité simplifiée à un historique informatisé des consultations permettrait aux médecins de connaître leurs fréquences et leurs motifs de façon à être plus attentifs lors de la consultation en cours, même si un tel système ne peut suffire à lui seul dans le repérage de la maltraitance puisque la majorité des enfants maltraités ne consultent pas plus souvent que les autres. Cependant il leur semble anormal de ne pas s'en soucier en présence d'un enfant consultant plus de vingt fois aux urgences.

Une autre étude montre que plus le nombre de consultations pour traumatisme augmente, plus le risque qu'il s'agisse d'un enfant maltraité augmente, mais deux autres études ne relèvent aucun motif spécifique de consultation chez les enfants maltraités par rapport aux sujets témoins.

Compte-tenu de ces données, certains motifs de consultation ont été plus particulièrement repérés. Ce sont les traumatismes crâniens et les fractures « de toutes localisations » car les sévices physiques restent fréquents, sont peut être les plus faciles à diagnostiquer et, dans ces cas, les enfants sont facilement amenés à l'hôpital. S'il n'y a pas de différence statistiquement significative entre les deux groupes d'enfants, on remarque cependant que, par rapport aux enfants témoins, il y a 5% d'enfants maltraités en plus qui consultent pour traumatisme crânien ou fracture. En fonction du sexe, on trouve une différence de 10 points entre les deux groupes : 28% des filles maltraitées ont consulté au moins une fois pour traumatisme crânien ou fracture, contre 18% chez les filles témoins.

Parmi les divers motifs médicaux de consultation, certains ont été retenus du fait de leur caractère particulier : malaises, troubles du comportement, intoxications et tentatives de suicide car ils apparaissent comme étant des motifs de consultation plus « spécifiques » de la maltraitance. En effet, 7,7% des enfants maltraités ont consulté aux urgences pour malaise/trouble du comportement et 6% pour intoxication/tentative de suicide alors qu'aucun enfant du groupe témoin n'a jamais consulté pour un de ces motifs. Au vu de ces résultats et contrairement aux idées reçues, les enfants du groupe maltraité n'ont finalement pas consulté plus souvent en chirurgie que les enfants du groupe témoin. En revanche, certains motifs médicaux ressortent comme étant plus spécifiques et devraient alerter le praticien quant à la possibilité d'une maltraitance.

Enfin, les auteurs de l'étude se sont demandés si les enfants maltraités consultaient de façon plus répétitive pour le même motif que les enfants témoins, constituant peut-être ainsi un signe d'appel à l'aide des enfants ou des parents eux-mêmes face à une situation qui les dépasse. 21% des enfants maltraités ont consulté au moins deux fois pour le même motif aux urgences, contre 16% des enfants témoins mais cette différence n'est pas statistiquement significative.

***En conclusion de ce travail**, il apparaît que le parcours des enfants maltraités aux Urgences Pédiatriques du CHU de Bordeaux est très peu différent de celui des enfants témoins. Ils consultent de manière générale un peu plus souvent que les enfants témoins, et plus particulièrement pour des traumatismes crâniens ou des fractures, sans que cela soit significatif. Par contre une attention particulière doit être apportée aux enfants qui consultent un grand nombre de fois aux urgences (plus de 10 consultations). Les seuls motifs de consultations statistiquement significatifs sont les malaises, les troubles du comportement, les intoxications et les tentatives de suicide. Par conséquent, ils devraient retenir plus particulièrement l'attention. Il n'en reste pas moins vrai qu'un nombre important d'enfants maltraités se présente dans les services d'urgence. Ces services sont donc un maillon essentiel de la protection de l'enfance en danger auquel il convient de donner des outils plus performants pour repérer les situations d'enfant en danger ou en risque de l'être.*

Une conséquence positive : L'amélioration du dispositif hospitalier de repérage des enfants en danger ou en risque.

Même si elle n'a pas été motivée par la seule étude sur le parcours hospitalier des enfants maltraités, l'informatisation du dossier médical qui a été mise en place aux urgences du CHU Pellegrin et à l'Hôpital des Enfants répond incontestablement à l'objectif d'un meilleur repérage des situations de danger et de risque encourues par des enfants. Grâce à un logiciel spécifique, il est désormais possible de savoir, dès son accueil, si l'enfant a déjà été hospitalisé, combien de fois et pour quelles raisons. Au regard des résultats de l'étude, cette informatisation permettra sans aucun doute aux médecins d'être alertés par certains signes (fréquence des passages à l'hôpital, type de blessures ou symptômes). L'informatisation doit se combiner avec la formation des personnels hospitaliers pour aboutir à une réelle amélioration du dispositif de repérage des enfants en danger ou en risque amenés à fréquenter les hôpitaux.

Recommandation n°8

L'ODPE se félicite du renforcement incontestable de la participation du CHU de Bordeaux à la protection de l'enfance et recommande de manière générale que dans tout le département, une attention particulière soit apportée aux mineurs effectuant des passages fréquents dans les services d'urgence ou dans les consultations médicales.

ii Le service social de la maternité du CHU de Bordeaux a pris en charge 852 situations sur les 4 914 naissances réalisées en 2010, soit 17% des femmes suivies. L'intervention sociale s'exerce dans tous les secteurs de la maternité (consultations et hospitalisation) mais les interventions se situent essentiellement dans le secteur des suites de couches pour la moitié d'entre elles et dans celui des hospitalisations pour grossesse pathologique dans 40% des cas. Les situations concernent le soutien à la parentalité, ainsi qu'une vigilance sociale dans le cadre de la mission de protection de l'enfance. Ce soutien à la parentalité, outre la présence et l'accompagnement qu'il nécessite auprès des parents, s'accompagne également de la mise en place d'aide à domicile (31% des cas) ou de l'organisation de relais avec les partenaires extérieurs : les MDSI (assistantes sociales de secteur, puéricultrices et sages-femmes de PMI), et le milieu associatif (Médecins du monde, Resto-Bébés...)

La précarité est décrite, par son impact sur la grossesse et sur l'accueil du nouveau-né, comme une problématique majeure pouvant mettre en jeu la qualité de la relation mère-enfant. Les facteurs de précarité repérés sont l'insuffisance ou l'absence de soins, la précarité à l'égard du logement, la précarité financière, administrative, relationnelle, psychologique et aussi culturelle. Les femmes en situation de migration (20% des situations rencontrées) sont particulièrement concernées par ces différents types de précarité et accueillent leurs bébés dans des conditions de grande vulnérabilité liées notamment à l'absence de ressources et de logement.

Dans le cadre de sa mission de protection des personnes vulnérables, le service social est également très attentif aux femmes subissant des violences conjugales. Sur les 24 patientes qui étaient dans ce cas en 2010, 22 ont été orientées vers le centre d'accueil en urgence des victimes d'agression (CAUVA).

Lorsque des préoccupations relatives à la qualité de la relation avec l'enfant sont présentes, des mesures allant de l'observation du couple mère-enfant à des mesures préventives ou de protection peuvent être évoquées ou demandées. Ainsi, à la naissance de l'enfant, un séjour de 12 jours (après autorisation de la CPAM) peut être proposé aux mères les plus fragilisées dans le but d'observer la qualité et l'évolution de la relation mère-enfant et de les accompagner dans leur parentalité débutante (148 patientes sont restées au-delà des 4 jours habituels). Mais aussi, 38 patientes ont bénéficié d'une entrée en centre maternel afin d'étayer la relation mère-enfant. La plupart de ces demandes avaient été initialisées en cours de grossesse, mais 6 patientes y sont entrées directement, en urgence, au sortir de la maternité. Enfin, lorsqu'il s'agit de mères présentant des troubles psychiatriques, le service social travaille en lien étroit avec le réseau mère-enfant de l'hôpital Charles-Perrens qui intervient au sein même de la maternité. Les situations (184 en 2010), sont évoquées dans le cadre du staff médico-psycho-social de la maternité, afin de travailler le plus en amont possible pour mettre en place les relais et les soins nécessaires (cf.infra). Certaines de ces situations font l'objet d'une information préoccupante voire d'un signalement par le Service de maternité.

iii. Le Centre d'Accueil d'Urgence des Victimes d'Aggression (CAUVA) assure une prise en charge 24h sur 24 des victimes d'agression en une unité de lieu et unité de temps par une équipe pluridisciplinaire en traitant les aspects médical et infirmier, psychologique, social et judiciaire.

Le Cauva a ainsi été amené, en 2009, à adresser des informations préoccupantes et des signalements. Sur les 838 mineurs reçus cette année-là, 243 enfants (dont 196 de moins de 15 ans) ont été examinés au CAUVA à la suite de violences intrafamiliales. Ces faits ont fait l'objet de 30 informations préoccupantes et de 34 signalements.

b. Le Service et le Réseau de psychiatrie périnatale (Hôpital Charles Perrens) prend en charge des femmes enceintes et des jeunes mères accompagnées de leurs enfants présentant des difficultés psychiques. Il est doté de 5 lits d'hospitalisation complète mère-bébé, et de 6 places en hospitalisation de jour. Les médecins psychiatres, psychologues, assistante sociale et infirmières se constituent également en équipe psychiatrique mobile, se déplaçant au domicile des patientes ou à leur chevet dans des services de maternité. Les moyens actuels ne leur permettent pas d'intervenir régulièrement dans d'autres maternités que celle du CHU, mais le réseau joue son rôle de lieu-ressources et de conseil auprès d'un large éventail d'intervenants dans le domaine périnatal.

Les psychiatres, psychologues et assistante sociale du réseau participent chaque semaine au staff médico-psycho-social organisé par le pôle de gynécologie-obstétrique de la maternité du CHU auquel participent également de manière permanente médecins, sages-femmes et service social de la maternité, puéricultrice et sage-femme de PMI chargées des liaisons ainsi que des professionnels de santé ou sociaux extrahospitaliers en fonction des cas présentés.

Parmi les patientes prises en charge dans le cadre de ses activités de soins, le réseau a été amené à adresser 6 informations préoccupantes et à effectué 7 signalements au Parquet.

Chapitre 2 : Les mesures de protection de l'enfance

Il est important pour l'ODPE d'affirmer que protéger l'enfance inclut, certes, les mesures de protection visant à limiter ou faire cesser un danger ou un risque, mais également les actions et les mesures de prévention. Le renforcement de la prévention en faveur de l'enfant et de sa famille permet en effet d'améliorer le dispositif de la protection de l'enfance et il contribue également à réduire les besoins en protection de l'enfance *stricto sensu* puisqu'il devrait permettre de limiter les situations de danger ou de risque pour les enfants.

Section 1 : La prévention

L'ODPE réserve une attention toute particulière aux actions de prévention tant individuelles que collectives auprès des enfants et de leur famille et il s'emploiera à soutenir leur développement. L'ODPE s'inquiète de l'affaiblissement des relais associatifs mis à mal par les restrictions budgétaires alors que ces structures participent de façon indéniable au renforcement des liens si utiles aux publics les plus fragilisés.

§1 : La formation des professionnels

La formation des personnes prenant en charge de manière plus ou moins importante des enfants est la première des préventions et l'ODPE a particulièrement développé cette priorité en créant une commission spécialement chargée de travailler sur cette question. A la suite de la mise en œuvre du recensement de l'offre existante dans le domaine de la protection de l'enfance, des actions de formation ont été engagées sur la période 2009-2010 (cf. supra p.15 et 16).

§2 : L'information des mineurs : La BPDJ et la PJJ

L'information des mineurs eux-mêmes, pour les inciter à participer à leur propre protection et à éviter les situations de danger ou de risque, constitue un élément essentiel de la protection de l'enfance.

Depuis sa création le 1er décembre 1998, la Brigade de Prévention de la Délinquance Juvenile (BPDJ) de Bordeaux-Mérignac, unité spécialisée de la Gendarmerie Nationale à vocation

exclusivement préventive, mène des actions de prévention auprès des jeunes, dans les écoles, collèges, lycées, et établissements spécialisés (ITEP, IME, CEF, MFR, ...) de la Gironde. Elle agit seule ou en partenariat, notamment en co-animation avec la PJJ pour les expositions destinées aux 9 -13ans (« moi jeune citoyen ») ou l'exposition itinérante « 13-18 » pour les plus âgés. Présentées par des éducateurs de la PJJ accompagnés parfois de la BPDJ, ces deux expositions se passent en deux temps : après une présentation en grandes lignes du travail des éducateurs et de la fonction de la PJJ, ses relations avec les juridictions et ses différents partenaires, les élèves choisissent individuellement des questions parmi celles qui leur sont proposées.

Ces expositions donnent lieu à des questions civiles et pénales sur des situations très concrètes (ex : "Je vois mon copain se droguer que dois-je faire ?" ou "Ai-je le droit d'aller boire seul dans un bar", etc. ...). Les élèves présentent leur question et un débat s'instaure entre les animateurs et les élèves.

Ces deux dispositifs adaptés chacun à une tranche d'âge permettent de faire prendre conscience aux jeunes de leurs droits, mais aussi de leurs devoirs envers la société. Les éducateurs constatent souvent la méconnaissance de ces jeunes pour la citoyenneté en général. Les professeurs et les personnels des établissements peuvent ensuite reprendre et approfondir les sujets abordés avec les élèves. Ces interventions permettent parfois de mettre à jour des problématiques familiales qui sont ensuite discutées avec le CPE si cela apparaît grave.

Ainsi en 2009, 300 interventions collectives ont été réalisées dans les établissements publics et privés, au profit de 14 395 élèves, sur des thèmes variés : la justice des mineurs et la responsabilité pénale, les drogues (alcool, tabac, produits stupéfiants), les violences, le racket, la maltraitance, les jeux dangereux, les dangers d'internet. La BPDJ est intervenue également auprès de 345 parents d'élèves à l'occasion de soirées-débat.

Hors milieu scolaire, 2 097 jeunes ont été rencontrés dans les colonies de vacances, accueils collectifs de jeunes, chantiers éducatifs jeunes.

A côté de sa mission de prévention généralisée, l'unité est sollicitée pour intervenir auprès d'adolescents ayant commis des infractions, lors des stages civiques et citoyens mis en place par la PJJ, ou encore dans le cadre de mesures de médiation-réparation confiées au pôle de prévention de la récidive de l'association du PRADO 33.

§3 : La contribution de la PMI à la prévention primaire

La prévention au sens large dite prévention primaire s'adresse à toute la population et vise à instaurer l'environnement le plus favorable au déploiement de sa santé et de son bien être. Elle est nécessairement multidimensionnelle et globale. La prévention primaire couvre tous les champs et prend en compte tous les moments de la vie de l'enfant et son environnement. Elle requiert, par conséquent, une complémentarité des acteurs (éducation nationale, CAF, municipalités, organismes sportifs, culturels, ...) et des actions (lieux d'accueil parents/enfant, structures d'accueil, actions associatives, ...). Le service départemental de PMI est un service de santé publique, territorialisé, ouvert à tous avec une attention particulière pour les familles en situation de vulnérabilité (grossesse, naissance, séparation, isolement, maladie, chômage...). Ses actions sont essentiellement préventives (prévention primaire et secondaire) dans le domaine de la santé globale, et s'adressent aux enfants et à leur famille pour les accompagner et les soutenir face aux difficultés « habituelles » du développement de l'enfant où la dimension interrelationnelle est fortement sollicitée (lien parents enfants).

1 Auprès des femmes enceintes

Les mesures de prévention développées en direction des femmes enceintes ont pour but non seulement de prévenir les problèmes médicaux risquant de mettre en danger le bon déroulement de la grossesse, la santé de la mère et de l'enfant, mais également les dysfonctionnements des premières relations. Ainsi, 44,3% des enfants nés en 2008 en Gironde

étaient connus des professionnels de PMI²⁶ grâce aux visites à domicile, aux permanences d'accueil et aux consultations des médecins, puéricultrices et sages-femmes.

L'entretien prénatal précoce, inscrit dans le plan périnatalité 2005-2007, a été inclus dans la loi du 5 mars 2007 comme une action de prévention destinée à toutes les femmes enceintes. Aussi, après avoir été formées à cet effet en commun avec des sages-femmes hospitalières et libérales, les sages-femmes de PMI le proposent systématiquement, depuis 2008, aux futures mères qu'elles rencontrent afin de prévenir ou atténuer les difficultés médicales, psychologiques ou sociales pendant la grossesse ou lors de l'arrivée de l'enfant. Les sages-femmes ont rencontré, soit par une visite à domicile (dans les 2/3 des cas), soit en consultation, un peu plus de 9 femmes enceintes sur 100, soit près de 1 500 femmes enceintes en 2008 dont près de 30% d'entre elles de façon relativement précoce, avant le début du 5^{ème} mois de grossesse. Enfin, elles co-animent avec les puéricultrices des groupes de discussion dans diverses zones du département autour du thème de l'allaitement, ces rencontres constituant des moments privilégiés de dépistage et de prévention d'éventuelles difficultés relationnelles à venir entre la mère et l'enfant.

2 Auprès des enfants et de leurs parents

A l'instar des sages-femmes pour lesquelles les visites à domicile sont un moyen qui facilite l'accès aux soins de proximité et une prise en charge dans l'environnement familial, les puéricultrices font, prioritairement, des visites à domicile très précoces au retour de la maternité ou à la sortie d'un service d'hospitalisation pédiatrique. C'est un outil privilégié intégré dans un projet pour une famille qui permet d'accompagner et soutenir les parents en prenant appui sur leurs compétences et leurs valeurs et favorisant le développement et/ou l'instauration d'une bonne relation parents - enfant. La visite à domicile prend en compte l'environnement, la situation globale de la famille, les besoins de l'enfant et facilite l'accès aux soins.

De façon générale, les interventions des puéricultrices de PMI sont de plus en plus précoces. Ainsi, en 2008, elles ont rencontré à leur domicile un peu plus du quart des enfants nés dans l'année (26,4%), soit environ 4 400 enfants, dont 92% avaient moins de deux mois. De même, 15% des enfants nés dans l'année ont été vus en consultation par le médecin PMI dont près des 2/3 avaient moins de deux mois.

Par leurs interventions dans les écoles maternelles du département, les médecins de PMI ont vu, en 2008, près de 90% des enfants de 3 à 4 ans scolarisés - soit près de 14 500 enfants - pour un dépistage systématique des troubles sensoriels, du langage et du développement. Pour 20% d'entre eux, ces interventions médicales ont débouché sur une rencontre entre les parents et le médecin.

Une opération de prévention ciblée : la lutte contre le bébé secoué

Le Syndrome du « bébé secoué » est considéré, en France, comme la première cause de mortalité dans les cas de maltraitance. Lorsqu'un bébé est violemment secoué d'avant en arrière, le ballonnement de sa tête (et donc de son cerveau) peut entraîner des dommages cérébraux laissant souvent des séquelles graves pouvant aller jusqu'au décès.

Une enquête réalisée en 2001²⁷ auprès de 500 femmes ainsi que leur conjoint²⁸ à la maternité du CHU de Bordeaux, a montré que plus de 70% d'entre eux n'avaient pas ou peu de notions quant aux conséquences du secouement : 26% pensaient pouvoir secouer leur bébé et, parmi

²⁶ Tous les chiffres cités dans ce paragraphe font référence à l'année 2008 (dernières statistiques connues) et ont pour source le Service de Protection maternelle et infantile du Conseil général de la Gironde (Direction des Actions de santé, Rapport d'activité, juillet 2010).

²⁷ Enquête réalisée par le service d'urgence pédiatrique du CHU de Bordeaux

²⁸ Sur les 500 personnes ayant répondu à l'enquête, il y avait 80% de femmes et 20% d'hommes. La plupart venaient de voir naître leur premier enfant.

ceux qui avaient déjà un enfant, 22% l'avaient secoué. Cette enquête a donc conclu à la nécessité, entre autres, d'une information très précoce des parents, dès le séjour en maternité. C'est pourquoi, dès 2004, une plaquette d'information a été élaborée par le service d'Urgences Pédiatriques du CHU de Bordeaux et le service de PMI. Coéditée par le Conseil Général de la Gironde et le CHU de Bordeaux, elle est adressée par le service de PMI à toutes les maternités publiques et privées du département qui en joignent un exemplaire au carnet de santé de l'enfant.

L'enquête d'impact réalisée en 2004 au cours des six premiers mois de diffusion de la plaquette auprès des parents avait montré que la grande majorité des personnes qui l'avaient lue déclaraient avoir été aidées dans leurs gestes avec l'enfant.

Il restait à évaluer concrètement les effets de cette opération sur les enfants eux-mêmes :

Depuis 2004, le nombre d'enfants présentant un Syndrome du Bébé Secoué et hospitalisés au CHU de Bordeaux semble décroître régulièrement. Cette décroissance s'est sans doute amorcée avant le début de la campagne de prévention mais s'est accélérée depuis lors avec un seul cas enregistré en 2007-2008 et aucun cas entre juin 2008 et juin 2009. Certes, ces cas sont - heureusement - peu nombreux (mais presque toujours graves) et l'observation devra sans doute continuer sur une période assez longue ; mais le fait que, sur ces premières années, le nombre de cas observés chez les enfants girondins ne varie pas de façon erratique semble plutôt encourageant.

Cette opération a également débouché sur des séquences de formation destinées aux étudiants en médecine, aux étudiants sages-femmes et aux étudiants infirmiers. De même, des professionnels de PMI sensibilisent les assistantes maternelles dans le cadre de la formation liée à leur agrément.

Recommandation n°9

Il semble particulièrement opportun de poursuivre la campagne de prévention contre le syndrome du bébé secoué et de l'étendre au niveau national.

L'intervention de TISF ou AVS en périnatalité au titre de la PMI, vise à intervenir le plus précocement pour toute famille le souhaitant, en complémentarité avec la CAF et la CPAM. Il s'agit de prendre en compte les difficultés diverses liées à une naissance (pendant la grossesse et après l'accouchement), difficultés médicales mais aussi difficultés liées à la présence de plusieurs enfants, à un déménagement, à une naissance multiple, à une sortie précoce, à une hospitalisation de l'enfant en néonatalogie, etc.... Cette intervention permet de préparer l'arrivée du bébé dans les meilleures conditions possibles autant sur le plan matériel que social, affectif ou familial et de soutenir les parents dans leurs capacités propres.

3 Auprès des adolescent(e)s

En 2008, le Conseil Général, via son service de PMI, gère en direct ou exerce sa tutelle sur 27 centres de planification et d'éducation familiale dont les missions principales (contraception, infections sexuellement transmissibles, éducation à la sexualité...) relèvent de la prévention des écueils de la sexualité et, en particulier des grossesses non souhaitées. Les centres de planification sont des centres de consultations médicales et de conseil ouverts de façon gratuite et anonyme pour les personnes mineures. De fait, ils sont fréquentés en quasi-totalité par des jeunes femmes. En 2008, sur l'ensemble des consultants, près de 28% avaient moins de 20 ans. Hors de ces centres, et en liaison avec l'Inspection Académique, des équipes de professionnels formés (conseillères conjugales, infirmières, sages-femmes, médecins) ont animé des séances d'éducation à la sexualité dans des lycées et collèges du département.

4 Un partenariat renforcé avec le secteur hospitalier

Une convention entre le CHU de Bordeaux et le Conseil Général relative aux liaisons professionnelles entre les services de maternité ou d'hospitalisation pédiatrique et le service de PMI a été signée en 2009. Ces liaisons visent à améliorer la prise en charge de la future mère et/ou de l'enfant durant la grossesse, à la sortie de la maternité ou de l'hôpital, à mettre en place une prévention précoce (lutte contre la prématurité, le retard de croissance, le handicap, la morbidité ou la mortalité infantile...), à soutenir les parents dans leurs capacités et leur rôle parentaux et à les accompagner dans la mise en place des soins.

Dans le cadre de sa participation au réseau de périnatalité aquitain, le service de PMI collabore à la construction de réseaux périnataux de proximité organisés autour des maternités. Ces réseaux ont pour objectif de mettre en lien tous les professionnels exerçant dans le domaine de la périnatalité afin d'assurer une meilleure prise en charge des femmes enceintes et des nouveau-nés²⁹.

§4 : La prévention secondaire

La prévention secondaire s'adresse à une population parmi laquelle des difficultés ou des facteurs de risque ont été dépistés. Elle vise à faciliter l'accès à une prise en charge adaptée et à éviter une aggravation ou une dégradation de la situation en s'attachant à développer les potentialités des enfants et à soutenir celles des parents.

1 La PMI

Dans le domaine de la santé mentale, le service de PMI développe un partenariat avec les équipes de pédopsychiatrie infanto-juvénile. Notamment, il a passé une convention en 2009 avec le secteur de pédopsychiatrie de l'hôpital psychiatrique de Cadillac. Une autre convention était prévue avec le Centre Hospitalier Charles-Perrens (Bordeaux) afin de faciliter la prise en charge précoce des troubles de la relation ou du développement du jeune enfant et la création de structures spécifiquement dédiées aux très jeunes enfants. De fait, en mars 2011, c'est une « convention cadre de coopération » qui a été signée entre ce dernier et le Conseil Général. Cette convention cadre regroupe :

- les conventions passées antérieurement et revues à cette occasion avec les secteurs pédopsychiatriques de l'intersecteur de Bordeaux-Centre et du Bassin d'Arcachon concernant les actions de partenariat dites "classiques" menées avec le service de PMI.
- la convention relative aux actions de partenariat menées par le pôle universitaire de psychiatrie infanto-juvénile, l'association Rénovation, le Centre Hospitalier Charles-Perrens et le Service de PMI dont, notamment un partenariat privilégié avec le service des "soins aux tout-petits", la mise en place d'un groupe de maturation pour les enfants de 2-4 ans à Castelnau depuis septembre 2010 et l'organisation du partenariat avec le Service de psychiatrie périnatale.

Un bilan annuel du fonctionnement conventionnel est prévu entre la fin de l'année 2011 et le début de l'année 2012.

La PMI agit en partenariat étroit avec le Réseau de psychiatrie périnatale pour une prise en charge des mères ou futures mères présentant divers troubles psychologiques ou psychiatriques, particulièrement par la participation régulière d'une puéricultrice et de sages-femmes au staff de parentalité de la maternité du CHU.

²⁹ Le Réseau Périnat Aquitaine, réseau de santé régional, rassemble les professionnels en périnatalité de la région quels que soient leur lieu d'exercice et leur statut (cf.infra)

Les professionnels de PMI (sage femme, puéricultrice, psychomotricienne, médecin) interviennent auprès des femmes incarcérées, enceintes ou accompagnées de leur enfant afin de faciliter et préserver l'instauration d'une bonne relation mère-enfant et d'améliorer les conditions d'accueil de ces jeunes enfants.

L'intervention sociale des TISF au domicile des familles combine à la fois une mesure de prévention concernant l'enfant, un accompagnement à la vie quotidienne de l'ensemble du foyer et un accompagnement à la fonction parentale.

Enfin, le service a également développé un partenariat avec quelques structures d'accueil qui réservent des places pour des enfants nécessitant un accueil à temps complet ou partiel dans le but de soutenir les parents compte tenu de leurs difficultés.

2 Le Service social du Département (DATDS)

La Direction des Actions Territorialisées et du Développement Social organise, sur le territoire girondin, la mise en oeuvre de l'action sociale départementale dont la mission générale est « d'aider les personnes en difficulté à retrouver ou à développer leur autonomie de vie ». Elle anime et coordonne le réseau des 37 Maisons Départementales de la Solidarité et de l'Insertion (MDSI) qui maillent le département de la Gironde à partir desquelles agit son Service social et éducatif.

Les MDSI offrent des services à tous les âges de la vie. C'est là que s'exercent également les missions du Service de Protection maternelle et infantile ainsi que, selon les lieux, d'un centre de planification familiale, d'un service d'accueil familial ou encore d'un service d'Allocation personnalisée à l'autonomie (APA) et d'un Centre local d'information et de coordination (CLIC).

Les missions principales du Service social et éducatif consistent à :

- favoriser l'accès aux droits de tous par l'information, l'orientation et le conseil sur tous les problèmes de la vie quotidienne.

- soutenir les parents dans l'éducation de leurs enfants et prévenir les situations de maltraitance (accompagnement social, aides éducatives à domicile, travailleuses familiales, conseils, évaluations, signalements aux parquets, préparation de placements...)

Pour ce qui est plus particulièrement de sa participation aux missions de protection de l'enfance, le Service social du Département remplit son rôle de prévention dès l'accueil des familles en MDSI par les assistants de service social polyvalents. Ces derniers mettent en place des accompagnements sociaux permettant la mise en oeuvre des mesures de protection administrative. Assuré par les assistants sociaux, les référents prévention et les psychologues, l'accompagnement des familles peut prendre forme selon quatre activités :

- une offre d'accompagnement social orientée sur des problématiques intrafamiliales, telles que, pour ce qui concerne l'enfance, les problèmes éducatifs et le soutien aux parents ou encore les conflits familiaux et les violences conjugales.

- une fonction de médiation, notamment auprès de grands adolescents et des jeunes majeurs, en conflits avec leur famille.

- la préparation et la mise en oeuvre des mesures d'aide sociale à l'enfance : aides éducatives à domicile, TISF etc....

- une évaluation et un soutien éducatif aux familles dans le cadre de l'enfance en danger.

En 2009, 39 565 entretiens dans le cadre d'accompagnements sociaux ont été consacrés à la prévention et à la protection de l'enfance par les assistants sociaux.

Ces entretiens ont donné lieu à différentes aides ou mesures dans le cadre de la prévention :

- 2 691 enfants ont bénéficié d'une aide au foyer

- 139 enfants d'un accueil de jour

- 2 690 enfants d'une Action Educative à Domicile

En outre, les psychologues ont réalisé, dans les 37 circonscriptions d'action sociale, près de

1 593 entretiens qui ont concerné 494 familles, soit 1 005 personnes de tous âges : parents (51%), jeunes enfants (28%) adolescents (18%) et jeunes majeurs (3%).

Par ailleurs, des actions collectives financées par la Direction Enfance Famille ont concernés 1 407 enfants et 680 adultes sous diverses formes (sorties, ateliers etc.) organisées de façon ponctuelle ou permanente dont certaines, innovantes, à caractère culturel.

Depuis mi-2009, une nouvelle offre de service, « l'accueil éducatif de prévention », est proposée au public en complément des aides déjà existantes. Il s'agit d'un espace d'accueil, d'écoute, de conseil et d'orientation pour des parents rencontrant des problèmes éducatifs avec leurs enfants, notamment autour des questions de l'adolescence et de la petite enfance. Cet espace s'adresse aussi aux adolescents et jeunes majeurs ayant besoin d'une écoute spécifique relative à des problèmes intrafamiliaux.

Il s'agit de répondre à des problématiques qui ne nécessitent pas un accompagnement long mais une réactivité et une souplesse dans la réponse comme par exemple : aider à la prise de distance, apaiser, médiatiser, orienter, etc.

3 Le rôle de la prévention spécialisée

La loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance encourage les approches qui consistent « à aller vers les jeunes », dans leur milieu, pour entrer tout d'abord en contact avec eux et établir une relation de confiance, avant d'avoir une action éducative à proprement parler.

La Prévention Spécialisée se distingue de la prévention générale, de la prévention de la délinquance et de la prévention policière car elle s'adresse à des catégories spécifiques de personnes, à des groupes sociaux particulièrement exposés. Son action se distingue de l'ensemble des interventions du secteur social et éducatif par sa démarche spécifique et ses modalités d'intervention fondées sur une pratique de terrain, « le travail de rue », point de départ des accompagnements sociaux et éducatifs. Le travail de rue ainsi que les actions collectives s'inscrivent dans la dynamique des programmes de développement social urbain.

Les principes de libre adhésion et d'anonymat contribuent à l'instauration indispensable d'une relation de confiance pour permettre un travail éducatif dans le respect de la confidentialité et dans les limites imposées par le code pénal et le code de l'action sociale et des familles.

Les objectifs poursuivis et, particulièrement, la promotion du milieu et le soutien vers une prise en charge autonome nécessitent un travail en partenariat.

Dans les secteurs géographiques où elle est implantée, la prévention spécialisée a pour cible privilégiée les jeunes de 16 à 25 ans, qui n'ont pas trouvé, qui ne trouvent plus ou qui refusent l'accompagnement éducatif et social dont ils auraient besoin.

La communauté éducative des territoires concernés, et plus particulièrement les parents, font partie intégrante de l'action de prévention spécialisée. En confiant la mise en œuvre de sa mission de prévention spécialisée à 9 associations³⁰, le Conseil Général de la Gironde a mis en avant un certain nombre de principes nécessaires à sa bonne réalisation sur le territoire départemental et notamment :

- la concertation et la coordination entre les acteurs de la prévention spécialisée et les responsables des services départementaux,
- l'apport de connaissances des problèmes sociaux de la prévention spécialisée, pour participer à des diagnostics locaux afin d'adapter les politiques sociales en conséquences,

³⁰ Union Bordeaux Nord des Associations de Prévention Spécialisée (UBAPS), Association de Prévention Spécialisée de Bègles (A.P.S.B.), Association Feu Vert, Association Jeunesse Hauts de Garonne (A.J.Ha.G.), Association Action Jeunesse Pessac (AJP), Association de Prévention Spécialisée Frédéric Sévène, Association CALK (Comité d'Animation Lafontaine Kléber), Association LEPI (Libournais Equipe Prévention Insertion), Association laïque du PRADO.

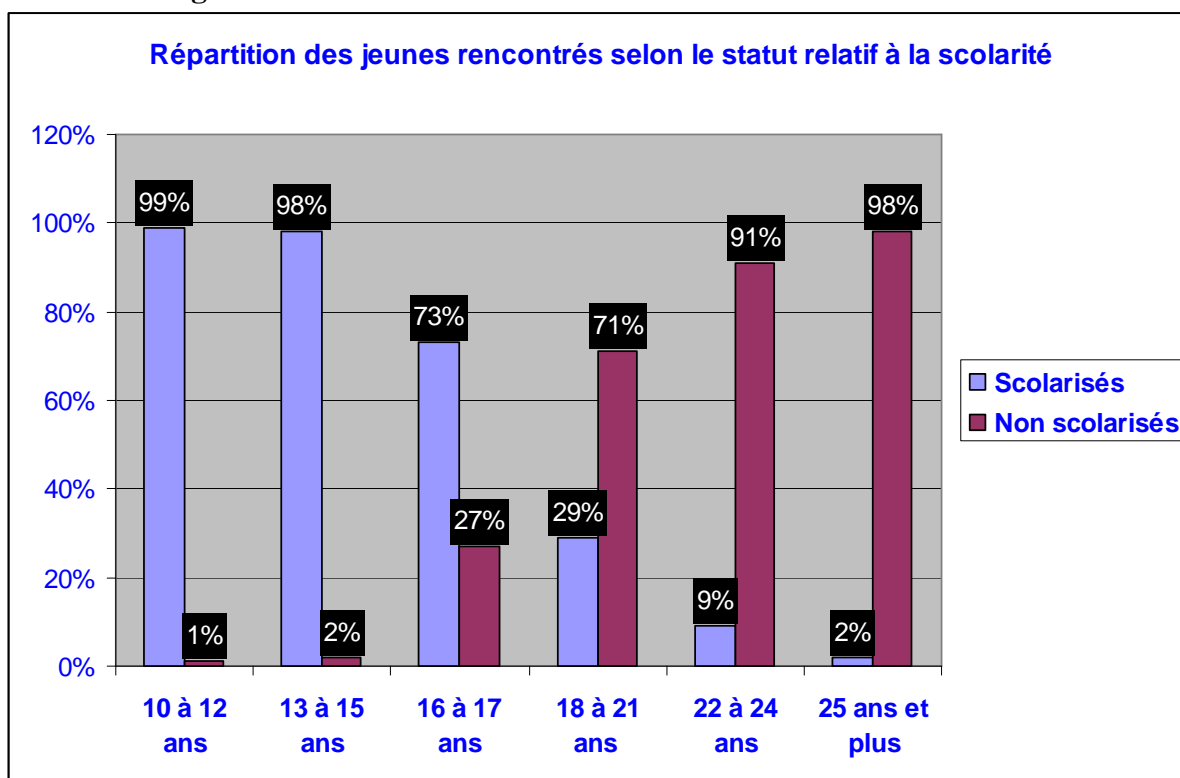
- l'évaluation régulière des actions menées au regard des objectifs généraux de la prévention spécialisée et des objectifs spécifiques assignés en fonction des réalités du terrain, en s'appuyant sur les compétences en terme d'expertise de la prévention spécialisée,

- la participation à l'organisation des territoires autour d'une dynamique de projet.

En 2009, les 79 travailleurs sociaux de ces associations ont rencontré au total 4 173 jeunes, dont environ 40% de mineur(e)s contre 3 906 en 2008 et 3 415 en 2007. Ainsi, en deux ans, le nombre de jeunes rencontrés a augmenté de plus de 22%.

Par ailleurs, le nombre de jeunes suivis par la prévention spécialisée s'élève à 3 290 contre 3 126 en 2008, soit + 5%. On constate que la part des jeunes de 16 à 17 ans sortis du système scolaire, soit 27% (dont 55% de garçons) a tendance à augmenter.

Graphique 4 **Les jeunes rencontrés par la Prévention spécialisée : âge et situation scolaire**



Source : CG33/DJEC

§5 : D'autres acteurs concourant à la protection de l'enfance

Un certain nombre d'institutions, services ou associations ont répondu à la demande de l'ODPE de l'informer des activités déployées en 2009 relatives de façon directe ou indirecte à la protection de l'enfance.

1 Le Défenseur des enfants

Le Défenseur des enfants, est une institution de l'Etat qui a le statut d'Autorité administrative indépendante pouvant, de ce fait, intervenir de façon neutre et impartiale en faveur des enfants dont les droits ne seraient pas respectés. Le Défenseur des enfants a été supprimé par la loi n° 2011-334 du 29 mars 2011 ; toutefois ces missions ont été confiées au nouveau Défenseur des droits instauré par ce même texte.

Les missions du Défenseur des enfants consistent à :

- recevoir, analyser et traiter les réclamations individuelles révélant le non respect de l'un des droits d'un enfant que les structures, services ou organismes compétents n'ont pu résoudre,

- identifier les problèmes et les dysfonctionnements qui font obstacle à la mise en oeuvre des droits de l'enfant en France,
- proposer des réformes de textes législatifs et réglementaires ou de pratiques professionnelles afin que les droits des enfants soient mieux respectés, donner son avis sur tous les projets qui concernent les mineurs,
- mettre en place des actions d'information et de formation sur les droits des enfants.

Tous les jeunes de moins de 18 ans, les parents, les représentants légaux des mineurs, les membres de leur famille ainsi que les services sociaux et médicaux, les associations reconnues d'utilité publique dans le champ de l'enfance et les parlementaires peuvent saisir le Défenseur des enfants. Les personnes incarcérées majeures ou mineures peuvent la saisir sous pli fermé. Enfin, le Défenseur des enfants peut s'autosaisir de situations qui lui paraissent ne pas respecter les droits de l'enfant, signalées par des personnes ou organismes autres que les catégories précisées par la loi. Un représentant du Défenseur des enfants assure les différentes missions de ce dernier dans le département.

Au niveau national en 2009, cette institution a traité 2 157 dossiers concernant 3 000 enfants. Le nombre de garçons (55%) était légèrement supérieur à celui des filles (45%) et les enfants de 11 à 15 ans étaient les plus représentés.

D'après le bilan publié en 2009 par la Défenseure des enfants, la Gironde fait partie des 22 départements métropolitains dont le nombre de réclamations est le plus élevé, soit plus de 20 réclamations dans l'année. Mais ces départements présentent une caractéristique commune, l'importance démographique de la quasi-totalité d'entre eux. Une analyse géographique plus fine montre d'ailleurs une concentration des demandes dans les zones fortement urbanisées et, plus particulièrement, à la périphérie des grandes villes.

2 Le CRIC (Centre de Recherches, d'Information et de Consultations sur les Droits de l'Enfant)

Outre leurs interventions dans les procédures, les avocats du CRIC reçoivent en consultation et animent des actions collectives.

Le Cric a ainsi reçu en consultations, en 2009, 146 mineurs et jeunes majeurs. Les motifs de consultations ont été, par ordre d'importance :

- les conflits entre parents quant à leur résidence,
- les violences sexuelles subies dans ou hors de leur milieu familial,
- puis dans une moindre proportion, les problèmes de changement de nom et de délinquance.

Le nombre de consultations est en nette augmentation, due peut-être à l'augmentation du nombre d'actions collectives menées par le groupement d'avocats spécialisés en droit des mineurs.

En application de la convention signée en 2009 par l'Inspection Académique de Bordeaux et l'Ordre des Avocats du Barreau de Bordeaux pour répondre à la croissance des demandes d'interventions collectives dans les établissements d'enseignement, le CRIC a réalisé environ 102 interventions dans les collèges, lycées et écoles primaires pendant l'année scolaire 2009/2010 sur les sujets demandés par les chefs d'établissement. Le plus souvent, il s'agissait des règles de l'autorité parentale et des droits et devoirs des mineurs. Sont abordés également fréquemment des questions relatives à la justice des mineurs et, depuis quelques années, les dangers de l'internet avec les sanctions possibles en cas d'infraction.

3 Le CPCT (Centre psychanalytique de consultation et traitement)

Les psychanalystes du CPCT consacrent bénévolement une partie de leur temps à la prise en charge pour un nombre limité de séances des jeunes qui lui sont adressés. A l'issue de ces séances, une orientation vers d'autres lieux de soins pour une prise en charge de plus longue durée peut être proposée.

En 2009, la fréquentation du centre est en très nette croissance par rapport à 2008. Sur les 207 consultants qui ont fréquenté le centre, un quart d'entre eux ont été adressés par des services

ou organismes tels que les MDSI, le service Jeunes majeurs et le service d'Accueil familial de l'ASE mais aussi le CIO, la Mission locale, des MECS, la PJJ etc....Un autre quart a été adressé par les établissements d'enseignement du second degré.

4 Le Réseau Périnat Aquitaine

Le Réseau Périnat Aquitaine, réseau de santé régional, rassemble les professionnels des 28 maternités publiques et privées ainsi que les cinq PMI départementales et les professionnels libéraux en périnatalité de la région (en particulier : gynécologues obstétriciens, gynécologues médicaux, pédiatres et sages-femmes)

Ce réseau favorise une nouvelle façon de coordonner les acteurs de santé, entre la ville, la PMI et l'hôpital, autour des femmes enceintes, de leurs conjoints et de leur futur bébé, en harmonisant les collaborations, en mutualisant les compétences, pour accompagner les projets de naissance avec la meilleure qualité et la meilleure sécurité des soins possible.

Ses méthodes de travail comportent l'élaboration conjointe, transversale et pluridisciplinaire de protocoles de pratiques médicales, l'animation de groupes de réflexion thématiques aboutissant à des actions concrètes d'amélioration des soins, l'organisation de plans régionaux de formation continue, la coordination interétablissements des transferts des femmes enceintes et des nouveau-nés.

L'accompagnement précoce des situations à risque et la coordination de tous les acteurs le plus tôt possible pendant la grossesse fait partie des objectifs des réseaux de santé en périnatalité.

Dans ce sens, le Réseau Périnat Aquitaine a participé activement à la mise en place des formations à la pratique de l'entretien prénatal précoce au niveau de toute la région et favorise actuellement l'organisation des staffs de parentalité dans les maternités, ainsi que le développement de réseaux de périnatalité de coordination des soins de proximité dans chacun des territoires. La prise en charge des problèmes d'addictions pendant la grossesse est également une de ses thématiques de travail ainsi que la précarité.

La périnatalité concerne toutes les grossesses et les naissances. La prévention des troubles des interactions précoces, ainsi que l'accompagnement des familles comptent parmi les principaux objectifs du Réseau Périnat Aquitaine.

5 Les PAEJ, le Réseau Santé-Social Jeunes

Il existe en Gironde trois Points d'Accueil Ecoute Jeunes (PAEJ). Ils couvrent chacun un territoire infra-départemental : le sud du bassin d'Arcachon, la zone de Castillon-Pujols et la Communauté Urbaine de Bordeaux. Ils bénéficient du label Etat et sont tous à ce jour co-financés par la DDCS (Direction départementale de la Cohésion sociale), le Conseil Général et les collectivités locales, ainsi que par la Caisse d'Allocations Familiales pour deux d'entre eux. A ces trois pôles s'ajoutent deux autres opérateurs sans agrément spécifique : l'Espace d'Accueil Ecoute Jeune dans l'Entre-Deux-Mers et le Réseau Santé Social du Pays Libournais.

Le cahier des charges, fixé par une circulaire du Ministère de l'Emploi et de la Solidarité (12 Mars 2002), définit les modalités d'intervention des PAEJ. Ce texte propose un cadre définissant une réponse de proximité qui s'articule étroitement avec l'ensemble des dispositifs existant en direction des jeunes, tout en excluant les prises en charge lourdes.

Leur action, qui s'adresse aux jeunes de 11 à 25 ans ainsi qu'à leurs parents et leur entourage adulte, est orientée autour de la problématique de la souffrance psychique des jeunes. Cette thématique transversale permet d'aborder des problématiques de santé publique fortes, en lien avec l'expression d'une souffrance psychique : addiction, toxicomanie, contraception, sexualité, violence, conflit familiaux, difficultés scolaires, errance...

Il s'agit de proposer une écoute de proximité libre, anonyme et gratuite. Ces actions s'inscrivent en complémentarité des professionnels de la santé, du social et de l'insertion et propose un travail en réseau.

En sus des écoutes individuelles, des actions collectives sont proposées. Ainsi, durant le premier semestre de 2009, le public des 1 929 participants était composé de 75% de jeunes (1 448), de 15% de parents et de 10% de professionnels. Dans la même période, parmi les 875 personnes ayant bénéficié d'un premier entretien individuel, 60% d'entre elles étaient des jeunes et 40% des parents.

Les 603 jeunes nouvellement accueillis dans ces structures au cours du premier semestre 2009 étaient âgés, pour environ la moitié, de 11 à 17 ans (52%), majoritairement des filles (58%) et 35% n'étaient pas scolarisés. Quant au plus de 16 ans, 68% étaient inactifs, 17% étaient en insertion professionnelle et 15% avaient un emploi. Plus de la moitié d'entre eux s'étaient présentés à la demande d'un adulte.

Les conduites à risque ont représenté 80% des problématiques abordées et 60% ont fait état de conflits familiaux ou de difficultés scolaires ; on notera que près de 20% d'entre eux ont mis en avant des problèmes de comportement, d'agressivité ou de consommation de psychotropes. Récemment, du fait du retrait d'une partie importante des subventions jusque là accordées aux PAEJ, de vives inquiétudes sont exprimées quant à la pérennisation de ces actions tant ces dernières sont l'objet d'avis positifs convergents relatifs à leur efficacité dans le champ de la prévention et de la protection de l'enfance. Il apparaît pourtant primordial que, dans ces domaines, puissent continuer d'œuvrer aux côtés des acteurs traditionnels de telles associations aux initiatives pertinentes et innovantes.

Recommandation N°10

L'ODPE recommande le maintien des lieux d'écoute de proximité libre, anonyme et gratuite tels que les PAEJ au bénéfice des enfants confrontés à des souffrances psychiques.

6 La DDCS (Direction Départementale de la Cohésion Sociale)

Depuis le 1^{er} janvier 2010, la réorganisation des services de l'Etat a abouti à la création de la Direction Départementale de la Cohésion Sociale (DDCS)³¹. Cette dernière est le résultat du regroupement des services à vocation sociale de la DDASS (Direction Départementale de l'Action Sanitaire et Sociale) avec la Direction régionale et départementale de la jeunesse et des sports (DRDJS), la Direction départementale de l'équipement (DDE), les services centraux de la Préfecture et le Service aux Droits des femmes et à l'égalité entre les hommes et les femmes.

La DDCS est organisée autour de quatre services : Le service Hébergement-Logement, le service Accès aux droits, le service Jeunesse, famille, sports et associations, et est chargée de trois missions : la politique de la ville, les Droits des femmes et l'égalité entre les hommes et les femmes et enfin l'observation, la projection, l'évaluation, les affaires générales et le contrôle de gestion.

Dans le cadre de ses missions, la DDCS met en œuvre dans le département les politiques relatives :

- à la prévention et à la lutte contre les exclusions, à la protection des personnes vulnérables, à l'insertion sociale des personnes handicapées, aux actions sociales de la politique de la ville, aux fonctions sociales du logement, à la lutte contre les discriminations et à la promotion de l'égalité des chances;
- à l'inspection et au contrôle des conditions d'accueil et de fonctionnement des établissements et services sociaux;
- à la promotion et au contrôle des activités physiques et sportives, au développement maîtrisé

³¹ Décret n° 2009-1484 du 3 décembre 2009 relatif aux directions départementales interministérielles, article 4.

- des sports de nature, à la prévention des incivilités et à la lutte contre la violence dans le sport;
- au contrôle de la qualité éducative des accueils collectifs de mineurs et à la sécurité physique et morale des mineurs qui y sont accueillis ;
- à l'animation des actions en faveur de l'engagement, de l'initiative, de l'expression, de l'information, de l'autonomie et de la mobilité internationale de la jeunesse ;
- au développement et à l'accompagnement de la vie associative, du bénévolat et du volontariat ainsi qu'à la promotion de l'éducation populaire aux différents âges de la vie ;
- aux droits des femmes et à l'égalité entre les hommes et les femmes.

La DDCS concourt également :

- à l'identification et à la prise en compte des besoins prioritaires de santé des populations les plus vulnérables et à la lutte contre les toxicomanies et les dépendances ainsi qu'à la prévention du dopage ;
- à la planification et à la programmation des équipements sociaux et sportifs ;
- à l'insertion professionnelle des jeunes et des personnes vulnérables ;
- à la formation, à la certification et à l'observation des métiers et de l'emploi dans les domaines des sports, de la jeunesse et de l'éducation populaire ainsi que dans le champ social.

Les principaux objectifs poursuivis consistent en :

- la nécessité d'assurer le parcours résidentiel de la rue, ou du mal logement, vers le logement pour les personnes défavorisées, en assurant une fluidité maximale du parcours résidentiel, et de favoriser le maintien dans le logement des personnes menacées d'expulsion ;
- l'adaptation à la nouvelle géographie prioritaire des quartiers de la politique de la ville et l'évaluation des contrats urbains de cohésion sociale (CUCS) ;
- la prise en compte des problématiques liées aux jeunes par la mise en place de la Maison de l'adolescent, le plan pour l'autonomie des jeunes, la pratique sportive des jeunes scolarisés, le développement des politiques éducatives territoriales et la qualité éducative des accueils de mineurs ainsi que par l'élaboration du plan de prévention de la délinquance ;
- le soutien et l'accompagnement des associations et de leurs bénévoles ;
- le renforcement de la mise en œuvre des politiques de cohésion sociale en direction des territoires en difficulté ;
- l'accès aux droits des personnes en difficulté ou vulnérables en sécurisant le fonctionnement des commissions et juridictions (commission de surendettement, commission départementale d'aide sociale, comité médical - commission de réforme...) ;
- la promotion de l'égalité des chances et la lutte contre les discriminations.

7 Le CEID (Comité d'Etude et d'Information sur les Drogues)

Le Comité d'Étude et d'Information sur les Drogues³² est une association bordelaise qui a pour but la prise en charge des usagers de drogues et la prévention de la toxicomanie. Elle bénéficie d'un financement de l'Etat (DGS) et, pour partie, d'un financement par le Conseil général. Il gère des centres médicaux et sociaux de consultations et de soins en addictologie ainsi qu'une structure de réduction des risques et un programme d'échange de seringues. En outre, elle gère un service d'appartements thérapeutiques.

Ses travaux permettent une meilleure connaissance des problématiques des addictions en Gironde, facteur aggravant de la situation des mineurs et les mettant en danger.

Lieu ressources, le Dispositif d'appui Aquitain drogues et dépendances (DaAdd), met à disposition des décideurs et acteurs œuvrant dans le champ de l'addictologie, un tableau de bord rassemblant les différents indicateurs disponibles en Gironde et en Aquitaine sur l'offre, les consommations de drogues et leurs conséquences, afin de leur fournir un support à l'élaboration de la politique publique locale.

³²Le CEID est devenu le « Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie de la Gironde » (CSAPA). Cette structure regroupe désormais les centres de soins dédiés à toutes les addictions aux toxiques et à l'alcool.

La synthèse d'une étude réalisée en 2008 permet de mieux appréhender les phénomènes de consommation de substances psychoactives des jeunes en Gironde.

La proportion d'expérimentation de tabac, d'ivresses et de cannabis des jeunes de 17 ans en Gironde est plus élevée que dans le reste de la France. La part d'expérimentateurs de cannabis chez les jeunes de 17 ans est la plus importante de la région Aquitaine (52%). La Gironde se distingue également par des conduites d'alcoolisation en pleine mutation ; les usages réguliers s'impriment à la baisse (9 %) alors que les usages plus ponctuels et massifs (ivresses répétées 31 % et binge drinking 22 %) sont relevés à des taux supérieurs aux moyennes nationales.

Toutefois il est important de noter que les moyennes d'âge de la première consommation chez ces jeunes sont identiques à celles relevées en 2002 lors d'une enquête précédente ; la première cigarette est fumée en moyenne à 13 ans et demi, la première ivresse et le premier joint sont eux expérimentés en moyenne à 15 ans.

On observe également en Gironde une tendance à la féminisation des usages. Les jeunes filles girondines de 17 ans ont des niveaux d'expérimentation de cannabis ou de poppers qui s'approchent de ceux des garçons du même âge. Un autre élément qui concourt à cette évolution est l'identification d'une proportion de jeunes filles plus importante qu'auparavant qui se retrouve parmi les publics les plus marginalisés (moins de 25 ans, vivant dans la rue, inscrites dans un processus de désaffiliation). Les tendances de consommation des autres substances illicites au sein du territoire concernent la diffusion croissante, auprès des usagers les plus consommateurs, de la cocaïne et de l'héroïne particulièrement utilisées par voie nasale.

8 L'ARPE (Aide à la Relation Parent-Enfant)

Depuis janvier 2000, ce service de l'AGEP (Association Girondine Education spécialisée et Prévention sociale), habilité et financé en partie par le Conseil général de la Gironde, œuvre dans le domaine des conflits intergénérationnels et des mauvais traitements aux enfants. De ce fait, c'est un lieu où peuvent aussi être abordés les conflits entre adultes « à propos des enfants ». Il s'adresse donc à toutes les familles selon le principe d'une démarche volontaire vers des entretiens d'aide. Ces dernières sont accueillies par des professionnels de l'enfance et de la famille (psychologues, éducateurs ou éducatrices spécialisées). Les entretiens, individuels ou à plusieurs, sont confidentiels et peuvent être répétés selon le nombre et le rythme souhaités par la famille. Toute personne rencontrant des difficultés dans sa relation avec un enfant peut s'adresser à l'Arpe quel que soit le statut du lien avec l'enfant (parent, beau-parent etc.) dans ce qui est un « lieu d'écoute ». Il n'y a pas de permanence et les entretiens se font sur rendez-vous dans des locaux disponibles tous les jours. Depuis sa création, l'Arpe a été sollicitée par des collectivités territoriales (Conseil général, Communautés de communes...) pour créer des lieux d'écoute. Outre Bordeaux, il en existe actuellement sept autres répartis dans le département : deux dans le Libournais (Libourne et Castillon-la-Bataille), deux en Haute-Gironde (Saint-Ciers sur Gironde et Etauliers) et enfin trois dans le Sud-Gironde (Verdelais, Captieux et Bazas). La taille de l'équipe (quatre professionnels) ne permet pas d'y intervenir plus de deux fois par mois. En 2010, l'Arpe a reçu près de 200 personnes et a réalisé 890 entretiens. En général, la raison qui fonde la demande d'entretien n'est jamais banale. Il s'agit de situations qui vont de l'expression de difficulté parentale pour faire face à des soucis quotidiens liés à l'éducation des enfants jusqu'à des problèmes plus aigus au sein desquels la violence n'est pas absente. En fonction des situations, les membres de l'équipe peuvent proposer soit un travail avec la famille, soit une orientation vers un autre type de professionnel ou d'autres types de prises en charge (thérapeutes, avocats, aides éducatives, etc.) tout en maintenant un accompagnement. Enfin, l'Arpe est souvent invité à travailler avec d'autres professionnels, des associations ou différents réseaux selon diverses modalités : élaboration ou participation à des projets d'action sociale territoriale, animations de groupes de professionnels en formation, débats avec des

parents etc. Ainsi, en 2010, l'Arpe a été participé à l'élaboration d'une quarantaine de projets en Gironde.

9. Le PACT Jeunes (Prévention de l'Abus et de la Consommation de Toxiques chez les Jeunes).

Tableau 22 L'évolution des entrées dans le dispositif

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Nbre de dossiers	4	74	133	105	133	100	165	130	184	247	250
Nbre de jeunes	19	221	286	155	183	137	223	171	226	299	304

Source : PACT/AGEP

L'activité en 2009. Depuis 10 ans, le PACT jeunes, un autre service de l'AGEP, s'adresse à l'ensemble des jeunes et des familles du département de la Gironde. Ce dispositif intervient au carrefour des préoccupations de la lutte contre la toxicomanie et des actions de prévention-promotion de la santé d'une part, de la protection de l'enfance et de prévention de la délinquance d'autre part. Nourri de l'expérience de l'AGEP en protection de l'enfance, il s'appuie principalement sur un dispositif d'alternative aux poursuites judiciaires pour développer un travail de prévention auprès d'adolescents et de leurs familles sur l'ensemble de ces champs de préoccupations. C'est pourquoi plusieurs lieux de rencontre ont été développés sur le territoire départemental afin d'offrir une plus grande accessibilité du service au public et une plus grande proximité avec les acteurs sociaux de terrain. Entre 2000 et 2009, 2 224 mesures ont été orientées au PACT Jeunes aux motifs de consommation de cannabis, étendus à partir de 2002 à la consommation d'alcool ; plus d'un tiers de ces mesures concerne des familles en difficultés relationnelles, éducatives et sociales avec leur adolescent(e) et qui ont bénéficié d'un accompagnement par l'équipe du Pact Jeunes.

Cette année-là, 304 mesures ont été adressées à ce service par les Parquets de Bordeaux et de Libourne. L'équipe du PACT Jeunes a rencontré dans le cadre du protocole de prise en charge 1 115 personnes, jeunes et parents. La progression de l'activité est constante depuis plusieurs années et tout particulièrement au cours des années 2008 et 2009. Cette activité, qu'il s'agisse du nombre de dossiers et jeunes reçus comme du nombre total de bénéficiaires (jeunes et leurs parents) dépasse nettement les objectifs fixés par la Convention (250 mesures).

Tableau 23 Répartition par âge et selon les types de consommation

	CANNABIS			ALCOOL		
	Interpellations	Arrivées au PACT	%	Interpellations	Arrivées au PACT	%
moins de 15 ans	19	17	6%	2	1	5%
15 ans	42	38	13%	3	4	19%
16 ans	86	81	29%	8	8	38%
17 ans	110	101	36%	6	5	24%
18 ans et moins de 21 ans	14	33	12%	2	3	14%
plus de 21 ans	12	13	5%			
TOTAL	283	283	100%	21	21	100%

Source : PACT/AGEP

Quant à la répartition par âge des consommateurs de cannabis, elle est quasi identique à celle de l'année précédente. En revanche, et même si le nombre d'interpellations au motif de consommation d'alcool est faible, on note une surreprésentation cette année de la tranche des 16/17 ans.

Tableau 24 Répartition par sexe et par type de consommation

CANNABIS										
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Garçons	200	250	133	154	114	200	143	181	261	260
Filles	21	36	16	14	20	16	21	18	20	22
TOTAL	221	286	149	168	134	216	164	199	281	282
ALCOOL										
		2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	
Garçons		5	13	4	6	5	26	13	21	
Filles		1	2	0	1	2	0	5	0	
TOTAL		6	15	4	7	7	26	18	21	

Source : PACT/AGEP

Comme les années précédentes, on remarque une forte représentation des garçons sur l'ensemble de l'activité. (Ces chiffres concernant les interpellations et ne représentent pas nécessairement la réalité des consommations)

Tableau 25 Présence aux rendez-vous des jeunes avec leurs parents

		2009	2008
Avec le père	91	29,9%	24,5%
Avec la mère	164	54%	40,7%
Avec les 2 parents	19	6,3%	10%
autres	6	2%	0,3%
seul	20	6,6%	8,6%
jamais venu	4	1,3%	5,2%
total	304		

Source : PACT/AGEP

Seulement 1,3% des jeunes ne se rendent pas à la première convocation au Pact jeunes et ce malgré les relances par courrier. Une information relative à leur non venue est adressée alors au Parquet. Pour un tiers des jeunes reçus, l'action se poursuit au-delà de la « contrainte » du protocole pour eux-mêmes ou leurs parents.

Cette année encore, il faut constater une augmentation de la venue des adolescents avec leur mère et une baisse sensible de leur venue avec les deux parents. Ainsi, les rendez-vous sont honorés par les familles à hauteur de 84 %. Ce taux important souligne l'enjeu du travail

engagé avec les parents qui leur donne souvent la première occasion d'engager un dialogue avec leur enfant au sujet de la consommation de toxiques.

Les modalités d'action et les objectifs. Suite à une infraction à la législation sur les stupéfiants, le protocole proposé par le PACT Jeunes est une parenthèse, un temps qui permet de susciter le dialogue, d'élaborer une véritable réflexion de chacun des intéressés reçus, parents et mineurs, à propos de la consommation de toxiques mais aussi plus globalement à propos des phénomènes liés à l'adolescence. Les objectifs sont de prévenir la récurrence et d'éviter le passage de l'usage à l'abus des produits toxiques. Les rencontres sont également l'occasion d'un dépistage des risques, d'un travail de prévention globale, de la mise en œuvre d'actions de soutien et/ou d'orientation.

Dans le cadre du protocole comportant une rencontre du jeune et ses parents avec un éducateur spécialisé, suivie d'une rencontre du jeune avec une psychologue, il s'agit, outre le rappel de la loi, de susciter le dialogue permettant à chacun des intéressés reçus d'élaborer une véritable réflexion à propos de la consommation de toxiques, des risques sanitaires et sociaux, d'apprécier leur rapport au produit, ainsi que le sens que peut prendre leur addiction dans la vie familiale. Cette évaluation permet au jeune, souvent pour la première fois, d'être dans un rapport authentique à lui-même, sorti du contexte de consommation habituel.

Les parents, associés impérativement au premier entretien, investissent fortement l'espace d'échanges qui leur est proposé avec leur enfant ; ils peuvent exprimer leurs premiers ressentis suite à l'interpellation devant « la révélation » de la consommation de leur enfant, les premières angoisses de l'après interpellation.

A l'issue du protocole alternatif aux poursuites, une évaluation en équipe pluridisciplinaire, permet un dépistage des situations familiales fragilisées et/ou à risques (installation de dépendances aux produits, risques de désocialisation, de délinquance, mineurs en danger...).

Sur une durée de six mois, l'équipe propose alors un accompagnement au jeune et/ou à ses parents pour :

- une meilleure appréhension et gestion des conflits familiaux, la consommation de produits toxiques étant une expression parmi d'autres des difficultés rencontrées
- aider le jeune à sortir d'une réalité ou d'un imaginaire douloureux, d'accepter de renouer le dialogue avec ses parents, de sortir de son isolement, de penser puis de concrétiser un projet d'avenir d'insertion, de re-scolarisation,...
- soutenir les parents dans leur fonction éducative par la reprise de confiance en leurs fonctions d'autorité et de protection, et par la recherche de solutions adaptées pour trouver une issue aux difficultés de leur adolescent.

A chaque fois que nécessaire, l'équipe procède aux orientations vers les prises en charges spécialisées (sociales, psychologiques, sanitaires...) et établit les relais avec les partenaires (médecins libéraux, CSAPA, service de santé scolaire, dispositif départemental médico-social et d'aide sociale à l'enfance..).

Au terme de l'action, à l'issue du protocole ou au terme de l'accompagnement, il est rendu compte par écrit de l'effectivité de la mesure alternative au Procureur de la République.

La pérennisation de l'activité. Inscrite dans plusieurs dispositifs, cette action a bénéficié de financements complémentaires de santé publique (Groupement Régional de Santé Publique), de prévention de la délinquance (Fonds Interministériel de Prévention de la Délinquance) et de lutte contre la toxicomanie (Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie). Mais sa pérennité n'est plus assurée du fait de la remise en cause de ces financements en 2010 à la suite de la restriction des crédits du FIPD et du transfert du financement des actions « santé justice » de la MILDT vers l'assurance maladie ; cette modification a exclu des financements les actions n'étant pas portées par un établissement ou service médico-social et l'ARS n'a pas pu prendre le relais du financement MILDT pour le PACT Jeunes.

La Convention de Prestation tripartite signée en 1999 par le Procureur de la République, le Préfet et le Président de l'AGEP, situe le PACT Jeunes dans le champ de la prévention secondaire ; elle fait suite et participe indirectement à la procédure judiciaire, en proposant une réponse alternative aux poursuites aux jeunes mineurs usagers de substances psychoactives notamment de cannabis et d'alcool, appréhendés pour la première fois par la justice.

Recommandation n°11

L'ODPE s'inquiète de la possible disparition du PACT Jeunes, dispositif de prévention secondaire particulièrement intéressant en ce qu'il participe à la lutte contre les addictions chez les jeunes et permet également une intervention efficace auprès d'adolescents ayant franchi un premier pas sur le chemin de la délinquance. Il recommande la recherche des moyens de pérennisation de ce service.

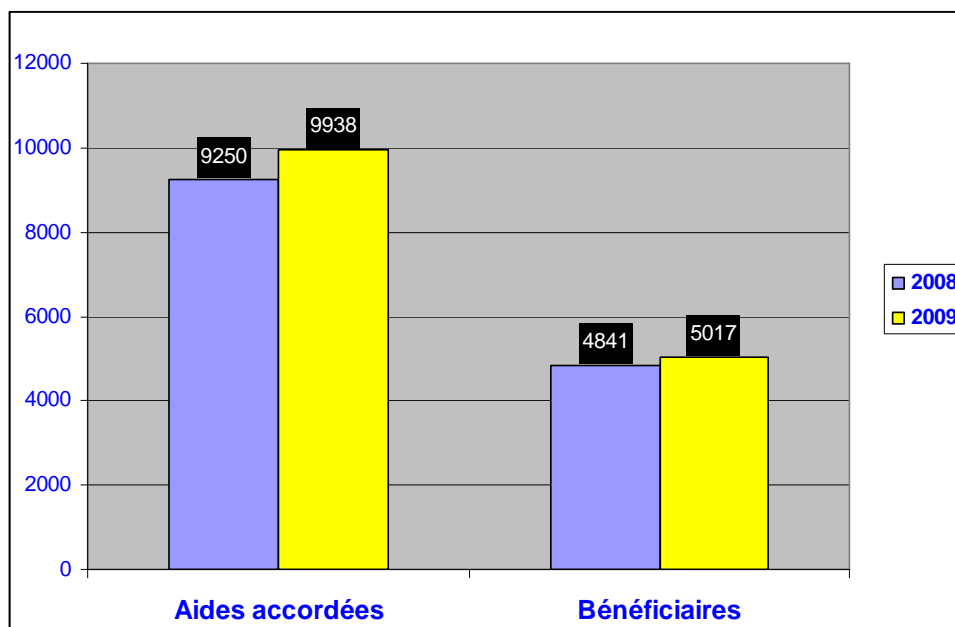
§6 : Les mesures de soutien aux familles

Les mesures de soutien aux familles s'entendent de l'ensemble des mesures destinées à apporter un soutien aux familles qui rencontrent des difficultés, de différentes natures, afin de tenter d'empêcher que ces difficultés aboutissent à placer les enfants dont elles ont la charge dans une situation de danger ou de risque.

1 Les aides financières

En 2009, le montant moyen des aides financières allouées au famille en difficulté par le Conseil général est resté quasiment stable (+1%) par rapport à l'année 2008. Toutefois les aides financières au titre de l'Aide sociale à l'enfance ont augmenté au regard du nombre d'enfants aidés (+3,64%) et du nombre d'aides accordées (+7,44%).

Tableau 26 Aides financières et bénéficiaires



Source : CG33/DEF

Les destinations principales des aides financières sont, pour 35% d'entre elles, les loisirs suivis des aides à la scolarité (23%), et le règlement des cantines scolaires (13%).

Après un net reflux en 2006 (tableau ci-dessous), le nombre d'aides financières accordées annuellement a considérablement augmenté en 2007 et se trouve, depuis, en croissance constante. Cette croissance concerne surtout les aides aux enfants mineurs. Le nombre d'aides financières aux jeunes majeurs, bien que très variable, a cependant très sensiblement augmenté en 2009.

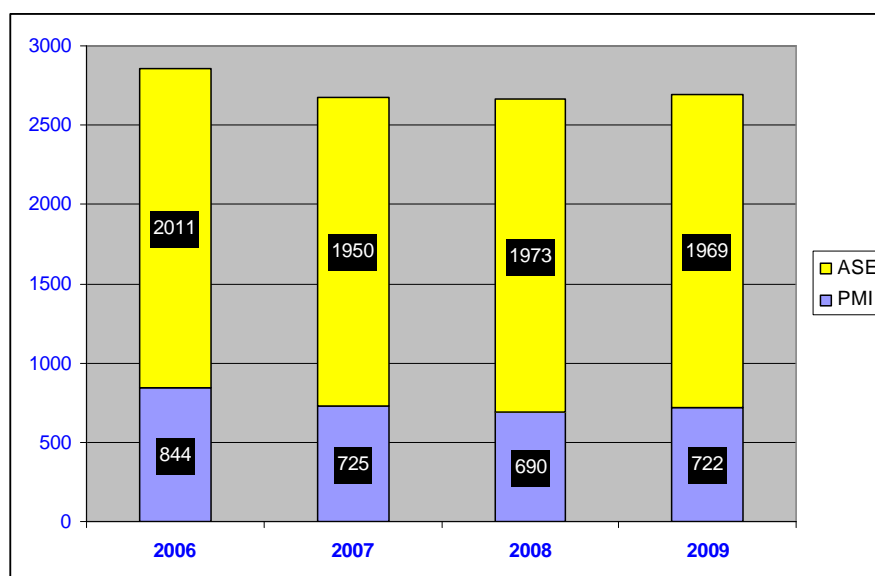
Tableau 27 **Evolution annuelle des aides financières**

	Nombre d'aides financières				
	2005	2006	2007	2008	2009
Mineurs	7 299	5 746	8 069	8 257	9 570
Jeunes Majeurs	334	160	316	223	368
Total	7 633	5 906	8 385	8 480	9 938

Source : CG33/DEF

2 Les aides au foyer

Graphique 5 **Nombre d'enfants bénéficiaires d'une aide au foyer au titre de l'ASE ou de la PMI**



Source : CG33/DEF

Depuis 2006, le nombre d'heures d'interventions par une TISF au domicile de l'enfant est quasi-stable, aux environs de 122 000 heures chaque année. Il en est de même pour le nombre d'enfants bénéficiaires qui, après une légère diminution en 2007, s'établit depuis lors autour de 2 700 dont un peu plus d'1/4 au titre de la PMI.

Section 2 : La protection de l'enfance *stricto sensu*

La protection de l'enfance *stricto sensu* s'entend de l'ensemble des mesures prises pour remédier à la situation de danger ou de risque à laquelle un enfant est confronté.

Le dernier rapport de l'ONED publié en mai 2010 présente des indicateurs nationaux construits à partir de données rassemblées jusqu'en 2008.

Ils peuvent être rapprochés des mêmes indicateurs girondins pour la même année. Les indicateurs girondins des années 2008 et 2009 ont été calculés en utilisant les données population au 1^{er} janvier 2009 publiées par L'INSEE. Cela permet d'avancer quelques hypothèses quant aux évolutions de la position de la Gironde sur la période 2007-2009 et sa position par rapport à la situation nationale.

Avant de présenter la répartition des mesures de protection (§2), il convient de présenter la structure de l'offre girondine en matière de protection de l'enfance (§1).

§1 : La structure de l'offre girondine

L'offre de services permettant la mise en œuvre des mesures de protection est composée de services d'aides à domicile, de lieux d'accueil collectifs et d'accueils en famille.

1 Les actions éducatives

Tableau 28 L'offre en actions éducatives

	SERVICES				MESURES ENFANTS	
	gérés par le secteur privé habilité		gérés par le secteur public		secteur privé habilité	secteur public
	Nombre de services	dont créés après la loi de 2007	Nombre de services	dont créés après la loi de 2007	Capacité autorisée	Capacité autorisée
AED	2	0	1	0	1 196	1 176
AED renforcée	0		0			
AED avec hébergement	0		0			
AEMO	3	0	0	0	3 237	
<i>dont AEMO renforcée</i>	1	0	0		25	
<i>dont pour prise en charge des victimes d'agressions sexuelles intrafamiliales</i>	1	0	0		40	
AEMO avec hébergement	0	0	0			

Source : CG33/DEF

Les actions éducatives à domicile (AED) sont confiées à trois services : l'un de statut public et les deux autres de statut privé pour une capacité maximum totale de 2372 enfants.

Les actions éducatives en milieu ouvert (AEMO) sont mises en œuvre par trois associations, toutes de statut privé, dont l'une prend en charge les AEMO renforcées et, une autre, les victimes d'agression sexuelle intrafamiliales.

2 Les accueils collectifs

Tableau 29 L'offre en accueils collectifs

	SERVICES				MESURES	
	gérés par le secteur privé habilité		gérés par le secteur public		secteur privé habilité	secteur public
	Nombre de services	dont créés après la loi de 2007	Nombre de services	dont créés après la loi de 2007	Capacité autorisée (en nbre de places)	Capacité autorisée (en nbres de places)
Accueils séquentiels		1			10	
Internat pour enfants de plus de 3 ans (MECS)	22	0	1		1 001	42
<i>dont internats scolaires</i>	3					
Lieux de vie	12	2	0	0	69	0

Source : CG33/DEF

Les structures d'accueil collectif étaient, en 2009, au nombre de 37 dont 14 lieux de vie et 1 structure adaptée aux accueils séquentiels. Cette dernière ainsi que deux lieux de vie ont été créés après la promulgation de la loi de 2007.

3 Les accueils collectifs d'urgence : Le Foyer de l'Enfance (CDEF)

Tableau 30 Les accueils collectifs d'urgence

Foyer de l'enfance	SERVICES				MESURES	
	gérés par le secteur privé habilité		gérés par le secteur public		secteur privé habilité	secteur public
	Nombre de services	dont créés après la loi de 2007	Nombre de services	dont créés après la loi de 2007	Capacité autorisée (en nbre de places)	Capacité autorisée (en nbre de places)
A Site principal			8			134
<i>Pouponnière (CDEF)</i>			1			35
<i>Petite enfance</i>			1			24
<i>Accueil enfance</i>			1			12
<i>Adolescents</i>			4			36
<i>Placement familial d'urgence</i>			1			30
B Autres sites			2			18
Service Accompagnement Jeunes Majeurs			1			44

Source : CG33/DEF

Le Centre Départemental de l'Enfance et de la Famille, établissement public, gère plusieurs sites d'accueil collectif : Le Foyer de l'Enfance dans l'agglomération bordelaise et deux autres sites en dehors de Bordeaux, ainsi qu'un service dédié à l'accompagnement des jeunes majeurs.

Globalement, hormis la Pouponnière départementale d'une capacité maximale de 35 berceaux, le Foyer de l'Enfance peut accueillir, sur ses trois sites, 90 enfants mineurs auxquels s'ajoutent 30 enfants pouvant être placés en urgence dans une famille d'accueil.

Quant au Service d'accompagnement des jeunes majeurs, il peut accueillir un maximum de 44 jeunes adultes de 18 à 21 ans.

4 L'accueil en famille

Deux services de placement familial coexistent : l'un est un service de la Direction Enfance Famille du Conseil Général et l'autre est géré par une association de droit privé. Cette dernière avait, en 2009, une capacité autorisée de 197 places. Pour sa part, le service du département disposait de 980 assistants familiaux sous contrat pour une capacité de 1650 places.

5 L'accueil mère-enfant et parents-enfant

La Gironde compte 6 foyers et centres maternels gérés par des organismes de statut public ou par des associations de statut privé pour une capacité totale d'accueil collectif de 195 jeunes mères enceintes ou avec enfants. Un de ces centres, géré par le Centre départemental de l'Enfance et de la Famille (CDEF) accueille plus particulièrement des femmes mineures, enceintes ou jeunes mères.

En plus de ces lieux d'accueil, un Service d'aide à domicile pour de jeunes parents, seuls ou en couple, âgés de 16 à 21 ans, dispose de 25 places.

Enfin, le Service d'Accompagnement social (CDEF) peut accompagner jusqu'à 40 jeunes mères vers l'autonomie dans le logement et la vie quotidienne avec leur enfant à leur sortie du centre maternel.

§2 : Les mesures de protection

1 Les mineurs et de jeunes majeurs pris en charge par au moins une mesure de protection dans l'année

Tableau 31 Mineurs et jeunes majeurs pris en charge par une mesure de protection

	France 2006	France 2007	Gironde 2007	Gironde 2008	Gironde 2009 ³³
Mineurs	1,88%	1,86%	2,50%	2,30%	2,46%
Jeunes Majeurs	0,90%	0,89%	0,92%	0,84%	0,88%

Sources : ONED/CG33/DEF

Le taux de mineurs pris en charge par une mesure de protection était nettement supérieur au taux moyen national en 2007 (2.50% contre 1.86%). Après une régression en 2008, le taux girondin a de nouveau progressé en 2009 pour se rapprocher de son niveau de 2007 (2.46% des mineurs). Dans les comparaisons entre départements, la Gironde se situe à la limite du quatrième quartile (c'est-à-dire des 25 départements ayant les taux les plus élevés).

³³Dans les tableaux 27, 29 et 30, les taux pour 2009 sont calculés sur les estimations de population 2009 publiées par l'Insee.

De la même manière, la proportion de jeunes majeurs pris en charge par une mesure de protection, non significativement différente des valeurs nationales en 2007, a régressé en 2008 pour retrouver son niveau antérieur en 2009.

2 L'objet de la mesure

a. La répartition des mesures selon leur type : accueil ou milieu ouvert

Tableau 32 **Part des mesures d'accueil dans le total des mesures de protection**

	France 2006	France 2007	Gironde 2007	Gironde 2008	Gironde 2009
Mineurs	46,4%	46,2%	44,4%	41,6%	39,7%
Jeunes Majeurs	83,2%	81,4%	90,4%	92,2%	86,2%

Sources : ONED/CG33/DEF

Cet indicateur est intéressant au regard du principe du Code civil selon lequel le placement de l'enfant qui implique une séparation d'avec ses parents doit rester exceptionnel. En Gironde, la part des mesures d'accueil dans le total des mesures se situait, en 2007, un peu en deçà du niveau national : 44,4 % contre 46,2 %. Mais surtout, cette part a continué de régresser en 2008 et en 2009 pour s'établir à 39,7 %, ce qui peut sans aucun doute être considéré comme un progrès au regard des objectifs fixés par la loi de mars 2007 relative à la protection de l'enfance.

Quant aux jeunes majeurs, leur prise en charge s'effectue en très grande majorité par des mesures d'accueil, comme au niveau national.

Tableau 33 **Mineurs et de jeunes majeurs pris en charge par au moins une mesure d'accueil dans l'année**

	France 2006	France 2007	Gironde 2007	Gironde 2008	Gironde 2009
Mineurs	0,91%	0,86%	1,10%	0,95%	0,98%
Jeunes Majeurs	0,75%	0,72%	0,84%	0,77%	0,76%

Sources : ONED, INSEE et CG33/DEF

Le taux de mineurs et de jeunes majeurs pris en charge par une mesure d'accueil, nettement supérieurs aux taux nationaux en 2007 (1.10% contre 0.86% et 0.84% contre 0.72%) ont eu tendance à régresser pour s'établir, fin 2009, à moins de 1% des mineurs et 0.76% des jeunes majeurs girondins.

Tableau 34 **Mineurs et jeunes majeurs pris en charge par au moins une mesure en milieu ouvert dans l'année (AEMO et AED ou AEJM)**

	France 2006	France 2007	Gironde 2007	Gironde 2008	Gironde 2009
Mineurs	1,01%	1,00%	1,38%	1,35%	1,48%
Jeunes Majeurs	0,15%	0,17%	0,08%*	0,07%*	0,12%*

Sources : ONED, INSEE et CG33/DEF

*AEJM

Si la proportion de jeunes majeurs faisant l'objet d'une mesure en milieu ouvert (AEJM) était nettement plus basse que dans l'ensemble de la France en 2007, elle a nettement progressé en 2009 pour se rapprocher probablement des valeurs nationales.

En revanche, le taux de mineurs pris en charge en milieu ouvert (AEMO + AED), nettement supérieur au taux national en 2007 (1.38% contre 1%), a connu une augmentation sensible en 2009 pour s'établir à 1.48% des mineurs girondins. Comparée aux résultats de 2007, cette croissance est due à l'augmentation du nombre de bénéficiaires d'une mesure en milieu ouvert (+14% en deux ans), en balance avec le recul des mesures d'accueil (-5%).

b. Les mineurs bénéficiaires d'une mesure en milieu ouvert

Tableau 35 **Bénéficiaires d'une mesure d'AED ou d'AEJM**

	2005	2006	2007	2008	2009
Mineurs	1 729	1 715	1 634	1 588	1 709
Jeunes Majeurs		58	62	56	93
Total	1 746	1 773	1 696	1 644	1 802

Source : CG33/DEF

Si le nombre de mineurs bénéficiaires se situe, en moyenne, aux environs de 1 700 par an, on constate une baisse en 2007 et 2008, suivie d'une importante croissance en 2009. En revanche, celui des majeurs, bien que beaucoup plus faible, semble en progression constante. Le nombre de mesures en faveur de jeunes majeurs en cours fin 2009 a sensiblement augmenté en un an (+66%). Certains enfants bénéficient d'une combinaison d'aides à domicile.

Tableau 36 **Evolution du nombre de bénéficiaires d'une AEMO**

Nombre d'AEMO (mesures en cours au 31/12)				
2005	2006	2007	2008	2009
2 098	2 146	2 442	2 508	2 801

Source : CG33/DEF

Les mesures d'AEMO sont en progression constante depuis 2005. Les mesures d'AEMO conventionnées ou renforcées sont stables, aux environs de 50 mesures pour chacune de ces catégories. Globalement, le flux annuel d'enfants pris en charge au titre d'une AEMO par les trois associations habilitées (AGEP, OREAG et PRADO) est passé de 3 762 enfants en 2008 à 3 961 en 2009 (+199 enfants), soit +5,3%.

De 2008 à 2009, la proportion de double mesure est stable (22,4%) mais la progression du nombre total d'AEMO « masque » la réalité d'une croissance en nombre absolu : 887 enfants en 2009 contre 836 en 2008 (+51 enfants, soit +6%).

3 L'origine de la décision, judiciaire ou administrative

Tableau 37 Répartition des mesures selon l'origine de la décision

	administratives		judiciaires		Total	
France 2007	52 519	18,7%	227 593	81,3%	280 112	100%
Gironde 2007	2 380	34,5%	4 947	67,5%	7 327	100%
Gironde 2008	2 248	32,1%	4 765	67,9%	7 013	100%
Gironde 2009	2 375	31,8%	5 105	68,2%	7 480	100%

Sources : ONED et CG33/DEF

Compte tenu de l'objectif de la loi du 5 mars 2007 visant à une décroissance relative des mesures d'origine judiciaire, l'observation pluriannuelle de cet indicateur est importante. Le tableau ci-dessous montre que les mesures administratives représentent environ 1/3 et les mesures judiciaires environ les 2/3 du total des mesures prises en Gironde. Mais la Gironde semble relativement bien placée au regard de l'objectif de déjudiciarisation avec, en 2007, un taux de décisions judiciaires à 67,5 % contre 81,3% au plan national. Ce taux semble se maintenir ensuite même si l'on note une légère croissance en 2009.

Tableau 38 Répartition des types de mesures en fonction de leur origine administrative ou judiciaire

	Mesures de placement				Mesures en milieu ouvert			
	administratives		judiciaires		administratives		judiciaires	
France 2007	14 755	11,4%	115 201	88,6%	37 764	25,1%	112 392	74,9%
Gironde 2007	746	23,0%	2 505	77%	1 634	40,1%	2 442	59,9%
Gironde 2008	660	22,6%	2 257	77,4%	1 588	38,8%	2 508	61,2%
Gironde 2009	666	22,4%	2 304	77,6%	1 709	38,0%	2 801	62,0%

Sources : ONED/CG33/DEF

En croisant les types de mesures avec l'origine de la décision, (tableau 38 ci-dessus), on constate que :

- les mesures de placement administratif en Gironde représentent un peu plus du cinquième du total des mesures de placements (22% à 23% contre 77% pour les placements judiciaires), alors que la part nationale s'établissait en 2007 à 11.4%.
- la part des AED dans le total des mesures en milieu ouvert est également nettement plus élevée en Gironde : 38 % à 40% de 2007 à 2009 contre 25% au niveau national en 2007.

Le rapport entre mesures de placement judiciaire et mesures de placement administratif est, en Gironde, autrement plus élevé qu'entre mesures en milieu ouvert. En effet, les mesures de placements sont à 77% d'origine judiciaire alors que les mesures en milieu ouvert ne le sont que pour 60% à 62% d'entre elles, cette proportion étant cependant en croissance régulière depuis 2007. Mais ces proportions masquent l'évolution comparative en valeur absolue du nombre de mesures d'origine judiciaire ou administrative.

En effet, de 2007 à 2009, le nombre de mesures en milieu ouvert d'origine judiciaire a augmenté de près de 15% alors que, dans le même temps, les mesures de placements régressaient de -8%. De même, le nombre de mesures administratives en milieu ouvert a connu une croissance de +5% de 2007 à 2009 alors que les mesures administratives de placements régressaient de près de 11%. Ceci illustre bien l'effort de réorientation vers des mesures en milieu ouvert.

Si les tableaux ci-dessus rendent compte de l'importante activité relative à la prise en charge des mineurs et jeunes majeurs, ils ne peuvent montrer la complexité de nombre d'entre elles nécessitant un travail multipartenarial. Ce dernier fait l'objet d'une étude approfondie dans le cadre de la commission « Mineurs en mal de protection ».

4 La prise en charge judiciaire de l'enfant en danger

a. La phase d'enquête

Dans le cadre de sa mission de police judiciaire, la BPDJ s'est spécialisée dans les auditions de mineurs victimes d'agressions sexuelles. L'ensemble du personnel est formé à la technique de l'entretien non suggestif et les locaux ont été spécifiquement aménagés pour recevoir les mineurs et leurs accompagnateurs dans les meilleures conditions. Ainsi en 2009, 158 mineurs victimes d'agressions sexuelles ont été entendus à la BPDJ selon la procédure vidéo prévue par la loi du 17 juin 1998. Ce chiffre représente 70 % du volume total des mineur(e)s victime(s) entendu(e)s par les enquêteurs de la Gendarmerie Nationale sur le département de la Gironde, sachant que l'unité n'a pas vocation à traiter l'ensemble des dossiers. Seul(e)s les plus jeunes (en moyenne entre 3 et 12 ans) sont systématiquement entendu(e)s par les enquêteurs de la BPDJ ainsi que les cas difficiles ou particuliers (pathologies et troubles psychologiques, etc....)³⁴.

b. L'intervention du Juge des Enfants

Tableau 39 Evolution du nombre de requêtes au TPE de Bordeaux

	Requêtes	Décisions
2007	871 requêtes pour 1442 mineurs nouveaux	5 432
2008	948 requêtes pour 1522 mineurs nouveaux	5 278
2009	926 requêtes pour 1423 mineurs nouveaux	5 153

Source : TPE de Bordeaux

³⁴ Les autres mineurs sont entendus directement par les services enquêteurs territorialement compétents de la Gendarmerie Nationale, au sein de leur brigade.

Au 31 décembre 2009, 409 dossiers en assistance éducative étaient en cours à Libourne et 2864 à Bordeaux soit un total de 3275 dossiers.

Après une légère baisse des saisines en assistance éducative en 2007 liée au développement de la politique de prévention menée par le Conseil général et renforcée par la loi du 5 mars 2007 qui définit de façon précise les critères de signalement transmis au Procureur de la République, l'autorité judiciaire a été davantage saisie en 2008 avec un maintien du nombre de saisines en 2009. En effet, la politique de prévention sur le département de la Gironde a mis à jour des situations qui n'étaient pas repérées jusque là.

Le ministère public est le principal acteur de la saisine du juge des enfants (663 saisines par le ministère public), les autres sources de saisine (parents, mineur, office du juge, dessaisissements) étant en nombre réduit.

Le principe de subsidiarité de la saisine judiciaire posé par la loi de 2007 n'a pas eu les effets escomptés, peu de décharges significatives en assistance éducative sont constatées. Toutefois, on constate une légère diminution entre 2007 et 2009 du nombre décisions (de près de 3%).

c. La défense de l'enfant dans le cadre de la procédure d'assistance éducative

En 2009, 926 saisines du juge des enfants en assistance éducative ont été faites et 5153 décisions rendues. Lors des audiences, bien qu'il n'y ait aucune statistique disponible, il est estimé que dans une procédure sur trois seulement, l'une des parties au moins (père, mère et/ ou enfant) est assistée d'un avocat ; en 2009, dans 78 procédures uniquement, un avocat du Centre de Recherches d'Information et de Consultations sur les Droits de l'enfant (CRIC) a été désigné au côté du mineur sur demande du Juge des Enfants ou de la Chambre des Mineurs.

Les avocats du CRIC interviennent également sur demande du mineur lui-même, d'un parent, d'une assistance sociale, d'un éducateur ou de tout autre personne et ce, soit au côté du mineur, soit de l'un des titulaires de l'autorité parentale. Et même si elle est en augmentation depuis ces dernières années, il apparaît opportun d'améliorer encore leur présence dans la mesure du possible.

La présence auprès de l'enfant et de ses parents d'un défenseur susceptible de présenter son point de vue au magistrat, d'apporter le cas échéant une contradiction, paraît en effet particulièrement nécessaire au respect des droits procéduraux des familles et des droits fondamentaux mis en cause dans ces procédures.

Recommandation n°12

L'ODPE recommande le renforcement du dispositif de défense des droits de l'enfant dans le cadre des procédures d'assistance éducative.

d. Le rôle de la Protection Judiciaire de la Jeunesse

i. Les enjeux

Depuis 2010, la loi limite l'intervention judiciaire aux situations les plus graves. L'intervention éducative judiciaire, pénale comme civile, poursuit les mêmes finalités de protection, d'éducation et d'insertion que les actions de protection administratives. Il est nécessaire que les mineurs relevant d'une prise en charge judiciaire ne soient pas exclus des dispositifs concourant à la protection de l'enfance, le traitement de la délinquance des mineurs s'inscrivant dans le champ de la protection de l'enfance.

C'est à ce titre qu'on parlera de subsidiarité de l'intervention judiciaire sur l'intervention administrative. Le calage et la coordination entre ces deux types d'intervention sont aujourd'hui des enjeux majeurs. Il y a deux illustrations du croisement des logiques, là où

elles peuvent se percevoir et se compléter : d'une part, la CRIP, cellule de recueil d'informations préoccupantes mise en place par chaque Conseil général et dénommée, en Gironde, Bureau de l'enfance en danger et, d'autre part, le placement administratif ou judiciaire, en tant qu'outil investi autant par le Conseil général que par la PJJ. Pour un même fait commis par un mineur, le juge des enfants, juge du siège indépendant, peut choisir de donner une tonalité particulière à l'acte, selon l'acte principal commis. Ainsi, dans une situation semblable, il peut poursuivre au civil ou au pénal selon qu'il choisit de protéger le mineur, ou de le poursuivre. Ce choix du fondement civil ou pénal, susceptible de caractériser une population, a souvent été interrogé, notamment pour les placements. Placer des jeunes dans le même établissement en assistance éducative au même titre que d'autres placés au titre de l'ordonnance de 1945 conduisait souvent à interroger la société civile, mais parfois également les riverains de ces établissements ou les professionnels eux-mêmes. Combien de fois a-t-on entendu parler de risque de contagion, ajoutant bien souvent une volonté de mesure : combien en sauvez-vous ? Et le législateur a un temps alimenté cette catégorisation, répondant à une demande éducative certes, mais surtout sécuritaire : ainsi sont nés les Unités Educatives à Encadrement Renforcé, puis les Centres Educatifs Renforcés, et enfin les Centres Educatifs Fermés. Il convient de rappeler que pour chacun d'entre eux, des conditions juridiques sont des préalables à l'admission de mineurs. Dans le même temps, les Centres de Placement Immédiat (transformés aujourd'hui en EPE, établissement de placement éducatif) ont eu pour vocation de répondre à l'urgence, en dehors de toute sélection qui serait opposée par l'éducatif. Le dispositif des peines s'est alimenté par la création d'Etablissement Pénitentiaires pour Mineurs relevant de l'administration pénitentiaire, comprenant des personnels de la PJJ pour l'exécution des peines privatives de liberté. Le placement qui consiste à retirer le mineur de son environnement familial pour le confier à ceux dont l'éducation est le métier est un véritable révélateur des évolutions des mentalités. L'atomisation des familles et des réseaux qui sont les leurs, conduit à se tourner vers le monde professionnel pour la prise en charge des mineurs. Heureusement la place des parents est bien souvent soulignée, réinvestie dans ces accompagnements éducatifs. Devant la nécessité de réponse en urgence, telle que la société du temps réel l'exige aujourd'hui, les magistrats du parquet, et ceux du siège demandent des mesures de placement parfois sans réponse dans le département, et parfois très peu à l'extérieur de la Gironde. Les établissements acceptant des mineurs sur décision judiciaire font l'objet d'une double habilitation (PJJ et Conseil général) au civil, et d'une habilitation exclusive PJJ au pénal. En Gironde, une vingtaine d'établissements ont la double habilitation (assistance éducative et ordonnance de 1945). Le nombre de places est donc structurellement limité. Aussi, outre la tension qui existe dans les lieux de placement, il peut en résulter une embolie du système qui n'est plus opérationnel, quelle que soit l'origine de la demande de placement. Cette dernière peut alors être externalisée vers des lieux hors département. La PJJ propose alors aux magistrats des lieux situés sur son territoire Aquitaine nord, puis sur ceux de l'interrégion sud-ouest. Face aux difficultés réelles de solution de placement et aux attentes de la juridiction, les institutions essaient de diversifier les modes de réponses. Dans ce cadre, la PJJ a inscrit dans son programme la réduction du nombre de foyers mais avec l'augmentation de la capacité totale de prises en charge ; elle conduit également un programme de transformation d'établissements en CEF en assouplissant les conditions juridiques d'accès pour les mineurs.

ii. L'investigation ou l'aide à la décision des magistrats.

Il existe trois formes d'investigation : les Recueils de enseignements socio-éducatifs (RRSE) exercés par les PEAT (permanence éducative auprès du tribunal), les Investigations d'orientations éducatives (IOE) exercées par le secteur public de la PJJ et le secteur associatif habilité, et enfin les Enquêtes sociales (ES) exercées par le secteur public de la PJJ et le secteur associatif habilité. Si le RRSE persiste en tant qu'outil d'investigation pénale, les ES

et les IOE disparaîtront progressivement d'ici fin 2011 pour laisser place, au civil comme au pénal, à une nouvelle mesure, la MJIE (mesure judiciaire d'investigation éducative). Elle sera mise en place tant par le secteur public que par le secteur associatif à l'issue d'une procédure particulière d'habilitation. Cette nouvelle mesure d'investigation, modulable dans sa durée, pluridisciplinaire, permet d'envisager l'alimentation du dossier unique de personnalité. Elle peut se poursuivre par un module complémentaire d'approfondissement en fonction d'une problématique spécifique.

iii. L'évolution annuelle de quelques mesures

Tableau 40 Evolution annuelle de quelques mesures

		2007		2008		2009		2010				
		Secteur public	(AGEP-OREAG-PRADO)	Secteur public	SAH * (AGEP-OREAG-PRADO)	Secteur public	SAH * (AGEP-OREAG-PRADO)	Secteur public	SAH * (AGEP-OREAG-PRADO)			
AEMO	Mesures terminées	Entrées	135	Mesures terminées	Entrées	177	Mesures terminées	Entrées	1 254	Mesures terminées	Entrées	1 262
		Sorties	067		Sorties	066		Sorties	1 180		Sorties	1 161
	144	Présents au 31/12	2	105	Présents au 31/12	2	81	Présents au 31/12	2 845	32	Présents au 31/12	2 944
		Nbre enfants suivis	3		Nbre enfants suivis	3		Nbre enfants suivis	4 016		Nbre enfants suivis	4 105
ES	4	Mesures terminées	286	2	Mesures terminées	375	2	Mesures terminées	353	1	Mesures terminées	365
		Stocks	133		Stocks	104		Stocks	71		Stocks	52
IOE	131	Mesures terminées	388	107	Mesures terminées	420	136	Mesures terminées	465	149	Mesures terminées	480
		Stocks	102		Stocks	117		Stocks	111		Stocks	98

Sources : PJJ et associations habilitées

De 2007 à 2009, les mesures d'AEMO confiées par les juges des enfants se sont accrues d'environ 5% par an pour se stabiliser en 2010. Si elles ont augmenté pour le secteur associatif habilité (SAH), elles ont diminué pour le secteur public, conformément aux orientations nationales de la PJJ visant à concentrer ses efforts sur les interventions au Pénal. En nombre de mesures terminées, les Enquêtes Sociales réalisées par le secteur associatif ont sensiblement augmenté en 2008 (+31%) pour se stabiliser en 2009 et 2010, alors qu'elles ont quasiment disparu pour le secteur public. Les IOE, relativement stables en 2007 et 2008, ont augmenté en 2009 et en 2010 (+10% par an) aussi bien dans le secteur public que dans le secteur associatif.

iv. Des perspectives

Le contexte dans lequel se trouve aujourd'hui la PJJ Aquitaine Nord, territoire fait de trois départements : Gironde, Dordogne et Lot-et-Garonne, amène à avoir une approche différenciée d'un département à l'autre, tout en poursuivant les mêmes objectifs d'insertion et mettant en œuvre une même politique éducative sur l'ensemble du territoire. Ainsi pour la Gironde, dans un positionnement relativement nouveau (septembre 2010), le choix est fait d'apporter la contribution des services et moyens de la PJJ pour :

- sa participation, en Gironde, au Schéma départemental conjoint 2012-2016 de la Protection de l'enfance aux côtés du Conseil Général, ainsi que sa participation aux travaux de l'ODPE.
- la réalisation d'une étude sur la demande et les besoins réels de placement quant à leur durée, leurs modalités, les effets attendus.

- la conduite d'une nouvelle politique d'habilitation des services du secteur associatif habilité, notamment sur le fondement pénal.

5 La prise en charge des jeunes majeurs

Les mesures d'AEMO destinées aux jeunes majeurs ont diminué de moitié en 2009 par rapport à l'année précédente. La mesure « suivi des jeunes majeurs » a quasiment disparu d'une année sur l'autre : elle subsiste de façon résiduelle, et exceptionnelle, au cas par cas. Quant au placement, le département de la Gironde est doté d'un établissement de placement collectif, le CPI (centre de placement immédiat, de Pessac) qui dispose de 8 places et est passé à 12 places en 2010. Sa mission est le placement dans une relative urgence, pour des durées variables. L'activité, réalisée à hauteur de 65 % des places disponibles, était en très légère hausse en 2009. En revanche, les placements individualisés étaient en nette régression. C'est ainsi que l'activité relative à ce mode de prise en charge des jeunes majeurs s'est réduite de 4260 journées en 2008 à 1701 journées en 2009. Cette formule, pourtant très utile, n'a pas été à la hauteur des objectifs fixés. La réorganisation de la PJJ dont l'activité s'est très clairement détournée du domaine civil (assistance éducative) pour se recentrer sur le domaine pénal (cf. infra) a conduit à la fermeture de ce service au 1^{er} septembre 2009.

Les associations habilitées PJJ dont l'une des missions est de venir en aide aux jeunes majeurs en difficulté font part de leur inquiétude quant à la pérennité de cette mission. L'une d'entre elles, l'Association Girondine d'Éducatrices spécialisées et de Prévention sociale (AGEP) a adressé en décembre 2008 un courrier à la présidente de l'ODPE qui traduit bien cette inquiétude, partagée par la plupart des acteurs de la protection de l'enfance.

Alors que le décret n°75-96 du 18 février 1975 permet pourtant au juge des enfants de prolonger les mesures d'assistance éducative jusqu'à 21 ans à la demande des jeunes majeurs, il apparaît qu'après avoir provoqué la quasi disparition des placements individualisés de jeunes majeurs, on s'oriente vers la disparition de fait des mesures d'AEMO. Pourtant tous les observateurs et sociologues de la jeunesse s'accordent pour constater le recul de l'âge moyen de l'accès à l'autonomie et une dépendance familiale plus longue. Après étude, les services de l'AGEP concluent que 19% des jeunes qu'elle suit auraient besoin d'une prolongation de l'aide éducative.

L'ODPE partage les inquiétudes relatives à l'arrêt du financement de ces mesures au bénéfice des jeunes majeurs et aux conséquences dommageables que cet arrêt est susceptible d'avoir pour les jeunes directement concernés mais également pour les « grands mineurs ». En effet, pour ces derniers, la mise en place d'une mesure d'accompagnement n'aura que peu de sens si elle devait s'arrêter après quelques mois de fonctionnement.

Cependant, en Gironde, le Conseil général a d'ores et déjà assuré la continuité de la plupart de ces aides dans l'attente d'une réflexion approfondie, notamment à l'occasion de l'élaboration du nouveau Schéma départemental de la protection de l'enfance.

Recommandation n°13

L'ODPE recommande que soit examinée la question des aides à proposer aux jeunes majeurs et leur articulation avec les dispositifs d'aide de droit commun.
--

§3 : La prise en charge du mineur et du jeune majeur par une mesure de protection hors du domicile familial

1 Les mineurs et jeunes majeurs accueillis

Tableau 41 Mineurs et jeunes majeurs accueillis à l'ASE

au 31/12 de chaque année	2006	2007	2008	2009
Mineurs	3 096	3 251	2 917	2 970
Jeunes Majeurs	509	585	547	580
Total	3 605	3 836	3 464	3 550

Source : CG33/DEF

En 2009, 2 970 mineurs et 580 jeunes majeurs ont été accueillis dans un dispositif de l'ASE. Ils se répartissaient selon 3 principaux statuts : 46% étaient des mineurs confiés, 19% étaient en accueil provisoire permanent, 13% étaient placement direct en établissement ou chez un tiers digne de confiance et 16% étaient des jeunes majeurs en accueil provisoire.

De 2008 à 2009, on constate :

- une légère croissance du nombre de mineurs confiés (2 494 contre 2 388),
- une croissance assez nette des enfants pupilles à titre définitif et provisoire,
- une décroissance du nombre de placements directs en établissement (476 contre 529) et une stabilité des accueils provisoires de mineurs (666 contre 660 en 2008), nombre cependant nettement en baisse par rapport à 2007 (746).

L'évolution de 2006 à 2009 montre une relative stabilité (autour de 3 000 par an) du nombre de mineurs faisant l'objet d'une mesure de protection hors du domicile familial

2 La répartition entre les différents types d'accueil

Tableau 42 Les types d'accueil en fonction du statut

	AP	Mineurs confiés	Placements directs	APJM	Total
Etablissements	61%	32%	54%	81%	49%
Familles d'accueil	39%	68%	46%	19%	51%

Source : CG33/DEF

Si, globalement, les enfants et jeunes majeurs sont répartis à peu près à égalité entre établissements (49%) et familles d'accueil (51%), leur répartition entre ces deux types d'accueil est différente en fonction de leur statut. Ainsi, en 2009, plus des 2/3 des mineurs confiés sont placés en famille d'accueil mais 80% des jeunes majeurs sont en établissement. Quant aux enfants en Accueil Provisoire, 39% d'entre eux étaient en famille d'accueil et 61% en établissement. Enfin, les enfants faisant l'objet d'un placement direct sont placés en majorité (54%) en établissement.

a. Les accueils en établissement

Tableau 43 Les accueils en établissement

Les accueils en établissement au 31/12 de chaque année			
2006	2007	2008	2009
1645	1981	1624	1728

Source : CG33/DEF

Au 31/12/2009, 1728 mineurs et jeunes majeurs étaient accueillis en établissement. Une petite minorité (11,6%) l'ont été dans des établissements situés hors Gironde. Par rapport à 2008, 104 enfants supplémentaires ont été accueillis en établissement (+6%). Un regard sur les années 2006 à 2009 ne montre aucune tendance régulière dans l'évolution du nombre de mineurs et jeunes majeurs accueillis.

Tableau 44 L'accueil en établissement selon le statut

Accueil provisoire	Mineurs confiés	Placements directs	APJM	Pupilles	Total
407	581	258	467	15	1728
24%	34%	14%	27%	1%	100%

Source : CG33/DEF

Selon leur statut, les mineurs confiés représentaient le tiers du total des accueils en établissement. Un quart des accueils concernaient des mineurs en accueil provisoire et un autre quart concernait des jeunes majeurs en accueil provisoire.

b. L'accueil familial

Tableau 45 Les placements en accueil familial (au 31/12 de chaque année)

Les placements en accueil familial			
2006	2007	2008	2009
1 960	1 855	1 840	1 822

Source : CG33/DEF

On observe une tendance à la baisse de l'accueil familial, amorcée 2007, puis plus lente mais régulière : il y avait 138 enfants de moins placés en famille d'accueil à la fin de 2009 par rapport à la fin de 2006, soit une baisse de -7% en 3 ans.

Tableau 46 L'accueil familial selon le statut

Accueil provisoire	Mineurs confiés	Placements directs	APJM	Pupilles	Total
259	1212	218	113	20	1822
14%	67%	12%	6%	1%	100%

Source : CG33/DEF

Au regard de leur statut, 2/3 (67%) des enfants placés en famille d'accueil familial fin 2009 étaient des mineurs confiés, 14% étaient en accueil provisoire et 12% d'entre eux avaient fait l'objet d'un placement direct.

c. L'accueil dans un établissement médico-social ou médico-éducatif et les rôles de la MDPH et de l'ARS

i. La MDPH

Tableau 47 Nombre et répartition des décisions par type de demandes
Année 2010

Type de demande	Décisions en 2010	Accords	Refus/rejets
Orientation (établissement médico social ou CLIS/ULIS)	3 478	3 404	74
Allocation d'éducation pour enfant handicapé (AEEH)	2 958	2 744	214
Auxiliaire de vie scolaire	990	857	133
Carte d'invalidité	665	492	173
Carte de priorité	56	56	
Maintien amendement Creton	244	244	
Avis de matériel pédagogique	167	118	49
Prestation de compensation	109	60	49
RQTH	77	76	1
TOTAL	8 744	8 051	693

Source : MDPH de la Gironde

Les C.D.E.S. (*Commissions départementales d'éducation spéciale*), qui décidaient pour les plus jeunes n'existent plus depuis loi du 11 février 2005³⁵. Elles sont fusionnées avec la COTOREP dans une commission unique, la C.D.A. (*Commission des droits et de l'autonomie*), compétente au sein d'une structure unique, pour décider de tous les droits et prestations dont peuvent bénéficier les personnes handicapées. La Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH)³⁶ rassemble ainsi les compétences liées au handicap et offre un accès unifié aux droits et prestations destinés aux personnes handicapées³⁷.

La MDPH se prononce sur l'orientation de l'enfant handicapé et sur les mesures propres à assurer son insertion scolaire ou professionnelle et sociale et désigne les établissements ou les

³⁵ Loi du 11 février 2005 pour « l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées »

³⁶ Les M.D.P.H. sont des groupements d'intérêt public, dont le Département assure la tutelle administrative et financière. Le Département, l'Etat, la Caisse primaire d'assurance maladie (C.P.A.M.) et la Caisse d'allocations familiales (CAF) sont membres de droit de ce groupement.

³⁷ Sur les 8474 prestations attribuées en 2009, la moitié consistaient en des orientations vers des établissements ou services spécialisés (4264). Source : MDPH de Gironde.

services correspondants aux besoins de l'enfant ou de l'adolescent. Elle apprécie le taux d'incapacité de l'enfant, justifiant l'attribution de l'allocation et, éventuellement, de son complément, ainsi que de la carte d'invalidité ou de priorité.

Mais des écarts temporels parfois importants sont observés entre le moment de la décision d'orientation d'un enfant vers un établissement médicosocial et son accueil effectif.

Pour certains de ces enfants, l'orientation prononcée par la MDPH était antérieure à 2009. D'autres, bien que détenteurs d'une orientation MDPH en cours de validité mais non effective, restent accueillis dans les seuls dispositifs ASE dans l'attente d'une place disponible en établissement médicosocial.

C'est ainsi qu'en 2009, 345 enfants accueillis dans un dispositif de l'aide sociale à l'enfance ont aussi fait l'objet d'une prise en charge par un établissement médico-social ou médico-éducatif, soit 26 de plus qu'en 2008 (+7,5%). La grande majorité d'entre eux - soit 284 - étaient placés en famille d'accueil et 61 étaient accueillis en établissement. A ces derniers s'ajoutent 40 enfants confiés à l'ASE mais hébergés en internat dans ces types d'établissements.

Ces 345 enfants représentent environ 10% du total des enfants accueillis dans un dispositif de l'ASE.

Par ailleurs, 30% à 40% des enfants en accueil familial bénéficient d'une prise en charge médico-psychologique en ambulatoire, aussi bien dans le secteur libéral que dans le secteur public dont la capacité de prise en charge est en difficulté voire très insuffisante.

ii. L'ARS

L'Agence Régionale de l'Hospitalisation (ARH) est devenue, en 2010, l'Agence Régionale de la Santé dont les missions couvrent désormais l'ensemble du système de santé : hospitalier, libéral et médico-social³⁸. De ce fait, l'action et les projets de cet organisme influent sur les possibilités et modalités de prise en charge de certains des enfants confiés à l'Aide sociale à l'enfance.

Un travail de concertation avec le Conseil général, l'Inspection Académique, les associations gestionnaires d'établissements médicosociaux, des représentants du secteur sanitaire et des usagers, a permis à l'Etat de définir ses orientations pour le volet « enfance et adolescence handicapée », intégré ensuite dans le Schéma d'organisation sociale et médicosociale 2007-2011.

Trois fiches-actions du Schéma intéressent particulièrement les acteurs de la Protection de l'enfance et, en premier lieu, les services du Conseil général :

- développer l'adaptation des établissements
- développer et formaliser les partenariats
- développer l'accueil temporaire pour assurer la continuité des prises en charge.

Dans la perspective d'une adaptation des établissements et de la formalisation des partenariats, plusieurs rencontres ont associé, en 2009, autour des acteurs institutionnels, la DDASS, le Conseil Général, l'Education nationale et la MDPH ainsi que les établissements concernés autour d'une problématique commune : la prise en charge d'enfants et

³⁸ L'ARS regroupe en une seule entité plusieurs organismes chargés des politiques de santé dans les régions et les départements : directions régionales et départementales des affaires sanitaires et sociales (DRASS et DDASS), agences régionales de l'hospitalisation (ARH), groupements régionaux de santé publique (GRSP), Unions régionales des caisses d'assurance maladie (URCAM), missions régionales de santé (MRS) et volet hospitalier de l'assurance maladie, composé d'une partie du personnel des caisses régionales d'assurance maladie (CRAM), du régime social des indépendants (RSI), de la Mutualité sociale agricole (MSA), des directions régionales du service médical (DRSM).

d'adolescents porteurs de handicaps lourds ou complexes nécessitant l'intervention conjointe de professionnels des secteurs sanitaires et médicosociaux.

Plusieurs idées-forces ont émergé de ces rencontres :

- Un besoin de concertation et de coordination entre établissements médicosociaux, en amont de la décision de la MDPH,

- L'intérêt souligné de prises en charge séquentielles, d'une part entre établissements et services médicosociaux et, d'autre part entre ces établissements et le secteur sanitaire avec pour objectif : renforcer la cohérence des prises en charge et créer des espaces de transition lors de situations de crise,

- L'aggravation des situations rencontrées, de leur mode d'expression et de leur précocité nécessite une adaptation des modalités d'accompagnement et l'instauration de partenariat afin d'éviter l'isolement des structures,

- Les difficultés ou même la saturation du secteur sanitaire dans sa capacité de répondre aux sollicitations des établissements et services médicosociaux doivent pousser à la recherche de solutions innovantes telles que l'expérimentation, par la pédopsychiatrie, de modalités de prise en charge par une « équipe mobile » au sein des établissements médicosociaux.

Mais pour permettre la continuité du travail engagé par les établissements médicosociaux et prévenir les ruptures ou les situations de crise, des lieux d'accueil temporaires ont été estimés nécessaires lors :

- des périodes de fermetures des établissements (fins de semaine, vacances) pour un besoin de détente, de repos, de loisirs.

- des périodes de trop fortes tensions, soit en famille d'accueil, soit en établissement.

Un appel à projet - qui prévoyait la création d'une unité spécialisée au sein d'un établissement existant - a été diffusé en août 2009 auprès des associations gestionnaires d'établissements médicosociaux. La seule réponse obtenue ne répondait qu'imparfaitement au cahier des charges et pour un coût trop élevé.

Actuellement, deux types d'établissements accueillent des enfants bénéficiaires d'une mesure de protection : les ITEP et les IME. Leurs capacités ont évolué de 2007 à 2009 :

- les ITEP (1103 places au 31/12/2009) ont vu leur capacité d'accueil diminuer de 18 places mais, en revanche, les SESSAD d'ITEP (199 places) se sont accrus de 55 places,

- les IME ont bénéficié de 15 places supplémentaires (1280 places au 31/12/2009) et les SESSAD d'IME de 20 places supplémentaires (162 places).

iii. Les ITEP

Le département de la Gironde est doté d'un nombre de places d'ITEP - réparties en semi internat, internat et SESSAD - très supérieur aux moyennes nationales. Ceci s'explique par des éléments historiques et contextuels : les Instituts de Rééducation (IR), qui, dans le passé, accueillait des publics très variés, parfois dans le cadre d'une triple habilitation (Sécurité sociale, ASE, PJJ) ont fait l'objet de modifications en 2005³⁹ pour devenir les Instituts Thérapeutiques Educatifs et Pédagogiques (ITEP). Les anciens IR, qui recevaient un public relevant d'un «handicap socio-culturel» et de «troubles du comportement et des conduites», ont dû, en devenant ITEP, s'adapter à la nouvelle définition du handicap (loi du 11 février 2005) en accueillant des «*enfants, adolescents ou jeunes adultes qui présentent des difficultés psychologiques dont l'expression, notamment l'intensité des troubles du comportement, perturbe gravement la socialisation et l'accès aux apprentissages. Ces enfants, adolescents et jeunes adultes se trouvent, malgré des potentialités intellectuelles et cognitives préservées, engagés dans un processus handicapant qui nécessite le recours à des actions conjuguées et à un accompagnement personnalisé.*

³⁹ Art D312 59-1 et suivants du CASF

Les demandes d'admission en ITEP sont instruites par la MDPH. La Commission des Droits et de l'Autonomie⁴⁰ prononce les orientations vers les ITEP. Les composantes sociales ou scolaires ne sont plus prédominantes dans ce processus d'évaluation ; c'est l'aspect médico-psychologique qui prime et justifie le financement de la prise en charge en établissement par l'assurance maladie.

Toutefois, une augmentation des mesures conjointes (MDPH+ASE) est observée dans ces établissements. Une enquête menée en 2010 auprès de 15 ITEP girondins par l'association des ITEP et de leurs Réseaux (AIRE) a relevé un taux moyen de 40% de jeunes accueillis en ITEP bénéficiant de mesures au titre de l'ASE du département (en protection ou en prévention). De plus, les ITEP, dans leurs missions d'accompagnement de situations souvent complexes, sont eux-mêmes générateurs d'informations préoccupantes ou de signalements aboutissant ensuite à des mesures relevant de la compétence de l'ASE du département, venant ainsi accroître le contingent de ce type de situations.

Enfin, la majorité des ITEP du département disposent d'un agrément prenant fin à 16 ans (limite légale de l'obligation scolaire), ce qui n'est pas sans poser de problèmes pour les jeunes relevant de la tranche d'âge 16-20 ans qui se retrouvent souvent en panne d'orientation par la MDPH, faute de places disponibles dans les établissements médico-sociaux dispensant des formations professionnelles.

d. L'accueil en centre maternel

Le nombre de mères présentes le 31/12/2009 dans les 6 centres maternels du département sur la période 2005-2009 était à peu près stable aux alentours de 130, c'est-à-dire proche de la capacité d'accueil maximale. En revanche, le nombre d'enfants (159 en 2009) varie selon les années car dépendant, d'une part, du nombre des femmes en cours de première grossesse et, d'autre part, du nombre d'enfants par femme accueillie.

e. L'accueil d'enfants confiés en vue d'une adoption

En 2009, 623 dossiers de demande d'adoption étaient en cours de validité : 46 enfants confiés au Département ont été adoptés (et 56 autres l'ont été par l'adoption internationale).

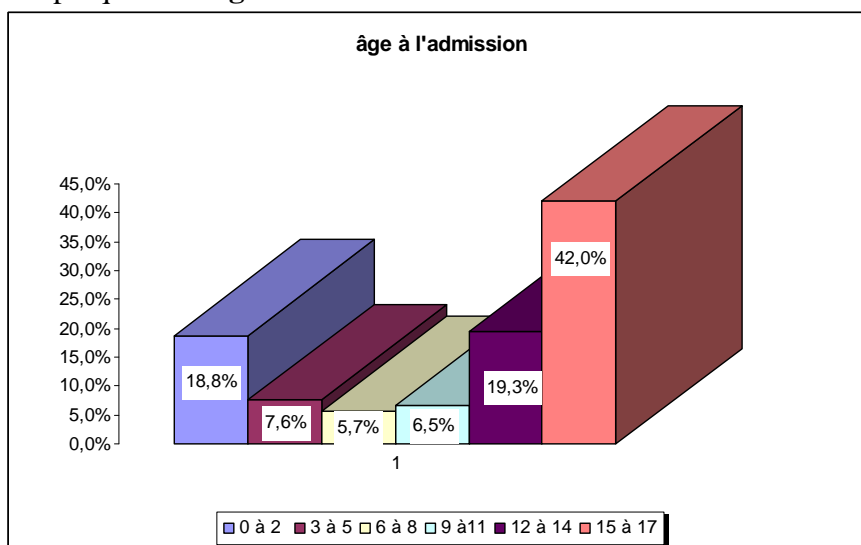
Par ailleurs, une réflexion sur le délaissement et le maintien du lien (cf.p.86) a été entamée et les préconisations du rapport Colombani mises en œuvre. Ainsi, après une étude des situations, des enfants accueillis à la Pouponnière Départementale ont été confiés à des couples agréés selon des modalités nouvelles telles que le parrainage ou le tiers digne de confiance.

⁴⁰ Au sein de la MDPH, la Commission des droits et de l'Autonomie est la commission unique qui décide de l'attribution de toutes les prestations relatives au handicap.

f. Accueil d'urgence, observation, orientation : Le Foyer de l'Enfance

i. L'âge à l'admission et les motifs de celle-ci

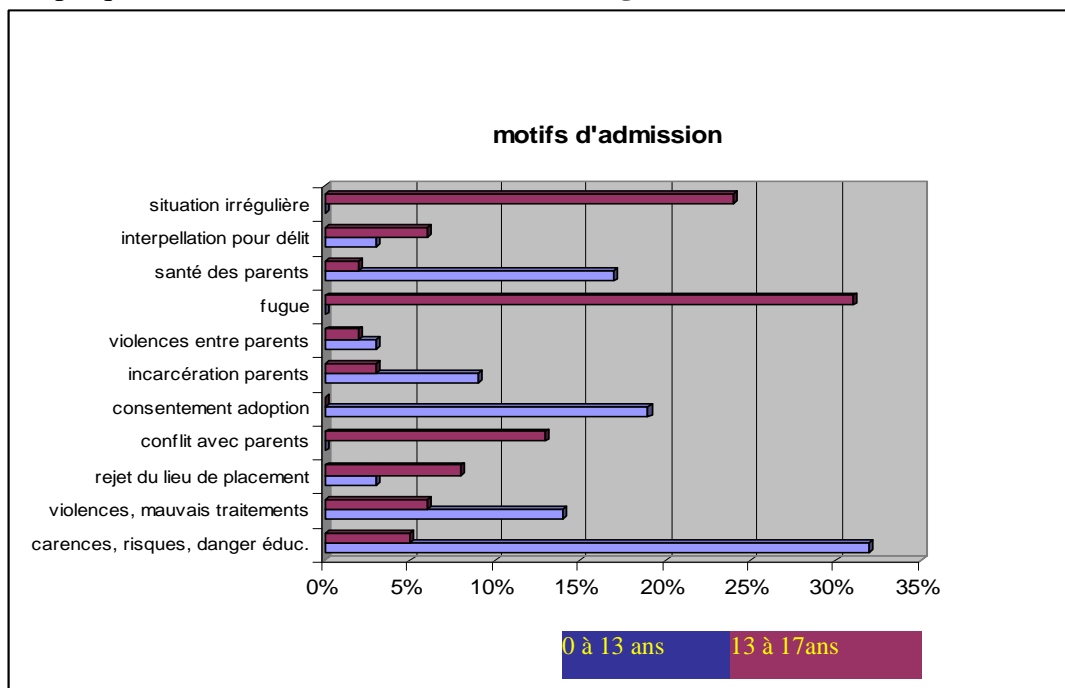
Graphique 6 L'âge des mineurs à l'admission



Source : CDEF Bilan d'activité 2009

Au cours de l'année 2009, 394 mineurs ont été admis au Foyer de l'Enfance. La répartition par tranches d'âge montre une prédominance des adolescents (12 ans et plus) et l'importante présence des nouveau-nés et des tout-petits (0 à 2 ans).

Graphique 7 Les motifs d'admission selon l'âge



Source : CDEF Bilan d'activité 2009

Les motifs dominants sont différents selon que les mineurs ont plus ou moins de 13 ans. Chez les moins de 13 ans : ce sont les carences éducatives qui dominent dans 32% des cas ; chez les 13 ans et plus, ce sont les fugues pour 31% d'entre eux.

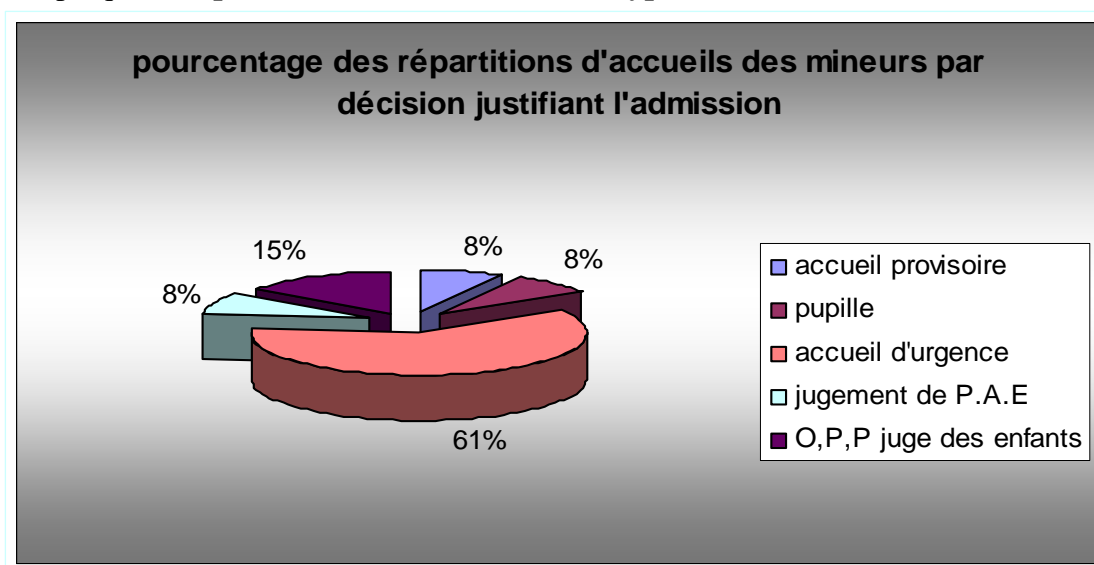
Globalement, deux causes d'admission sont proportionnellement en augmentation :

- le nombre d'enfants confiés en vue d'une adoption, en baisse régulière depuis le début de la décennie, a brutalement augmenté en 2009,
- et la proportion de mineurs étrangers en situation irrégulière qui, après une baisse sensible de leur nombre, retrouve son niveau d'avant 2007 et 2008.

ii. Les décisions à l'origine des admissions

Globalement, les accueils d'urgence dominant (61%) mais la répartition des décisions varie selon la tranche d'âge du mineur ; chez les moins de 13 ans, les accueils en urgence représentent 39% des admissions et une ordonnance ou un jugement du Juge d'enfant sont à l'origine de près de 33% des admissions. Chez les 13 ans et plus, les proportions sont différentes : les accueils d'urgence prononcés par le Parquet des Mineurs représentent 77% des cas.

Graphique 8 Répartition des accueils selon le type de décision



Source : CDEF Bilan d'activité 2009

iii. Les durées de séjour

Globalement, plus l'âge du mineur est élevé et plus la durée de séjour est brève. :

- 34% des séjours sont inférieurs à 15 jours mais concernent dans 75% des cas, les mineurs les plus âgés.
- 8% des séjours sont supérieurs à un an voire à 18 mois et touchent, dans 75% des cas des enfants de moins de 10 ans.

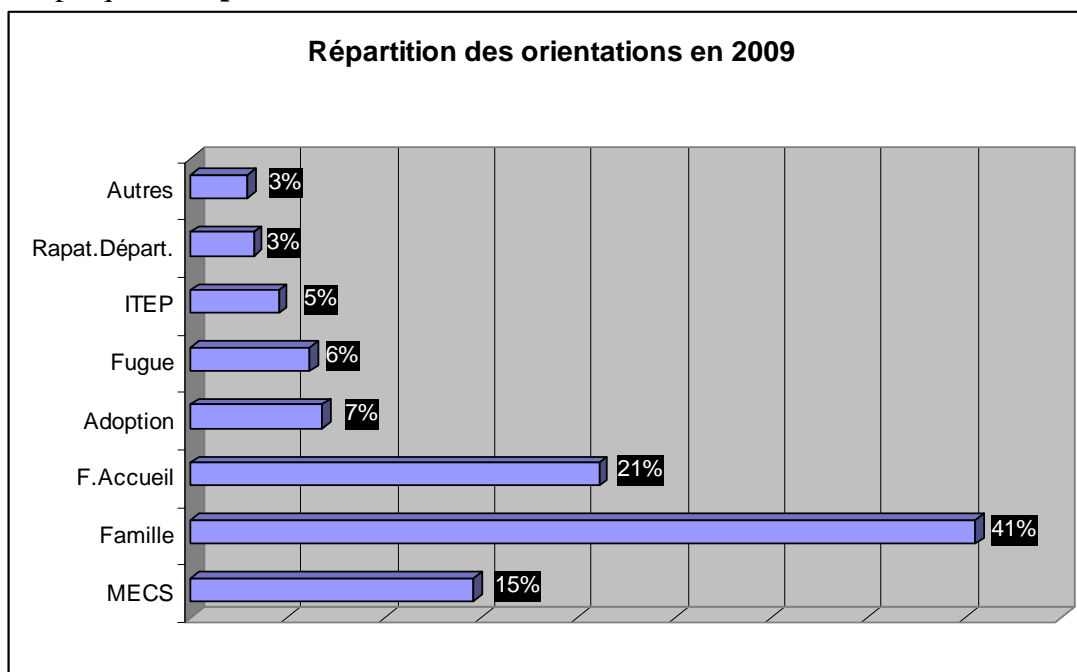
Mais l'un des objectifs principaux du Foyer de l'Enfance ne consiste pas à accueillir les mineurs à long terme, mais de les orienter à chaque fois que possible et après une période d'observation, vers le lieu de vie le plus adapté.

iv. Les orientations

En 2009, sur 394 enfants accueillis, 276 ont été orientés vers un autre lieu de vie. Le retour dans leur famille a concerné 38% d'entre eux (125) et 24% (65) ont été placés en famille d'accueil. Ces modalités concernent essentiellement les enfants de moins de 13 ans. Les MECS et lieux de vie en ont accueilli 16% (45) et près de 5% (14) ont été orientés vers un ITEP. Les autres ont fait l'objet d'un rapatriement départemental (3,5%) ou sont partis en fugue.

En outre, 21 enfants accueillis au CDEF ont été adoptés.

Graphique 9 Répartition des orientations



Source : CDEF Bilan d'activité 2009

g. Le maintien du lien parent - enfant placé

Le maintien des relations de l'enfant placé avec ses parents constitue un des objectifs de la loi du 5 mars 2007. L'ODPE attache une importance particulière à cette question essentielle et souhaite ainsi valoriser les résultats du travail majeur effectué par le groupe de travail constitué sur ce thème.

Le maintien des liens entre un enfant et ses parents dont il est physiquement séparé par une mesure de placement est une préoccupation pour les services intervenant auprès des familles. Cette question est parfois source de tensions entre les divers professionnels concernés en raison des divergences de points de vue et de convictions dans ce domaine, de perspectives différentes en fonction du rôle de chacun dans la situation et d'une relative méconnaissance du champ de compétence et des missions de chaque partenaire.

Conformément aux préconisations du Schéma Départemental de la Protection de l'Enfance, le souci du maintien d'une relation entre l'enfant placé et ses parents a conduit le Conseil Général et ses partenaires à constituer un groupe de travail spécifique intitulé « Evaluation du maintien du lien parents-enfant ». L'objectif consistait à repérer les écueils entravant le fonctionnement des dispositifs mis en place pour préserver le lien entre parents et enfant et de formuler des propositions d'amélioration dans la compréhension des problématiques en jeu.

Sous l'impulsion de la Direction de l'Enfance et de la Famille, ce groupe de travail pluridisciplinaire et interinstitutionnel s'est réuni, toutes les six à huit semaines, de décembre 2007 à juillet 2009 afin de repérer les problèmes rencontrés dans le maintien du lien entre un enfant et ses parents et d'effectuer un travail de synthèse des propositions émises par les trois ateliers générés par ses premières réflexions pour en approfondir les thématiques. Ces ateliers, composés essentiellement d'acteurs de terrain, se sont tenus une fois par mois de décembre 2008 à juin 2009. Une synthèse de ces travaux a été présentée lors de la première conférence de l'ODPE le 10 décembre 2009.

L'existence de perspectives diverses dans la conception du lien entre un enfant et ses parents et de son expression met en évidence, pour chaque institution, la nécessité :

- d'organiser des actions de formation sur les notions de lien, d'attachement, de parentalité, ainsi que sur la pratique de l'observation.

- d'interroger la nature d'un lien d'attachement, de repérer le désintérêt du parent pour son enfant. La mise en évidence de phénomènes d'emprise de la part d'un parent sur son enfant doit alerter, de même, l'absence répétée d'un parent aux rencontres qu'il réclame ou son manque d'intérêt pour son enfant doit conduire à s'interroger sur les raisons de cette défection.

Le lien entre un enfant et ses parents n'est pas réductible à ses manifestations concrètes et il peut être maintenu de différentes façons, mais c'est la question des rencontres physiques entre un enfant et ses parents, et plus particulièrement des rencontres « en présence d'un tiers » qui sera au cœur des débats tant leur aménagement s'avère délicat pour les différentes équipes.

L'usage du terme de « rencontre médiatisée » - qui renvoie au cadre des séparations parentales conflictuelles ou au cadre thérapeutique - entretient la confusion et ne rend pas compte du travail particulier exercé par un professionnel sollicité comme tiers dans les rencontres mettant en présence des parents et leur enfant dans le cadre d'un placement. Les membres du groupe de travail et les participants aux différents ateliers ont privilégié le terme d'« accompagnement de la rencontre » pour désigner ce travail spécifique.

C'est au juge des enfants qu'il appartient de déterminer la façon dont parents et enfant resteront en relation, la forme des contacts entre eux (correspondance, rencontres, appels téléphoniques ou éventuellement hébergement) à partir des éléments contenus dans les rapports qui lui sont transmis.

Le magistrat précise souvent dans sa décision que les parents pourront rencontrer leur enfant « en présence d'un tiers » seulement. Ces rencontres peuvent être accompagnées par une TISF, le plus souvent à domicile, au plus près du quotidien d'une vie familiale, lorsqu'il n'apparaît pas nécessaire de proposer un dispositif plus protecteur pour l'enfant ou qu'une observation de leurs relations dans leur cadre habituel de vie a été demandée. Dans les autres cas, lorsque le juge des enfants a décidé que les rencontres se tiendront dans « un lieu neutre », ces dernières peuvent se dérouler au sein d'une Maison départementale de la Solidarité et de l'insertion en présence du référent de l'enfant, ou dans le cadre d'un Point Rencontre ou de l'Espace Famille du CDEF, le rôle de tiers revenant alors aux professionnels du lieu, non impliqués dans le suivi du placement.

Dans le souci d'assurer la protection de l'enfant face à des parents de plus en plus fréquemment très perturbés, les magistrats ordonnent massivement des rencontres en Point Rencontre ; or cet afflux de décisions est tel que les structures, en dépit du nombre de nouveaux lieux créés, ne peuvent les exécuter rapidement. Ce manque de places en Point Rencontre met les juges des enfants dans la position insatisfaisante de devoir soit prendre une décision dont ils savent qu'elle ne pourra s'appliquer rapidement faute de moyens, soit prendre une décision autre que celle qui leur semble s'imposer afin que des rencontres puissent tout de même être organisées.

Les professionnels d'autres structures (référents sur les territoires, éducateurs de MECS ou de Centre Maternel...) peuvent donc, de plus en plus souvent, être amenés à assurer ces rencontres pour éviter que parents et enfant ne restent longtemps sans aucun contact et permettre l'exécution de la décision de justice.

Face à l'accroissement du nombre de situations familiales très dégradées, devant des parents dont les troubles psychiatriques ne sont pas suffisamment pris en charge, les professionnels chargés d'accompagner les rencontres ont le sentiment de manquer de formation et de temps et d'être souvent pris dans des demandes contradictoires à l'occasion de rencontres durant lesquelles ils doivent tout à la fois assumer un rôle de soutien des parents et de l'enfant, d'observation de ce qui se passe et d'évaluation d'une qualité relationnelle.

A cela s'ajoutent les légitimes réticences des équipes à organiser des rencontres initialement prévues dans un Point Rencontre par le magistrat, le caractère inconciliable parfois de la protection de l'enfant et du soutien aux parents, une hétérogénéité des moyens, le cloisonnement des institutions et la distance souvent importante séparant le domicile de chacun (parents et enfants) du lieu prévu pour les rencontres.

Des améliorations pourraient être observées en s'efforçant :

- de définir et faire connaître les caractéristiques et les objectifs des différents dispositifs de rencontre : ceux-ci répondent à des indications spécifiques et possèdent leurs particularités. Il apparaît nécessaire d'en préciser les contours et les contenus afin qu'ils soient mieux repérés par les acteurs intervenant auprès des familles et mieux connus des magistrats.

- de choisir le dispositif de rencontres à partir de l'indication résultant de l'analyse pluridisciplinaire de la situation familiale. La détermination des modalités de rencontre doit être pensée à partir d'une réflexion partagée entre les différents intervenants intégrant les différents dispositifs d'accompagnement et les objectifs poursuivis. Le dispositif retenu doit prendre en compte les contraintes matérielles, la plus ou moins grande autonomie des parents pour se déplacer afin que les propositions soient réalisables et assurent un contenant fiable à chacun.

- de se questionner sur le maintien du lien entre un enfant et ses parents dès la proposition de placement : dès qu'un placement est envisagé il conviendrait de s'interroger sur la façon dont un lien sera maintenu entre l'enfant et ses parents, avec des indications quant à l'opportunité ou non d'organiser des rencontres entre eux, en précisant éventuellement le cadre de ces rencontres (domicile ou autre lieu, présence d'une tierce personne...)

L'organisation d'un placement en famille d'accueil ou en établissement est un processus dont le déroulement réclame un certain temps, majoré par la difficulté qui préside à la recherche d'une place disponible. Lorsque cet accueil se réalise en urgence, lorsqu'il se réalise par défaut, faute de place dans l'établissement spécialisé préconisé par exemple, les conditions du maintien des relations de l'enfant avec ses parents ne pourront pas être la préoccupation essentielle et celui-ci sera souvent compromis, d'autant que les placements risqueront de se succéder avec pour conséquence l'interruption des rencontres ou un changement brutal de leur périodicité ou de leur durée.

L'éloignement géographique entre le domicile des parents et le lieu d'hébergement de l'enfant, l'instabilité et la mouvance des familles sont également des facteurs de discontinuité et d'insuffisance dans le travail en faveur du maintien du lien entre les parents et leur enfant. De même, les troubles comportementaux ou psychiatriques des parents, et parfois des enfants ou adolescents eux-mêmes, peuvent être une entrave à la mise en place d'un placement adapté comme à l'organisation régulière et structurée de rencontres entre eux.

Les spécialistes insistent sur le caractère préoccupant de l'absence de toute rencontre entre un enfant et ses parents avec lesquels il ne vit pas et plus encore sur la nocivité d'un rythme décousu, aléatoire de ces rencontres, en particulier pour les nourrissons.

Ce constat met en évidence la nécessité :

- d'intégrer les rencontres dans le projet pour l'enfant : l'organisation des rencontres doit être adaptée à l'âge et au niveau de développement de l'enfant, tenir compte de ses capacités et de ses besoins comme des capacités de ses parents. Se centrer sur l'enfant permet de mieux assurer sa protection mais également de mieux soutenir les parents dans les rencontres qui, partie intégrante du projet pour l'enfant, seront revues périodiquement et adaptées à l'évolution de chacun. La prise en charge réclame que l'on soit attentif à assurer une continuité et une permanence auprès de l'enfant et de ses parents, en ce qui concerne les lieux et les personnes, pendant toute la durée des interventions, les temps de l'enfant, ceux des parents n'étant pas calqués sur ceux des institutions, de l'administration et de la justice.

Les propositions concernant l'accueil en urgence et l'accueil des nourrissons rejoignent le travail de réflexion engagé par ailleurs pour améliorer la prise en charge et réduire les effets délétères de décisions appliquées dans l'urgence. Il s'agit donc de poursuivre la réflexion engagée sur l'accueil en urgence, l'accueil des nourrissons, celui des enfants handicapés ; il s'agit d'éviter dans toutes ces situations la multiplication des accueils relais ou une succession d'accueils dont on connaît les effets désastreux sur le développement de l'enfant. Dans un certain nombre de situations des solutions plus satisfaisantes pourraient être envisagées.

Pour que le placement d'un enfant ne soit pas une entrave à ses relations avec ses parents il faudrait développer le travail avec les parents ; la parole échangée avec les parents pour lesquels la séparation fonctionne comme un arrachement, un événement non intégrable qui empêcherait de penser, l'intérêt pour ce qu'ils ressentent du placement de leur enfant sont essentiels pour leur permettre de se penser séparés psychiquement de celui-ci pour soutenir leurs capacités parentales.

Les professionnels voient également avec inquiétude se multiplier, pour un même enfant, les demandes de rencontres organisées avec d'autres membres de la famille. Le maintien d'un lien entre un enfant et ses parents mais également les autres enfants de la fratrie et des membres de la famille élargie doit être d'autant plus questionné que le placement a souvent pour conséquence de rompre les relations affectives établies précédemment par l'enfant et de le faire grandir en marge de sa famille dont le fil de l'histoire risquera alors de lui devenir étranger.

Toutefois il apparaît important de savoir :

- différencier les rencontres entre parents et enfants et les rencontres entre enfants d'une même fratrie ; l'enfant confié à un établissement ou à une famille d'accueil est éloigné également de la fratrie à laquelle il appartient. Les rencontres entre enfants d'une même fratrie doivent être mises en œuvre de façon spécifique et dissociées des rencontres avec les parents. Elles possèdent leur propre dynamique, permettent à chaque enfant de consolider son sentiment d'appartenance à un groupe familial, de retrouver des relations affectives fraternelles compromises par le placement.

- utiliser les ressources de la famille élargie : un droit de visite peut être accordé aux membres de la famille élargie. Ces contacts peuvent contribuer à aider l'enfant, isolé du reste de sa famille par la mesure de placement, à poursuivre son développement comme membre d'un groupe familial dont l'histoire reste associée à la sienne. Mais ces rencontres ne doivent pas se substituer aux rencontres entre parents et enfants.

Ces constats imposent d'organiser la fin d'une mesure et le passage d'un dispositif à un autre ; dans certaines situations familiales ou en raison de l'évolution d'une situation familiale des rencontres peuvent être imaginées sans la présence constante d'un professionnel tout en étant encore accompagnées; les différents services doivent inventer et développer des modalités nouvelles de mise en relation, des formes d'accueil séquentiel mais contenu. Ces changements ne doivent pas être essayés pour éprouver les capacités parentales mais être étudiés et préparés pour éviter les effets désastreux de l'échec d'un retour en famille prématuré.

La multiplicité des intervenants auprès d'une même famille impose des efforts conséquents de liaisons, d'échanges pour réduire le risque d'agir de façon incohérente ou opposée et promouvoir un véritable travail en réseau.

Pour répondre aux souhaits exprimés par les participants au groupe de travail et aux ateliers, il a été décidé d'organiser un cycle de conférences sur ce thème. Chaque conférence devait aborder un thème ayant particulièrement fait débat ou suscité de l'intérêt lors de ce travail de réflexion. Ce cycle a été inauguré en juin 2010 autour du « processus d'élaboration des liens et son éventuelle morbidité ».

Recommandation n°14

Selon l'ODPE, les différentes institutions doivent réfléchir à de nouvelles formes de soutien à la parentalité pour maintenir le lien entre l'enfant placé et ses parents.

§4 : La diversification des mesures de protection

Des mesures intermédiaires entre prévention et protection, entre AED, AEMO et placement, sont prévues par la loi du 5 mars 2007. Elles sont concrétisées, en Gironde, par des accueils de jour et des accueils séquentiels :

1 Les accueils de jour chez une assistance maternelle

En Gironde ce mode d'accueil a été initié en 1998 dans le cadre du Schéma départemental de prévention et protection de l'enfance 1997-2002 sous la forme d'un accueil spécifique de jour. Il s'agit actuellement de repréciser les indications, les objectifs et les modalités de mise en œuvre d'un accueil à la journée dans le cadre de la loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance. En effet, l'article 22 de la loi (art. L222-4-2 du CASF) précise :

« Le service de l'Aide Sociale à l'Enfance et les services habilités accueillent tout mineur, pendant tout ou partie de la journée, dans un lieu situé si possible à proximité de son domicile, afin de lui apporter un soutien éducatif ainsi qu'un accompagnement à sa famille dans l'exercice de sa fonction parentale »

Mais la mise en œuvre de cette mesure, pertinente quant à la situation et aux besoins de certains enfants, est parfois difficile à réaliser. Outre le fait que cela représente une charge de travail particulière, elle nécessite une disponibilité d'assistantes maternelles dans la proximité du domicile parental.

C'est pourquoi en 2009, 139 enfants (149 en 2008), en grande majorité âgés de moins de six ans, ont été accueillis à la journée par 108 assistantes maternelles.

2 Les accueils séquentiels en établissement ou en famille d'accueil

Ce type de mesure semble plus conçu comme un moyen de préparer un retour progressif de l'enfant dans sa famille à l'issue d'un placement à temps plein que comme une première mesure. Mais qu'il s'agisse d'accueil de ce type en établissement ou en famille d'accueil, il y en a assez peu à ce jour. En effet, la mise en œuvre de cette prestation particulière - mais déjà pratiquée en Gironde avant 2007 - se heurte à un certain nombre de butoirs :

- la mise en œuvre de l'accueil séquentiel en établissements nécessite, pour ces derniers, un double effort d'adaptation ; outre la nécessité d'un aménagement spécifique des locaux, l'organisation et le rythme du travail éducatif lui-même doivent également pouvoir s'adapter au rythme de l'alternance entre les deux lieux de vie de l'enfant. A ce jour, un seul établissement est organisé pour ce type d'accueil et un groupe de réflexion réunissant la DEF et les responsables d'établissement est actuellement en cours sur ce sujet.

- le placement séquentiel en famille d'accueil se fait progressivement mais se heurte souvent au manque de disponibilité des assistants familiaux; en outre, lorsqu'ils ont le choix, et bien que la rémunération de l'accueil séquentiel ait été comptée au plus large, leur préférence se porte, en général, vers les accueils à plein temps.

- enfin, et peut-être surtout, l'accueil séquentiel suppose une alternance aisée entre le lieu d'accueil et la famille de l'enfant, c'est-à-dire un établissement ou un assistant familial situé dans la proximité géographique de la famille de l'enfant ne serait-ce, par exemple, que pour pouvoir satisfaire à l'obligation scolaire.

Conclusion

Au terme de ce rapport de l'ODPE de la Gironde, une première conclusion s'impose : la protection de l'enfance est une préoccupation majeure dans le département.

Elle fait en effet l'objet d'une organisation générale particulièrement structurée au sein du Conseil général qui lui consacre des moyens humains et matériels proportionnellement importants. La protection de l'enfance bénéficie en outre en Gironde du concours de nombreuses initiatives, dans des secteurs divers, qui s'ajoutent à l'organisation générale avec laquelle elles s'articulent.

Le premier souhait de l'ODPE est donc que la protection de l'enfance suive une évolution toujours positive et qu'aucun des éléments qui la composent, dès lors qu'il contribue à la rendre plus efficace, ne soit remis en cause. C'est pourquoi trois recommandations sont destinées à alerter les autorités compétentes sur la possible disparition de certaines activités ou prestations qui contribuent à la protection de l'enfance

Recommandation N°10

L'ODPE recommande le maintien des lieux d'écoute de proximité libre, anonyme et gratuite tels que les PAEJ au bénéfice des enfants confrontés à des souffrances psychiques.

Recommandation n°11

L'ODPE s'inquiète de la possible disparition du PACT Jeunes, dispositif de prévention secondaire particulièrement intéressant en ce qu'il participe à la lutte contre les addictions chez les jeunes et permet également une intervention efficace auprès d'adolescents ayant franchi un premier pas sur le chemin de la délinquance. Il recommande la recherche des moyens de pérennisation de ce service.

Recommandation n°13

L'ODPE recommande que soit examinée la question des aides à proposer aux jeunes majeurs et leur articulation avec les dispositifs d'aide de droit commun.

Le deuxième constat qui découle du rapport réside dans les efforts accomplis par l'ensemble des acteurs de la protection de l'enfance en Gironde pour répondre aux préconisations de la loi du 5 mars 2007, qui s'inscrivent le plus souvent dans la continuité d'une démarche mise en œuvre avant même l'entrée en vigueur de la loi. Outre la mise en place rapide de l'ODPE, le circuit de recueil et de transmission des informations préoccupantes est organisé de manière efficace incluant non seulement le Conseil général et les autorités judiciaires mais également les autres acteurs contribuant à la protection de l'enfance comme l'Inspection Académique, et doit peu à peu intégrer les différentes autres institutions concernées.

Recommandation n°5

L'ODPE soutient la déclinaison du protocole départemental relatif au traitement et à l'évaluation des informations préoccupantes et des signalements avec l'ensemble des partenaires concourant à la protection de l'enfance et particulièrement les démarches engagées avec les secteurs sanitaires public, privé et libéral.

Ces efforts pour organiser et renforcer les circuits de transmission des informations relatives aux mineurs en danger ou en risque de l'être se conjuguent avec l'organisation du recueil des données relatives à la protection de l'enfance qui permet à l'ODPE de remplir ses missions.

Recommandation n°7

L'ODPE se félicite des efforts particulièrement conséquents entrepris par l'Inspection Académique de la Gironde pour améliorer sa participation à la protection de l'enfance. Il recommande cependant que les données transmises soient recensées sur l'année civile comme pour les autres sources et non sur l'année scolaire.

Recommandation n°6

L'ODPE recommande que les Parquets puissent disposer d'un outil efficace lui permettant de recenser les signalements directs reçus au cours de l'année et de déterminer les suites qui leur sont réservés.

Plus généralement, il apparaît qu'une véritable dynamique est à l'œuvre dans le département pour renforcer les mesures de prévention et de repérage des situations de danger pour les enfants, parmi les professionnels dont l'activité principale est la protection de l'enfance mais également parmi ceux pour ceux qui ne font que concourir à cette protection, qui n'est pas leur mission principale (Education nationale, services médicaux, etc...).

Recommandation n°8

L'ODPE se félicite du renforcement incontestable de la participation du CHU de Bordeaux à la protection de l'enfance et recommande de manière générale que dans tout le département, une attention particulière soit apportée aux mineurs effectuant des passages fréquents dans les services d'urgence ou dans les consultations médicales.

Recommandation n°9

Il semble particulièrement opportun de poursuivre la campagne de prévention contre le syndrome du bébé secoué et de l'étendre au niveau national.

La formation relative à la protection de l'enfance est considérée par l'ODPE comme un mode de prévention essentiel qui fait l'objet d'une attention particulière de l'ensemble des acteurs concernés. Ainsi se sont multipliées les formations à destination des professionnels, qu'il s'agisse de formations spécialement destinées à des professionnels déterminés ou au contraire de formations s'adressant à un public pluridisciplinaire.

Recommandation n°1

L'ODPE recommande d'intégrer davantage la protection de l'enfance dans les programmes de formation initiale des professionnels appelés à travailler avec des mineurs.

Plus spécifiquement, l'ODPE a constaté que les « mineurs en mal de protection », c'est-à-dire les enfants en grande difficulté nécessitant une prise en charge complexe, sont l'objet d'une préoccupation commune des acteurs de la protection de l'enfance dans le département, comme d'ailleurs au niveau national. Plusieurs recommandations ont pour objectif de répondre à cette préoccupation essentielle.

Recommandation n°2

L'ODPE souhaite que l'effectivité des décisions de la M.D.P.H. soit mieux garantie.

Recommandation n°3

L'ODPE recommande que soit réactivé le projet de Home d'Accueil Thérapeutique intersectoriel (HATI) par le Conseil général et l'ARS.

Recommandation n°4

L'ODPE recommande la création d'une Maison des adolescents à Bordeaux.

Enfin, l'ODPE constate les efforts accomplis par les professionnels intervenant directement ou non dans le champ de la protection de l'enfance pour améliorer les droits de l'enfant placé et de sa famille, conformément aux préconisations de la loi du 5 mars 2007.

Recommandation n°12

L'ODPE recommande le renforcement du dispositif de défense des droits de l'enfant dans le cadre des procédures d'assistance éducative.

Recommandation n°14

Selon l'ODPE, les différentes institutions doivent réfléchir à de nouvelles formes de soutien à la parentalité pour maintenir le lien entre l'enfant placé et ses parents.

Annexe 1 : Les membres de l'ODPE

1 - Représentants de l'autorité judiciaire

Le Président du Tribunal de Grande Instance de Bordeaux ou son représentant ;
Le Président du Tribunal de Grande Instance de Libourne ou son représentant ;
Le Procureur de la République du Parquet des Mineurs de Bordeaux ou son représentant membre du Parquet Civil ;
Le Procureur de la République du Parquet des Mineurs de Libourne ou son représentant membre du Parquet Civil ;
Le Vice-Procureur chargé des Mineurs du Parquet de Bordeaux ou son représentant ;
Le Vice-Procureur chargé des Mineurs du Parquet de Libourne ou son représentant ;
Le Président de la Chambre de la Famille ou son représentant ;
Le Président du Tribunal des Tutelles ou son représentant ;

2 - Représentants des services de l'Etat

Le Médecin Inspecteur de l'Agence Régionale d'Hospitalisation ou son représentant ;
Le Directeur de la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales ou son représentant ;
L'Inspecteur d'Académie ou son représentant ;
Le Directeur Départemental de la Protection Judiciaire de la Jeunesse ou son représentant ;
Le Contrôleur Général de la Sécurité Publique ou son représentant ;
Le Commandant de groupement de gendarmerie ou son représentant ;
Le Directeur de la Direction Départementale de la Jeunesse et des Sports ou son représentant.

3 – Représentants du Département (désignés par le Président du Conseil Général) :

Le Conseiller général, vice-Président de la Commission Solidarité, Autonomie et Action Sociale ;
Le Conseiller général, Président de la Commission Enfance Famille ;
Le Conseiller général, Président de la Commission Personnes Handicapées, Personnes Agées ;
Le Directeur Général Adjoint chargé de la Solidarité ou son représentant ;
Le Directeur Enfance Famille, les Directrices Adjointes Enfance Famille ou leurs représentants ;
Le Directeur de la Direction des Actions Territorialisées et du Développement Social ou son représentant ;
Le Directeur de la Direction des Actions de Santé ou son représentant ;
Le Directeur de la Direction des Politiques de Lutte contre l'Exclusion ou son représentant ;
Le Directeur de la Direction de la Jeunesse, de l'Éducation et de la Citoyenneté ou son représentant ;
Le Directeur de la Maison Départementale des Personnes Handicapées ou son représentant.

4 – Représentants d'institutions départementales et régionales

Le Directeur de la Caisse d'Allocations Familiales de Gironde ou son représentant ;
Le Directeur de la Mutualité Sociale Agricole de Gironde ou son représentant ;
Le Directeur de la Caisse Régionale d'Assurance Maladie d'Aquitaine ou son représentant ;
Le Directeur de l'Union Nationale des Centres Communaux et Intercommunaux d'Action Sociale ou son représentant ;
Le Président du Conseil départemental de l'Ordre des Médecins ou son représentant ;
Le Président de l'Union Régionale des Médecins Libéraux d'Aquitaine ou son représentant ;

Le Président de l'URIOPSS (Union Régionale Interfédérale des Organismes Privés Sanitaires et Sociaux) ou son représentant ;

5 - Représentants des Comités Techniques des dispositifs de Prévention et Protection de l'Enfance

Un représentant du Comité Technique des Maisons d'Enfants à Caractère Social ;

Un représentant du Comité Technique de l'Aide au Foyer ;

Un représentant du Comité Technique AED/AEMO ;

Un représentant du Comité Technique des Points Rencontre ;

Un représentant du Comité Technique des Centres Maternels ;

Un représentant du Comité Technique des Lieux de Vie ;

Un représentant du Comité Technique des Jeunes Majeurs.

6 – Représentants des partenaires du secteur public

Le Directeur du Centre Hospitalier Universitaire de Bordeaux ou son représentant ;

Le Président de la Commission Médicale d'Établissement de l'Hôpital psychiatrique Charles-Perrens à Bordeaux ou son représentant ;

Le Président de la Commission Médicale d'Établissement de l'Hôpital psychiatrique de Cadillac ou son représentant ;

Le Président de la Commission Médicale d'Établissement de l'Hôpital Garderose à Libourne ou son représentant ;

Le Médecin coordonnateur du Réseau régional de périnatalité ou son représentant ;

Le Responsable du service de Médecine Légale du Centre d'Accueil en Urgence des Victimes d'Aggression.

7 - Représentants des partenaires du secteur associatif

Le Président de l'ADAPEI de Gironde (Association Départementale des Amis et Parents de Personnes Handicapées Mentales) ou son représentant ;

Le Président de l'ARI de Gironde (Association pour la Réadaptation et l'Intégration) ou son représentant ;

Le Président de l'APAJH de Gironde (Association Pour Adultes et Jeunes Handicapés) ou son représentant ;

Le Président du CRIC (Centre de Recherche, d'Information et de Consultation sur les droits de l'enfant) ou son représentant ;

Le Président de l'UDAF (Union Départementale des Associations Familiales) ou son représentant ;

La Présidente de l'Association « Les Mères de l'Ombre » ou son représentant ;

Le Président de l'Association Emmaüs Gironde ou son représentant ;

Le Président de l'association EFA (Enfance et Familles d'Adoption) ou son représentant ;

Le Président de l'Association des Pupilles et Anciens Pupilles ou son représentant ;

Les membres représentant les partenaires du secteur associatif sont désignés par les instances dirigeantes de chaque association concernée.

8 - Représentants des associations gestionnaires d'établissements et services concourant aux missions de protection de l'enfance

Le Président de l'ADGESSA (Association pour le Développement et la Gestion des Équipements Sanitaires et Sociaux d'Aquitaine) ou son représentant ;

Le Président de l'AGEP (Association Girondine d'Éducation spécialisée et de Prévention sociale) ou son représentant ;

Le Président de l'AOGPE (Association des Œuvres Girondines de Protection de l'Enfance) ou

son représentant ;
Le Président de l'Association pour la Réadaptation et la Réinsertion Éducative et Sociale ou son représentant ;
Le Président de l'Association Marie de Luze ou son représentant ;
Le Président de l'Association des Foyers de l'Enfant ou son représentant ;
Le Président de l'Association du Gardera ou son représentant ;
Le Président de l'Association OREAG (Orientation et Rééducation des Enfants et Adolescents de la Gironde) ou son représentant ;
Le Président de l'Association du PRADO ou son représentant ;
Le Président de l'Association Rénovation ou son représentant ;
Le Président de la Fondation Auteuil d'Aquitaine ou son représentant ;
Le Président de l'Association du Saint François-Xavier ou son représentant ;
Le Président de l'Association « Au Moulleau avec Vincent de Paul » ou son représentant ;
Le Président de l'Association de la Miséricorde ou son représentant ;
Le Président du Centre d'Orientation Sociale en Gironde ou son représentant.

Annexe 2 : Les membres du Comité de Pilotage

Mme GOUTTENOIRE Adeline, Présidente de l'ODPE, Professeure à la Faculté de Droit de Bordeaux ;

Mme BAHIER Cécile - Directrice Adjointe Enfance Famille, chargée du Pôle Missions Spécifiques/Actions Transversales, Conseil Général de la Gironde ;

Mme BALLANGER Sandrine - Substitut des Mineurs - Tribunal de Grande Instance de Libourne ;

Mme BATY Maryse - Conseillère Technique, Responsable Départementale du Service Social en faveur des élèves -Inspection Académique de la Gironde ;

Mme BENBELAID-CAZENAVE Sonia - Commandant la Brigade de Prévention de la Délinquance Juvénile de Bordeaux – Mérignac ;

Mr BOUILLAGUET Sylvain - Directeur Territorial Adjoint de la Protection Judiciaire de la Jeunesse Aquitaine Nord ;

Mme CAMPAN Christine - Vice-Procureure chargée des Mineurs - Tribunal de Grande Instance de Bordeaux ;

Mme CAYZAC Claude - Directrice Adjointe Enfance Famille - Chargée du Pôle Prévention et Protection, Conseil Général de la Gironde ;

Mme CHEVALIER Danièle - Directrice de la Direction de la Jeunesse et de la Citoyenneté - Conseil Général de la Gironde ;

Mme CHIBRAC Lucienne - Directrice Adjointe des Actions Territorialisées et du Développement Social - Conseil Général de la Gironde ;

Mme COLS Marie-Paule - Directrice des Actions Territorialisées et du Développement Social - Conseil Général de la Gironde ;

Mme COQUIL Marie-Christine - Représentante du Comité technique AED – AEMO, Directrice du service AEMO de l'AGEP – Bordeaux ;

Mme COLINEAU Noémie - Assistante Sociale - Hôpital Pédiatrique- Centre Hospitalier Universitaire de Bordeaux ;

Mme DELCROIX Chantal – Chargée de Mission à l'ODPE, Direction Enfance Famille, Conseil Général de la Gironde ;

Mr DOUARIN René - Représentant du comité technique des centres maternels, Directeur du Foyer Maternel et du Repos Maternel – CCAS de Bordeaux ;

Mr FORT Philippe - Délégué Territorial de l'Agence Régionale de Santé d'Aquitaine ;

Mme GOUMI Séverine – Cadre socio-éducatif – Service social du CHU de Bordeaux ;

Mr GRUAS Pierre-Etienne - Directeur Enfance Famille, Conseil Général de la Gironde ;

Mme HERRAN Chantal - Psychologue - Conseillère Technique - Bureau Adoption et Recherche des Origines, Direction Enfance famille, Conseil Général de la Gironde ;

Mr JARNO Franck - Inspecteur d'Académie Adjoint au Directeur des Services Départementaux de l'Éducation Nationale de la Gironde ;

Mr KLEBANER Patrick – Médecin, Chargé de Mission, Direction Enfance famille, Conseil Général de la Gironde ;

Mme LAFAYE Isabelle - Représentante du comité technique de l'aide au foyer (TISF et AVS), Directrice de l'Association d'Aide Familiale à Domicile de la Gironde – Bordeaux ;

Mme LAGRASTA Paule - Directrice de la Direction Départementale de la Cohésion Sociale de la Gironde ou **Mr CAILLIET Vincent** - Adjoint de Direction à la DDCS ;

Mme LAPRIE Annie - Inspectrice Pôle Médico-Social de l'Agence Régionale de Santé d'Aquitaine ;

Mme LEBRETON Véronique - Présidente du Tribunal pour Enfants de Bordeaux ;

Mme LE BOURGEOIS - DEHAIL Karine - Médecin de P.M.I. de circonscription - Direction des Actions de santé - Conseil Général de la Gironde ;

Mme LE LOC'H MATER Martine - Capitaine de Police de la Brigade des Mineurs et des Agressions Sexuelle – Bordeaux ;

Mr LEURET François-Xavier - Président de l'Union Départementale des Associations Familiales de la Gironde ou **Mme BARRAU** - Administratrice Titulaire ou **Mme CHATENAY** - Administratrice Suppléante ;

Mme MANLAY Julie - Présidente du Tribunal pour Enfants de Libourne ;

Mr MARRE Christian - Correspondant Territorial du Défenseur des Droits ;

Mr MATHIVET Pierre - Représentant du comité technique AED/AEMO, Directeur du service AEMO du PRADO – Bègles ;

Mr MERCIER André – Inspecteur d'Académie de la Gironde, Directeur des services départementaux de l'Education Nationale de la Gironde ;

Mme MICHAUD Marie-Christine - Chef du Service de la Prévention, de l'Insertion et de l'Autonomie - Direction de la Jeunesse et de la Citoyenneté - Conseil Général de la Gironde ;

Mr MICHELITZ Gérard – Directeur de l'EPMSD « IME Jean-Elien Jambon »- Coutras ;

Maître MOREL FAURY Josiane - Vice-Présidente du Centre de Recherche d'Information et de Consultations sur les droits de l'Enfant – Bordeaux ;

Mme OUSTALOUPE Françoise – Médecin Chef du Service de P.M.I. Petite Enfance – Direction des Actions de santé - Conseil Général de la Gironde ;

Mme OUVRARD Nicole - Conseillère Technique – Direction des Actions Territorialisées et du Développement Social - Conseil Général de la Gironde ;

Mr PERRINO José - Représentant du comité technique des MECS, Directeur du CRFP de Saint François Xavier – Gradignan ;

Mme PETRAUD Marie-Luce - Responsable du Bureau Enfance en Danger, Direction Enfance famille, Conseil Général de la Gironde ;

Mr PILLET Pascal - Médecin Chef des Urgences Pédiatriques - Hôpital Pédiatrique - Centre Hospitalier Universitaire de Bordeaux ;

Mr PRADENS Jean-François – Délégué régional de l'AiRE, Directeur de l'ITEP « Plein Air » - Andernos-les-Bains ;

Mme SOUBIELLE Camille Assistante Sociale - Hôpital Pédiatrique- Centre Hospitalier Universitaire de Bordeaux ;

Mme THOMÈS Gisèle - Directrice de la Maison départementale des Personnes handicapées - Conseil Général de la Gironde ;

Mme TOCOUA Christine - Chef de la Brigade des Mineurs et Répression Aggressions Sexuelles ;

Mr VANDENBERGHE Yves - Directeur Territorial de la Protection Judiciaire de la Jeunesse Aquitaine Nord.