Conseil général de la Gironde

Observatoire Départemental de la Protection de l'Enfance

RAPPORT ANNUEL - décembre 2012

Gironde
CONSEIL GENERAL
gironde.fr

Mme Adeline GOUTTENOIRE, Présidente de l'ODPE et les membres du comité de pilotage remercient, très chaleureusement, les personnalités qui se sont prêtées à l'exercice des auditions de la commission « Mineurs en mal de Protection. » ainsi que l'ensemble des contributeurs de ce rapport 2012.

Table des matières

Table des matières **2**
Introduction **5**
Le contexte girondin - 6
1. La population des jeunes girondins 6
2. La déscolarisation et le niveau d'étude 7
3. Les familles allocataires et leurs enfants 7
4. Les ressources des ménages et les minima sociaux 8
5. L'emploi et le chômage 10
6. La situation des foyers au regard du logement 13
PARTIE I : LES DONNEES **14**
Chapitre I : La prévention en Gironde **14**
Section I - La formation, l'information, le partage des ressources documentaires 14
A. La formation 14
1. L'Observatoire Départemental de Protection de l'Enfance (ODPE) 14
2. L'Université 15
3. Les services du Conseil général : DEF, DATDS, DAS. 17
4. La formation des pédiatres à la Protection de l'enfance 18
B. L'information en matière de protection de l'enfance et enfance en danger 19
1. Les services du Conseil général 19
2. la Brigade Départementale de Protection de la Famille (BDPF) et la Brigade de Prévention de la Délinquance Juvénile (BPDJ) de Bordeaux-Mérignac -33- 20
3. La Direction des Services Départementaux de l'Education Nationale (DSDEN 33) 22
4. Le Centre de Recherche d'Information et de Consultation sur les droits de l'Enfant 23
5. La Protection Judiciaire de la Jeunesse Aquitaine (PJJ/ MILDT) 23
C. Le partage des ressources documentaires 24
Section 2 - Les dispositifs de prévention 27
A. La Défenseure des Enfants 27
B. Les services de l'État 28
1. L'Agence Régionale de Santé Aquitaine (ARS) : 28
2. La Direction Départementale de la Cohésion Sociale (DDCS) 28
3. La Direction des Services Départementaux de l'Education Nationale (DSDEN 33) 29
C. Les services du département 36
1. La Direction des Actions Territorialisées et du Développement Social (DATDS) 36
2. La Direction des Actions de Santé/ Service de Protection Maternelle et Infantile (DAS/PMI) 38
3. La Direction de la Jeunesse, de l'Éducation et de la Citoyenneté (DJEC) 44
D. Les acteurs institutionnels ou associatifs concourant à la prévention 50
1. La Caisse d'Allocations Familiales de la Gironde, branche Action Sociale 50
2. L'Enseignement privé 52
3. L'Association les Amis des Voyageurs de la Gironde (ADAV 33) 53
4. L'Association de Défense de la Famille et de l'Individu victimes de sectes (ADFI) Bordeaux 53
5. Le Lieu d'Aide à la Relation Parent Enfant (LARPE/AGEP) 53
6. Le Comité d'Étude et d'Information sur la Drogue et les Addictions (CEID) 54
7. Le Centre Psychanalytique de Consultations et de Traitement (CPCT) 56
8. Le Dispositif d'appui Aquitain drogues et dépendances (DaAdd) 57
9. Le Groupement des Pédiatres de la Gironde et la Section Aquitaine de l'Association Française de Pédiatrie Ambulatoire (GPG/AFPA) 58
10. Médecins du Monde Gironde Délégation Régionale Aquitaine 61
11. L'Union Départementale des Associations Familiales de la Gironde (UDAF) 64
Chapitre II : L'évaluation du danger ou du risque de danger **65**
Section 1 : Le protocole départemental 65
A. Le comite de suivi et les conventions annexes 65
B. L'articulation avec l'Education Nationale 66
Section 2 : Les informations préoccupantes et signalements : données et analyse 66
A. La Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes (CRIP 33) 66
B. Les données enfance en danger ou en risque de l'être, transmises par les partenaires concourant à la protection de l'enfance à la CRIP 72
1. Le Centre Hospitalier Universitaire de Bordeaux 72
2. Le Centre Hospitalier Charles Perrens Pôle Universitaire de psychiatrie adulte Réseau de Psychiatrie Périnatale 75

3. La Direction des Services Départementaux de l'Education Nationale (DSDEN 33) ... 75
Section 3 : La phase d'enquête et d'investigation ... 80
A. Les Parquets des mineurs ... 80
1. Le Parquet des mineurs de Bordeaux ... 80
2.Le Parquet des mineurs de Libourne ... 81
B. Les acteurs concourant aux investigations judiciaires ... 81
1. La Brigade de Prévention de la Délinquance Juvénile (BPDJ) de Bordeaux-Mérignac : ... 81
2. La Brigade Départementale de Protection de la Famille ... 82
3. La Protection Judiciaire de la Jeunesse, secteur public et secteur habilité ... 84
4. Le Centre Accueil d'Urgence des Victimes d'Agression (CAUVA) ... 85
5. L'Association Girondine d'Education Spécialisée et de Prévention (A.G.E.P.) ... 87
Section 4 : La phase judiciaire ... 88
A. L'activité du Tribunal pour enfants ... 88
1. Le Tribunal pour enfants de Bordeaux ... 88
2. Le Tribunal pour enfants de Libourne ... 92
B. La défense du mineur : le CRIC ... 95
Chapitre III La Protection de l'enfance stricto sensu ... 97
Section 1 : La structure de l'offre girondine ... 97
A. L'aide au foyer ... 97
B L'accompagnement à la gestion du budget familial administratif et judiciaire : ... 97
C. Les actions éducatives à domicile ... 97
D. L'accueil collectif en 2011 ... 98
1. Les Maisons d'Enfants à Caractère Social (MECS) ... 98
2. Le Centre Départemental de l'Enfance et de la Famille (CDEF) ... 99
3. Les lieux de vie ... 100
4. Les centres maternels ... 100
E. Les familles d'accueil ... 101
Section 2 : Les mesures de l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE) ... 102
§ 1 - Présentation générale ... 102
A. Les mineurs et jeunes majeurs bénéficiant d'au moins une mesure d'ASE ... 102
B. Typologie des mesures : ... 103
1. La répartition des mesures selon leur objet : milieu ouvert ou accueil ... 104
2. La répartition des mesures selon l'origine de la décision ... 104
§2 - La prise en charge, à son domicile, du mineur ou du jeune majeur par une mesure de protection administrative ou judiciaire, au civil ... 106
A. Les mesures administratives ... 106
1. Les aides financières ... 106
2. L'Accompagnement en Economie Sociale et Familiale (AESF) ... 107
3. L'aide au foyer ... 107
4. L'Aide Educative à Domicile (AED) ... 111
5. L'accueil à la journée chez une assistante maternelle : ... 111
B. Les mesures judiciaires ... 112
1. La Mesure Judiciaire d'Aide à la Gestion du Budget Familial (MJAGBF). ... 112
2. Les Aides Educatives en Milieu Ouvert (AEMO) ... 113
C. Les multi-mesures à domicile ... 115
§3 - La prise en charge du mineur et du jeune majeur, hors du domicile familial, par une mesure de protection administrative ou judiciaire au civil (article 375). ... 115
A. Les mineurs et jeunes majeurs accueillis à l'ASE ... 115
B. La répartition entre les différents types d'accueil ... 116
1. L'accueil familial ... 116
2. L'accueil en établissement ... 119
3. L'accueil en lieux de vie ... 125
4. Les accueils mère-enfants, parents-enfants, ... 125
5 Le Service des Appartements Sociaux (SAS) du CDEF ... 139
C. Les modes d'accompagnement spécifiques ... 140
1. L'adoption et l'accès aux dossiers ... 140
2. La prise en charge des pupilles de l'Etat ... 144
3. Le Dispositif de Recueil et d'Observation des Mineurs Isolés Étrangers (DROMIE) ... 145
4. Les jeunes majeurs ... 146
5. l'accueil en établissements et services médico-sociaux ... 149
6. L'accompagnement des droits de visite ... 152

Section 3 - Les mesures de protection judiciaires, au pénal, de la PJJ, secteur public et secteur associatif habilité 155
A. En Milieu Ouvert 155
1. L'activité en milieu ouvert : Secteur public 156
2. L'activité en milieu ouvert : Secteur Associatif Habilité 156
B. Le placement judicaire 157
1. Le placement éducatif collectif, secteur public (exclusif 45) 157
2. Le placement judiciaire collectif, Secteur Associatif habilité exclusif 1945 157
3. Le placement judiciaire collectif, Secteur Associatif Habilité conjoint 158
4. Le placement éducatif diversifié, exclusif et conjoint 158
5. Le quartier mineurs de la maison d'arrêt de Gradignan 159
6. Les prises en charge dans le cadre de l'insertion à la PJJ 160
7. Le secteur public : L'Unité Educative d'Activité de Jour (UEAJ) 161
Chapitre IV Rapport de la commission « Les mineurs en mal de protection » 162
§1 - Les facteurs constitutifs de blocages dans les prises en charge de mineurs en grande difficulté 163
A. Les difficultés de mise en œuvre des décisions de la C.D.A.P.H., relatives à l'orientation des mineurs en établissements médico-sociaux 163
B. Des systèmes institutionnels sociaux, médico-sociaux et sanitaires, encore trop cloisonnés. 166
§2 - Des dispositifs de prévention et des dispositifs scolaires en direction des élèves en difficulté à renforcer 180
A. Les dispositifs de prévention 180
B. Les dispositifs scolaires en direction des élèves en difficulté 184
C. La formation 190
Conclusion : 191
Annexes 192
PARTIE II : LES RECOMMANDATIONS DE L'ODPE 198
Chapitre I : Les évolutions au regard des recommandations du rapport 2011 198
La Maison des Adolescents 198
Les Points Accueil Ecoute Jeunes (PAEJ) 199
Le recueil de données 199
La formation en Protection de l'enfance 200
L'Enfance en danger 200
Le PACT Jeunes 201
Les jeunes majeurs 202
Les mineurs en mal de protection 202
Chapitre II Nouvelles recommandations 203
La formation Protection de l'enfance 203
La lutte contre l'échec scolaire 203
La santé 204
La lutte contre les addictions 204
La Prévention et Protection de l'enfance 204
Les Mineurs en mal de protection 205
Glossaire 206

Introduction

L'Observatoire Départemental de la Protection de l'Enfance (ODPE) consigne et publie dans ses rapports annuels, des données quantitatives et qualitatives, relatives à la protection de l'enfance. Ces rapports rendent compte également des activités propres de l'ODPE. Ils sont portés à la connaissance de l'Assemblée départementale, des représentants de l'Etat et de l'Autorité judiciaire et sont adressés à l'Observatoire National de l'Enfance en Danger (ONED). Ils sont consultables sur le site du Conseil général de la Gironde.

La méthode adoptée pour l'élaboration du rapport 2012, a consisté à recueillir, grâce à un questionnaire, les données quantitatives et qualitatives, relatives aux années 2010 et 2011, des institutions, des associations et des organismes girondins, en relation directe ou indirecte avec la protection de l'enfance.
La majeure partie des partenaires sollicités, dont des nouveaux, par rapport à l'an dernier, ont adressé leur contribution à l'ODPE. Ce rapport s'en trouve ainsi enrichi, même s'il ne recouvre pas l'ensemble de tous les acteurs girondins.

Ce document se veut complémentaire du rapport précédent. De ce fait il ne représentera pas, les missions des partenaires, déjà évoquées en 2011. De même, ne seront pas évoquées, les listes des membres de l'ODPE et du comité de pilotage, déjà indiquées, dans le rapport de 2011.
Le contenu des contributions n'a pas été repris *in extenso*, des synthèses et des analyses ont été réalisées et ventilées dans les différentes parties du document.

Les rapports de l'ODPE offrent une vision transversale des dispositifs de la protection de l'enfance.
Ils permettent de mieux faire connaître l'action des acteurs engagés dans ce domaine ; au travers de leurs recommandations, ils contribuent à optimiser les politiques de l'enfance, de la jeunesse et la famille, dans le département.

Le contexte girondin -

Quelques indicateurs démographiques et socio-économiques :

La superficie de la Gironde est de 9 975,6 km2.
La densité moyenne de population girondine est de 143,8 habitants au km2.
Selon les chiffres Insee, la population de la Gironde en 2009, s'élève à 1 434 661 habitants, la population française s'élevant à 64 304 500 habitants.
La population girondine représente 2,23% de l'ensemble de la population de la France. (Évolution et structure de la population en Gironde, mise à jour le 28 juin 2012).

Tableau 1 - Évolution et structure de la population

Libellé géographique	Population en 2009 (principale)	Taux natalité annuel en ‰ 1999-2009	Taux mortalité annuel en ‰ 1999-2009	Pop hommes en 2009 (principale)	Pop femmes en 2009 (principale)	Part 00-19 ans dans pop Hommes en % en 2009 (principale)	Part 00-19 ans dans pop Femmes en % en 2009 (principale)
Gironde	**1 434 661**	**11,8**	**8,7**	**687 665**	**746 996**	**25,1**	**22,3**
France	**64 304 500**	**13,0**	**8,7**	**31 124 884**	**33 179 616**	**26,2**	**23,5**

Source Insee : évolution et structure de la population chiffres légaux 2009.

1. La population des jeunes girondins

Le taux de natalité

- le taux de natalité national est de 13. 0/00,

- le taux girondin s'élève à 11,8 0/00.

Tableau 2 - Evolution du nombre de naissances en Gironde

Évolution	**2009**	**2010**	**2011**
Naissances Insee, Gironde	17 072	17 271	17 271

Source DAS-DGAS- CG

Le taux de mortalité

En 2009 le taux de mortalité est de 63/17 072 soit 3,7 pour mille ; on dénombre 63 décès d'enfants domiciliés en Gironde et âgés de moins d'un an.

Répartition de la population girondine des moins de 25 ans

Tableau 3 - Répartition de la population girondine des moins de 25 ans par tranche d'âge et sexe

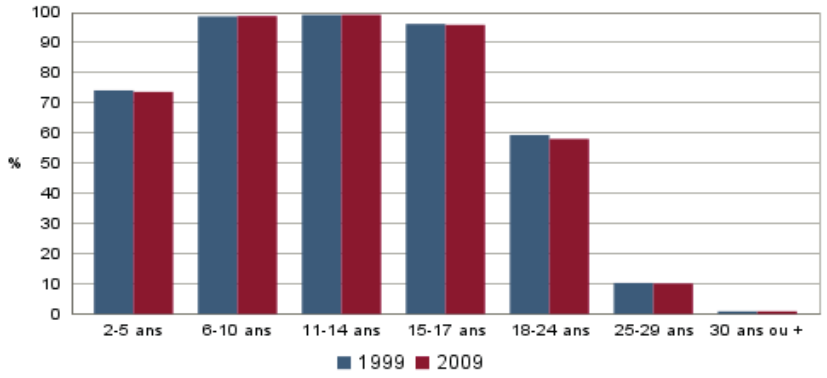
Nombre	**Hommes**	**Femmes**	**total**	**%**
de 0 à 4 ans	41 517	40 316	81 833	18,65%
de 5 à 9 ans	43 291	41 087	84 378	19,23%
de 10 à 14 ans	42 819	40 177	82 996	18,92%
de 15 à 19 ans	45 993	45 158	91 151	20,78%
de 20 à 24 ans	48 157	50 204	98 361	22,42%
de 0 à24 ans			438 719	100,00%

Source Insee : recensement population par âge quinquennal 1968 à 2008

- La population des moins de 25 ans représente 24 % de la population girondine.
- La population des moins de 14 ans s'élève à 127 144 hommes et 121 071 femmes, soit 16,2 % de la population totale girondine. (Données Insee pour 2008 au 01/01/2010),

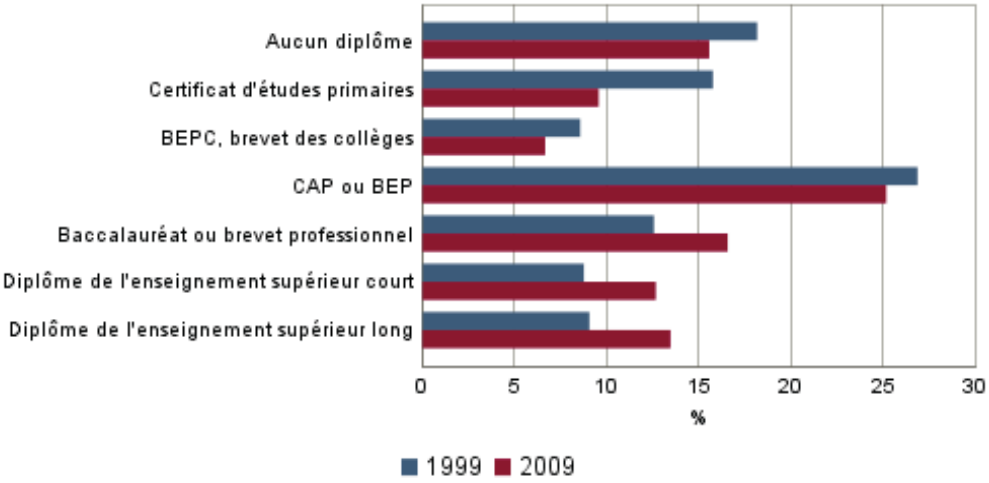
2. La d□scolarisation et le niveau d□□tude

Graphique 1 - Taux de scolarisation selon l'%ge



Sources : Insee, RP1999 et RP2009 exploitations principales

Graphique 2 - Niveau d□□tude ou dipl□me le plus □lev□ de la population non scolaris□e de 15 ans ou plus



Source Insee-Chiffres cl□s :Gironde : □volution et structure de la population

3. Les familles allocataires et leurs enfants

Statistiques issues des donn□es d□partementales, de la Caisse d'Allocations Familiales, repr□sentatives de 92% de la population fran aise. Seules les communes ayant plus de 100 allocataires sont prises en comptes. Les statistiques concernent uniquement les prestations l□gales, dont les bar mes sont fix□s ˆ l'□chelle nationale.

Tableau 4 : R□partition des Enfants des familles girondines, par %ge et type de famille en 2009

	Moins de 3 ans	3 ˆ 5 ans	6 ˆ 10 ans	11 ˆ 17 ans	Ensemble	%
Couples avec enfant(s)	24 754	41138	65755	86660	218 307	80,19%
Familles monoparentale. : homme + enfant(s)	415	870	1320	4354	6959	2,56%
Familles monoparentale. : femme + enfant(s)	4387	6767	13326	22483	46963	17,25%
Ensemble	29 556	48775	80401	113497	272 229	100,00%

Source : Insee, RP2009 exploitation compl□mentaire.

Tableau 5 - Structures familiales en Gironde en 2010

Année	Personnes isolées	Monoparentales		Couples			
		Total	Avec 3 enfants ou plus	Total	Sans enfants	Avec enfants	Avec 3 enfants ou plus
2010	108 539	40 469	4 707	119 166	14 097	105 069	22 139
2009	107 367	39 045	4 459	117 322	13 848	103 474	21 877

Source : statistiques CAF de la Gironde

Données concernant les allocataires de la CAF en 2011.

274 711 allocataires bénéficiaires d'une prestation au 31/12/2011.

677 430 personnes sont concernées par les prestations légales versées par la Caf ce qui représente environ 45 % de la population du département.

41 467 des allocataires sont des familles monoparentales soit 15,1 %.

4. Les ressources des ménages et les minima sociaux

Tableau 6 - Revenus fiscaux des ménages

Année 2009	Nombre total de ménages fiscaux	dont ménages imposés (en %)	Médiane	1er décile	9ème décile
Gironde	613 411	60.41 %	19 038	7 398	36 913
France Métropolitaine	36 599 197	19 595 631		6 667	

Source : DGFIP/Insee-Impôts sur le revenu des personnes physiques

En 2009, en Gironde, le revenu net déclaré moyen par foyer fiscal, s'élève à 22 975 euros ; et 54,8 % de l'ensemble des foyers fiscaux girondins sont imposables (source Insee, recensement de la population 2009 et 1999 exploitations principales).

La médiane du revenu fiscal des ménages, par unité de consommation en 2009, est de 19 038 euros.

.

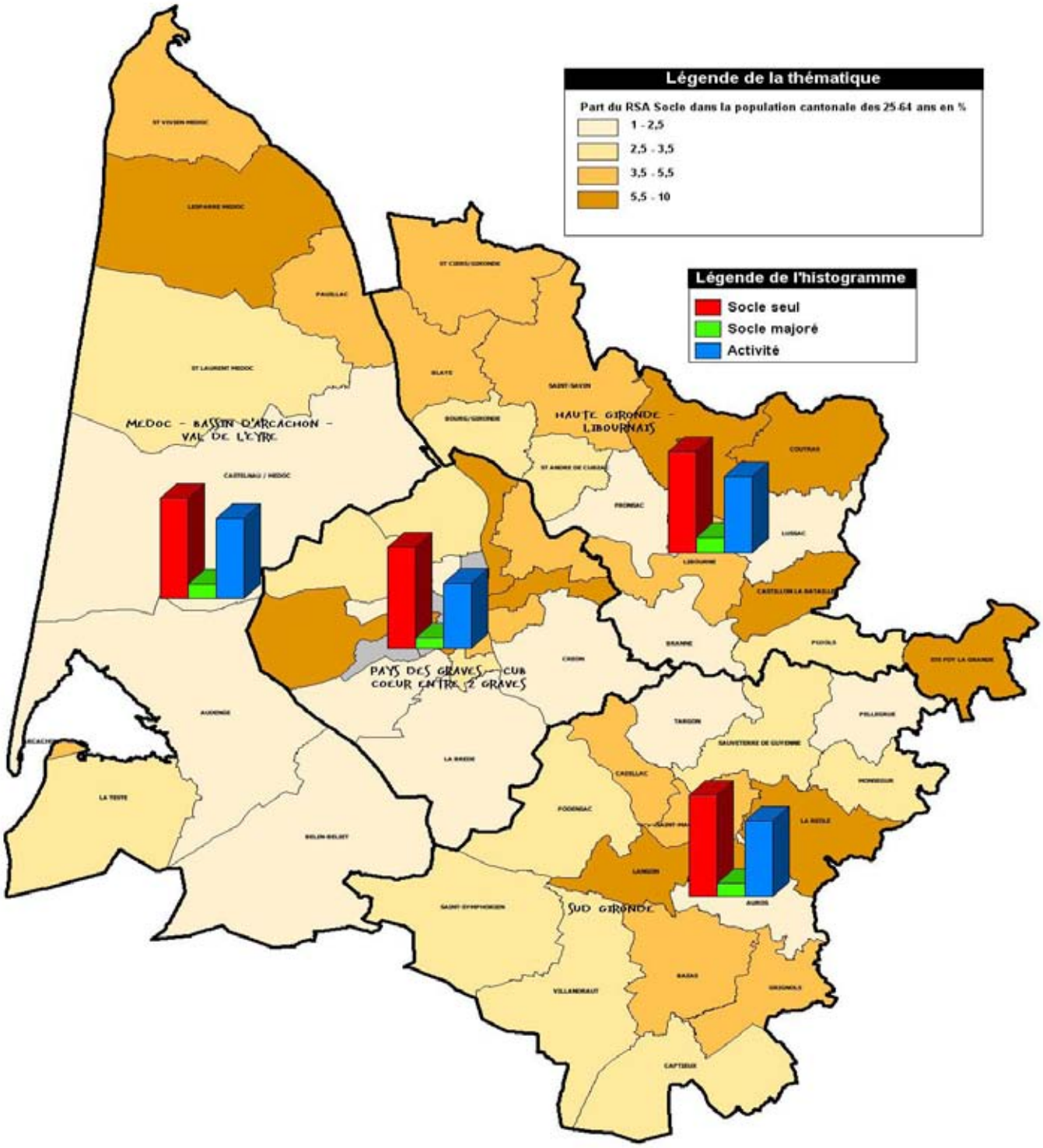
- Le Revenu de Solidarité Active, RSA, avec majoration pour isolement

Le RSA remplace le RMI et l'API (allocation de parent isolé) en France métropolitaine à compter du 1er juin 2009, puis le 1er janvier 2011 dans les départements d'outre-mer. Seule une partie du RSA (le RSA socle) est considérée comme un minimum social.

Tableau 7 Les bénéficiaires RSA :

Evolution du nombre RSA en Gironde	2009	2010	2011
RSA socle	20576	21789	22202
RSA Activité	9619	10830	10551
RSA Majoré	3462	3566	3565
Total	33657	36185	36318
Source extranet de la CAF (Elisa)			

Graphique 3 - Cartographie de la répartition du RSA en proportion de la population active, source DAGMS PT/DGAS.



Source CG/DGAS DPLE DAGMS

En 2010, 4,7 % de la population active (tranche des 25 à 64 ans) perçoit l'allocation RSA à taux plein en Gironde. La colonne verte correspond au RSA majoré. La répartition du RSA majoré se distribue de manière non uniforme sur l'ensemble du territoire girondin.

- Autres allocations :

Tableau 8 - L'allocation de rentrée scolaire, les allocations logement et AAH[1] en Gironde

Année	ARS [2]		Allocation logement		AAH
	Total	Personnes couvertes	Total	Personnes couvertes	
2010	59 521	94 040	151 475	282 045	22 433
2009	58 923	93 529	151 411	283 008	21 306

Source : Statistiques CAF de la Gironde

5. L'emploi et le chômage

- **- L'Activité et l'emploi :**

- Tableau 9

EMP T2 - Activité et emploi de la population de 15 à 64 ans par sexe et âge en 2009

	Population	Actifs	Taux d'activité en %	Actifs ayant un emploi	Taux d'emploi en %
Ensemble	**950 279**	**679 697**	**71,5**	**604 809**	**63,6**
15 à 24 ans	190 102	75 812	39,9	57 654	30,3
25 à 54 ans	581 527	525 897	90,4	475 094	81,7
55 à 64 ans	178 649	77 988	43,7	72 061	40,3
Hommes	464 193	347 539	74,9	312 615	67,3
15 à 24 ans	94 342	41 040	43,5	31 734	33,6
25 à 54 ans	284 532	267 775	94,1	245 016	86,1
55 à 64 ans	85 319	38 723	45,4	35 864	42,0
Femmes	486 086	332 158	68,3	292 194	60,1
15 à 24 ans	95 760	34 772	36,3	25 919	27,1
25 à 54 ans	296 995	258 122	86,9	230 078	77,5
55 à 64 ans	93 330	39 265	42,1	36 197	38,8

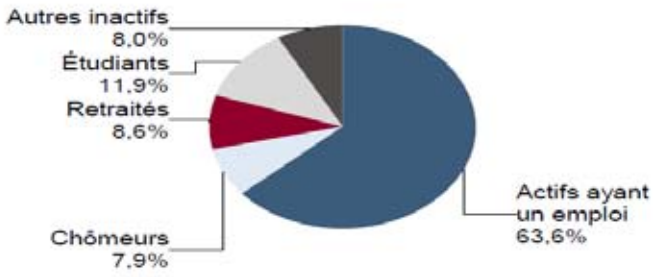
Source : Insee, RP2009 exploitation principale.

[1] AAH : allocation adulte handicapé[1]

ARS : Allocation de Rentrée Scolaire

Graphique 4

EMP G1 - Population de 15 à 64 ans par type d'activité en 2009

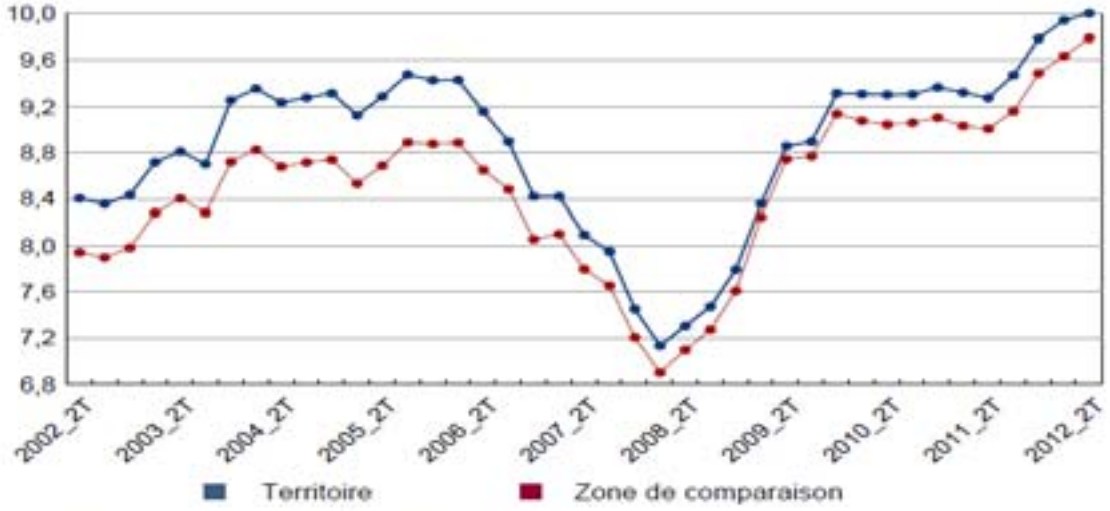


Source : Insee, RP2009 exploitation principale.

- <u>Le chômage :</u>

- Graphique 5

CHOM G1 - Evolution du taux de chômage trimestriel



Source : Insee, Taux de chômage localisés.
Les données du 2e trimestre 2012 sont provisoires.

Tableau 10

DEFM T1 - Catégories de demandeurs d'emploi inscrits en fin de mois selon le sexe et l'âge

	Demandeurs de catégorie ABC							Demandeurs de catégorie A		
	Au 31 décembre 2011				Evolution 2010-2011 en %			Au 31 décembre 2011		
	Ensemble	%	Hommes	Femmes	Ensemble	Hommes	Femmes	Ensemble	Hommes	Femmes
Ensemble	110 319	100,0	51 622	58 697	7,0	5,5	8,3	73 653	36 189	37 464
15 à 24 ans	18 405	16,7	9 153	9 252	3,5	3,2	3,8	13 082	6 747	6 335
25 à 49 ans	72 679	65,9	33 822	38 857	5,8	4,2	7,2	47 610	23 001	24 609
50 ans ou plus	19 235	17,4	8 647	10 588	15,6	13,5	17,3	12 961	6 441	6 520
Chômeurs de longue durée	38 909	100,0	18 243	20 666	3,7	1,9	5,4	///	///	///
15 à 24 ans	3 100	8,0	1 476	1 624	-8,0	-11,6	-4,5	///	///	///
25 à 49 ans	25 802	66,3	12 174	13 628	1,5	-0,5	3,4	///	///	///
50 ans ou plus	10 007	25,7	4 593	5 414	14,7	14,8	14,6	///	///	///

/// : information(s) non disponible(s) pour ce niveau géographique

Champ : demandeurs d'emploi inscrits à Pôle emploi, tenus de faire des actes positifs de recherche d'emploi.
Source : Pôle emploi, Dares, Statistiques du marché du travail.

Tableau 11 - Taux de chômage trimestriel localisé par département : Gironde

Taux de chômage localisé		Gironde
2011	T *4	9,7 %
2011	T 3	9,5 %
2011	T 2	9,3 %
2011	T 1	9,4 %
2010	T 4	9,3 %
2010	T 3	9,3 %
2010	T 2	9,4 %
2010	T 1	9,4 %

Sources Insee Travail - Emploi

Selon l'Insee, le taux de chômage localisé en moyenne *trimestrielle (données CVS[3] comparaisons départementales) est de : 9,4 % au premier trimestre 2011, de 9,7 % au quatrième trimestre 2011. Ce taux augmente régulièrement depuis 2008.

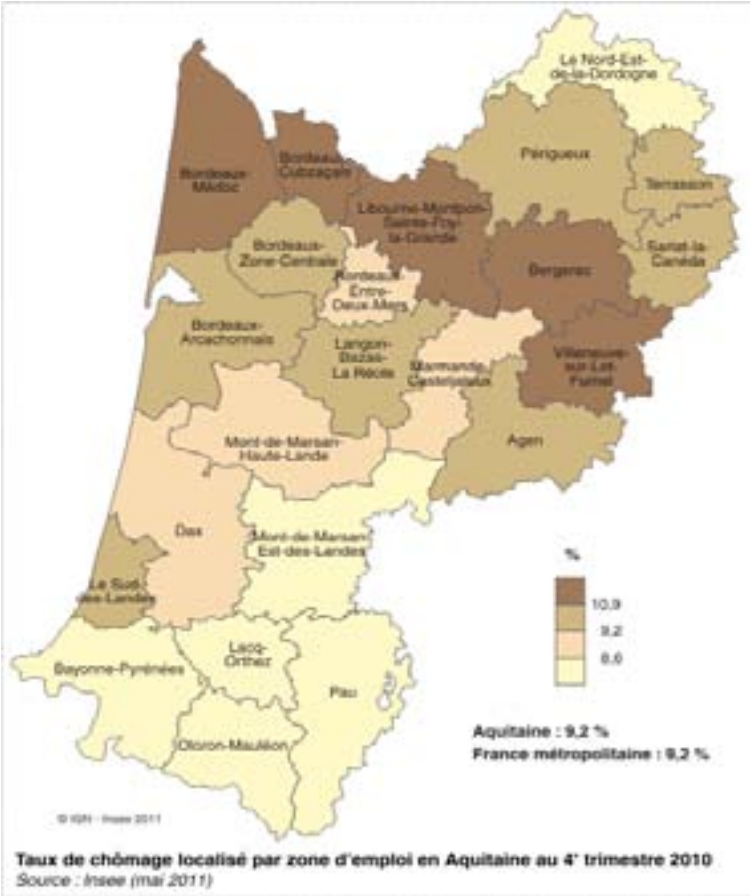
De la pointe du Médoc à Agen :

En Aquitaine, un vaste couloir, reliant la pointe du Médoc à Agen, se distingue par un taux de bénéficiaires du RSA particulièrement élevé. Composée de villes et d'espaces ruraux, cette zone englobe une grande partie du Lot-et-Garonne, l'ouest de la Dordogne, le nord et l'est de la Gironde.

Dans ce large territoire bordant la Garonne et ses affluents, 9,5 % des 570 000 habitants de moins de 65 ans sont couverts par le RSA contre 6,6 % dans le reste de l'Aquitaine. Ce territoire correspond aux cinq zones d'emploi régionales où le taux de chômage fin 2010 est le plus élevé : il dépasse 10,9 % de la population active. (Extrait de : « Le Quatre Pages Insee Aquitaine », n°194, juin 2011)

[3] CVS : Concurrent Versions System, système, est un système de gestion de versions.

Graphique 6 – Taux de chômage localisé en Aquitaine

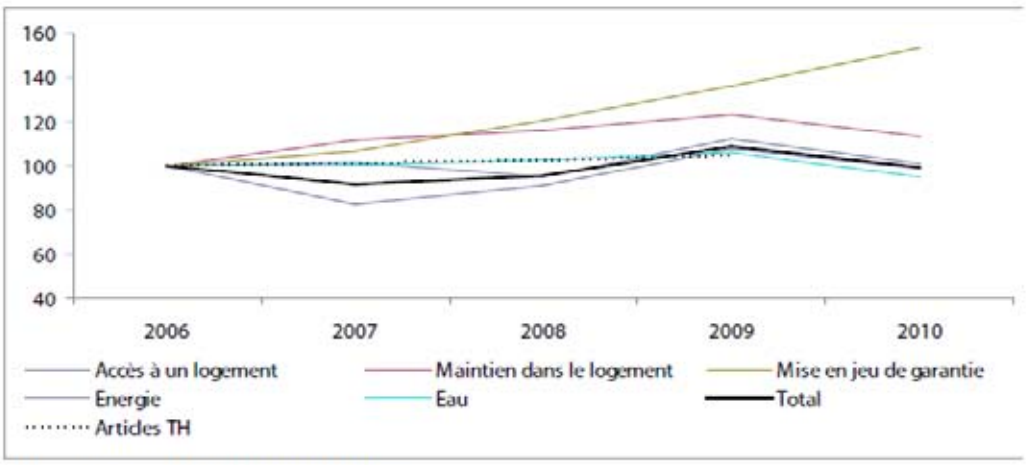


Extrait de : « Le Quatre Pages Insee Aquitaine », n°194, juin 2011

6. La situation des foyers au regard du logement

Le nombre de logement en Gironde est de 747 542 en 2009 (Cf. Insee-Chiffres clés : Département de la Gironde).

Graphique 7 - Évolution du nombre de demandes d'aide à l'accès ou au maintien dans le logement



Source FSL33 (extrait rapport Observatoire Girondin Pauvreté et Précarité ODPP 2011).

PARTIE I : LES DONNEES

La Protection de l'enfance, doit être entendue au sens large, à savoir la prévention, le constat du danger et la protection *stricto sensu*.

Chapitre I : La prévention en Gironde

L'ODPE entend aborder la question de la prévention de manière la plus large possible. C'est pourquoi les questions de la formation et de l'information, en matière de protection de l'enfance, sont traitées préalablement à la présentation des dispositifs de prévention.

Section I - La formation, l'information, le partage des ressources documentaires

A. La formation

1. L'Observatoire Départemental de Protection de l'Enfance (ODPE)

La formation en matière de protection de l'enfance constitue une préoccupation essentielle de l'ODPE de la Gironde, au regard de la loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance et du décret n° 2009-765 du 23 juin 2009, relatifs à la formation initiale et continue des personnes participant ou concourant à la protection de l'enfance.

Dans ce domaine, les formations réalisées par l'IRTS et le CNFPT occupent un rôle majeur, mais concernent un public ciblé, futurs professionnels de l'enfance et professionnels de la fonction publique territoriale.

- ✓ **La commission formation :**

La commission formation constituée en 2009, continue de se réunir environ quatre fois par an. Après avoir joué un rôle important dans la réalisation de la maquette du Diplôme Universitaire (D.U.) Protection de l'enfance et dans le choix des intervenants, elle assure le suivi de cette formation et se préoccupe de son évolution[4]

C'est également dans le cadre de la commission formation que le programme des conférences annuelles de l'ODPE est discuté, avant d'être soumis au comité de pilotage.

Plus généralement, la commission s'empare des dossiers concernant la formation des professionnels du département, dans tel ou tel secteur, inspirant certaines recommandations de l'ODPE, et essayant de susciter des actions de formation dans les domaines où elles sont le plus nécessaires. Il en a été ainsi notamment pour le secteur des activités et loisirs. La commission a reçu un responsable de ce secteur qui a fait état de ses besoins de formation en matière de protection de l'enfance et des avancées ont pu être constatées.

Si cette commission n'est en aucun cas un organisme de formation, elle regroupe cependant des professionnels susceptibles d'assurer des formations ou d'initier des actions de formation en matière de protection de l'enfance. On constate que la demande de formation, dans ce domaine, est en augmentation. On notera en outre, encore quelques réticences de certains professionnels de l'enfance, notamment en matière médicale, pour se former à la protection de l'enfance, au motif que celle-ci, n'est pour eux qu'une préoccupation indirecte. Par ailleurs, si le besoin de formation en Protection de l'enfance est sans doute une préoccupation individuelle de tous les professionnels, elle n'est pas toujours érigée en impératif sur le plan institutionnel dans tous les secteurs.

[4] *Infra* page 200

✓ **Les conférences annuelles de l'ODPE**

La conférence annuelle de l'ODPE, moment fort de l'année, a rassemblé en 2010 et en 2011, près de 600 professionnels concernés par la Protection de l'enfance. A partir de 2012 elle constituera en outre le cadre de la remise du rapport annuel de l'ODPE par sa Présidente au Président du Conseil général.

La conférence est organisée chaque année selon la même formule. La matinée est consacrée à la présentation par la Présidente, des recommandations de l'ODPE contenues dans le rapport. Une focale est ensuite portée sur les données du Bureau Enfance en Danger (CRIP 33) et sur les évolutions constatées au cours de l'année. L'après midi est consacrée à une thématique, jugée majeure par la Commission de formation et le Comité de pilotage de l'ODPE. Des personnalités, spécialistes de la question, interviennent au cours de ces conférences pour offrir un éclairage extérieur particulièrement pertinent pour les différents professionnels présents. Ils apportent en outre, des points de vue différenciés et pluridisciplinaires qui font, de l'avis de tous, la richesse de ces conférences

La thématique de la conférence 2010 portait sur les liens entre les structures hospitalières en pédopsychiatrie et la Protection de l'enfance, dont les urgences et celle de 2011 sur « Les mineurs en mal de protection ».

2. L'Université

a. Le Diplôme Universitaire de protection de l'enfance

Le D.U. de Protection de l'enfance a accueilli, à la rentrée 2012 sa deuxième promotion d'étudiants. Il paraît intéressant de procéder à une étude du profil des deux premières promotions de cette formation pour ensuite faire un bilan des enseignements et évaluations de la première année.

✓ **Le profil des étudiants inscrits dans le Diplôme Universitaire (D.U).**

Tableau 12

Etudiants en D.U	Formation continue	Formation initiale	Total
Promotion 2011-2012	20	12	31
Promotion 2012-2013	17	11	28

Source Université Bordeaux IV

On constate une légère baisse de l'effectif global, qui ne remet pas en cause la survie du D.U. qui est autofinancé par les inscriptions. L'Université Bordeaux IV assure l'organisation administrative du diplôme et met des locaux à disposition. Le Conseil général participe, au fonctionnement du diplôme, en permettant à certains de ses cadres, d'assurer des interventions dans le diplôme, sur leur temps de travail.

Ce sont surtout les étudiants en formation continue qui sont moins nombreux, le nombre d'étudiants de formation initiale en revanche, reste stable.

On aboutit ainsi pour la deuxième année à une promotion plus équilibrée, dans laquelle, les étudiants en formation continue sont proportionnellement moins nombreux.

Tableau 13 - Les étudiants de formation continue

	Conseil général	Hors Conseil général
Promotion 2011-2012	12	7
Promotion 2012-2013	6	11

Source Université Bordeaux IV

On remarque une diversification notable du profil des étudiants de formation continue, la deuxième année. Celle-ci se traduit tout d'abord par une baisse des étudiants du Conseil général, Cette baisse peut s'expliquer par un défaut de communication, auquel il devrait être remédié l'année prochaine.

La diversification des profils des étudiants de formation continue, constitue sans aucun doute un point positif. Sont inscrits dans le diplôme, une personne de la PJJ (contre deux l'année précédente), une assistante sociale d'un hôpital (contre 4 l'année dernière) et d'un IME ; mais également deux psychologues, un administrateur *ad hoc*, trois directrices de crèche et multi-accueil, deux éducateurs spécialisés de maison d'enfants. On regrette que plusieurs candidatures aient été refusées par les employeurs, notamment une demande d'une institutrice et une autre d'un gendarme.

Recommandation n° 1:
L'ODPE recommande que tous les professionnels visés par la loi du 5 mars 2007, comme devant suivre une formation en Protection de l'enfance, puissent accéder au D.U Protection de l'enfance, notamment dans le service public ; il en va particulièrement ainsi des agents de l'Éducation Nationale, de la Gendarmerie et de la Police ainsi que de toutes les directions du Conseil général engagées, dans le champ de la Protection de l'enfance.

On se félicitera de l'inscription dans le diplôme de professionnels nouveaux : psychologues, administrateur ad hoc, directrices de crèche ou multi accueil. On notera en outre avec satisfaction la présence d'éducateurs et d'éducatrices spécialisés, hors Conseil général.

On peut remarque un rajeunissement sensible de la promotion 2012-2013, qui correspond notamment à une volonté du Conseil général de privilégier les candidatures d'agents en début de carrière.

Etudiants en formation initiale

Le profil des étudiants en formation initiale est assez diversifiée, puisque l'année dernière on comptait 7 juristes et 4 non juristes, essentiellement psychologues et que cette année on compte 8 juristes (mais pas seulement des pénalistes comme l'année dernière) et 3 non juristes parmi lesquels, on saluera la présence d'une étudiante à l'IUFM.

- ✓ **Les enseignements et les évaluations :**

Globalement les enseignements se sont déroulés sans difficulté au cours de la première année, les enseignants comme les étudiants ayant exprimé leur satisfaction. Une forte participation des étudiants a permis des sessions riches et animées. Les cours correspondaient globalement aux attentes des étudiants et les enseignants ont fait part de leur contentement, face à un public dynamique et motivé.

Quelques modifications ont cependant été apportées à la première maquette :

- Un module préliminaire sur la question de l'évaluation en travail social, a été ajouté, à destination des étudiants n'ayant aucune connaissance en la matière pour leur fournir les bases. 6 heures dans cette matière restent prévues pour l'ensemble des étudiants qui seront consacrées d'une part à une conférence théorique sur le travail social d'évaluation et d'autre part à une demi-journée de cas pratique, en petits groupes mixant des étudiants en formation continue et des étudiants en formation initiale.

- Les trois heures consacrées à la prévention primaire, assurées par la médecine scolaire seront désormais davantage accès sur les missions de prévention des infirmières scolaires.

- Des difficultés ont été rencontrées à propos du mémoire d'un minimum de 20 pages demandé à chaque étudiant qui devait allier théorie et cas pratique. Les étudiants, particulièrement, ceux de la formation continue ont été confrontés à des problèmes importants de délimitation du sujet, de méthode et même de raisonnement. Les résultats sont assez inégaux. Pour remédier à ces difficultés, des heures seront désormais, à la fin de la première année, consacrées dans la formation, à la méthodologie du mémoire et des sujets seront proposés par les intervenants.

- Une évaluation de chaque module a eu lieu sous forme de questions fermées. Ces évaluations se sont dans l'ensemble bien passées.

Tous les étudiants ont obtenu le DU, on compte 3 mentions TB, 13 mentions B et 6 mentions AB.

b. Les rencontres médio-juridico-sociales autour de l'enfant

Les rencontres juridico-médico sociales (RMJS), autour de l'enfant organisées par l'Institut des Mineurs de l'Université Montesquieu Bordeaux IV, ont rassemblé chaque année près de 500 professionnels concernés par la Protection de l'enfance depuis 2010. Ce chiffre illustre combien cette manifestation est devenue un rendez-vous attendu dans le département.

L'objectif des organisateurs est de réunir autour d'un thème commun les professionnels concernés par la Protection de l'enfance, des secteurs médical, social et juridique. Il faut en outre noter la participation de l'Education Nationale à ces journées, sous forme d'intervention mais également par le biais de la présence dans le public des assistantes sociales et des infirmières scolaires.

La pluridisciplinarité caractérise à la fois les intervenants qui débattent du thème choisi et le public qui assiste aux interventions. Cette manifestation constitue une action d'information et de formation sur la Protection de l'enfance particulièrement importante, compte tenu du public touché, en quantité et en diversité. Elle illustre également l'implication de l'Université dans ce domaine. Les RMJS sont en effet accueillies dans un amphithéâtre de l'Université sur le site de Pessac.

La première année, les rencontres médico-juridico-sociales ont été consacrées à « La chaîne de la Protection de l'enfance ». L'ensemble des professionnels intervenant dans cette chaîne, à partir de la prévention du danger, à sa révélation et à la prise en charge de l'enfant concerné, ont expliqué leur rôle dans le processus. L'objectif était de faire connaître la chaîne pour permettre à chaque professionnel confronté à un enfant en danger ou susceptible de l'être, de savoir quel acteur il devait mobiliser. Outre une meilleure connaissance des différents professionnels impliqués, cette journée a permis de renforcer la dynamique de réseau indispensable à l'efficacité de la Protection de l'enfance dans le département.

En 2011, les RMJS ont été consacrées à la thématique « Violences sexuelles et mineurs ». La matinée a été dédiée aux réalités des violences sexuelles concernant des mineurs (les signaux d'alerte, les différents formes de violences sexuelles, les violences sexuelles en milieu scolaire, sportif) ; l'après midi a été centré sur les réponses aux violences sexuelles, concernant les mineurs qu'elles soient juridiques, psychologiques ou se formulent en terme de prises en charge.

3. Les services du Conseil général : DEF, DATDS, DAS.

Les services du Conseil général sont fortement impliqués dans la formation des professionnels sociaux, médicaux et paramédicaux.

Par ailleurs, depuis avril 2009, le Conseil général de la Gironde, au niveau de la Direction Générale Adjointe de la Solidarité (DGAS), les Directions des Actions Territoriales et de Développement Social (DATDS), de l'Enfance et de la Famille (DEF) et des Actions de Santé (DAS) regroupées, a mis en place une formation commune, la formation d'évaluation ALFOLDI.

<u>La formation ALFOLDI :</u>

La Méthode ALFÖLDI, du nom de son créateur, vise à acquérir une méthodologie d'évaluation de l'enfance en danger dont les objectifs sont les suivants :

- le renforcement des compétences des professionnels de l'enfance en matière d'évaluation,

- le développement d'une capacité à construire une démarche d'évaluation à partir de repères théoriques et méthodologiques,

- l'harmonisation des pratiques individuelles et collectives dans le respect des champs d'intervention des différentes catégories professionnelles.

- le développement d'une culture commune entre les différents acteurs de l'intervention en Protection de l'enfance.

Le contenu de la formation s'appuie sur de la théorie et de la méthodologie de l'évaluation en Protection de l'enfance. Il nourrit une réflexion sur l'implication professionnelle dans l'évaluation et dans la pratique, et introduit des critères d'évaluation ajustés à l'objet.

La formation est fondée sur la présentation de la méthode avec ses outils d'évaluation.

Une application de la méthode est exercée sur des situations réelles apportées par les stagiaires et s'appuie sur la mise en perspective des écrits professionnels.

Cette formation se décline à partir d'un module de trois jours consécutifs qui s'adresse à des groupes de 15 participants professionnels, rattachés à la Direction Générale Adjointe chargée de la Solidarité : inspecteurs, psychologues, assistants sociaux, référents de prévention, référents de protection, médecins, puéricultrices, et personnel d'encadrement.

Cette formation a également été proposée aux services d'action sociale de la MSA et de la CAF, des associations exerçant les mesures d'aide éducative à domicile ou d'aide éducative en milieu ouvert (AED – AEMO).

Fin 2011, 800 professionnels étaient formés.

Il a été créé, pour favoriser l'application de la méthode :
- un guide d'utilisation de la méthode ; ce guide a été élaboré par le groupe ressource, chargé du suivi de la formation pour diffusion à tous les professionnels,
- un niveau 2 (perfectionnement) de la formation a été ensuite proposé aux cadres et aux professionnels volontaires.
Enfin, des ateliers de suivi ont été organisés pour soutenir cette formation.

4. La formation des pédiatres à la Protection de l'enfance

L'Association Française de Pédiatrie Ambulatoire (AFPA) gère le Développement Professionnel Continu (DPC) des pédiatres libéraux, et les médecins de PMI ou pédiatres hospitaliers peuvent y accéder. Les actions se font sur une analyse de la pratique de dossiers personnels puis une formation présentielle ou e- Learning et nouvelle analyse de la pratique qui doit apporter une amélioration ; des thèmes spécifiques à la Protection de l'enfance peuvent être envisagés.

Par ailleurs :
- les médecins de PMI de la Gironde, ont réalisé des interventions sur le dispositif législatif de protection de l'enfance dans le cadre de la formation médicale continue (2h30 en 2011).

- les pédiatres du Groupement des Pédiatres de la Gironde (GPG) forment des médecins généralistes et des internes dans le cadre du D.U de médecine générale de l'enfant, sur différents sujets : les examens de dépistage, la nutrition, la psychopathologie de l'enfant, le carnet de santé. Ce DU comporte un volet dédié à la protection de l'enfance présenté par un pédiatre hospitalier et un médecin PMI.,

- un groupe de travail de pédiatres, se réunit avec un expert, un week-end par an, depuis quinze ans, sur un thème de formation spécifique, aux troubles des apprentissages scolaires.

- l'AFPA organise, en outre, des séminaires de formation conventionnée, dont beaucoup concernent les thèmes du handicap, de la psychopathologie, de la maltraitance *etc.*; thèmes repris dans certains fascicules de la revue « Le pédiatre ».

- une soirée de Formation Médicale Continue du GPG a été consacrée à la consultation de l'adolescent (présentation d'un logiciel de consultation spécifique « adoconsult »).

En dépit de ces actions, certains pédiatres libéraux s'estiment démunis et insuffisamment formés au dépistage des situations d'enfant en risque ou en danger (sévices sexuels ou psychologiques, enfant bouc émissaire, enfant victime de harcèlement ou de racket). Ils soulèvent également, leurs difficultés à repérer certaines de ces situations, chez les populations intellectuellement et socialement assez différenciées et à diagnostiquer d'une manière plus générale les situations d'enfants en danger ou en risque de l'être. Ils souhaitent aussi mieux connaître les procédures à suivre en matière d'information préoccupante et de signalement.

Une journée de formation spécifique pourrait être organisée pour les médecins et pédiatres libéraux dans le cadre de la formation médicale conventionnelle en lien avec l'AFPA. La diffusion d'une plaquette informative sur les procédures à suivre en matière d'information préoccupante et de signalement à l'autorité judiciaire, est attendue.

Les mailings informatiques permettent une information ciblée de tous les pédiatres.
Les sites internet permettent de regrouper les informations et documents scientifiques ou institutionnels.

Recommandation n°2
L'ODPE recommande une amélioration de l'information et la formation, en matière de protection de l'enfance, des pédiatres.

B. L'information en matière de protection de l'enfance et enfance en danger

1. Les services du Conseil général

Différentes directions du Conseil général, accueillent des stagiaires provenant d'écoles, de centres de formation et d'universités (dont les étudiants du D.U. Protection de l'enfance), participant ainsi aux actions de formation et d'information.

La Direction Enfance et Famille du Conseil général a organisé en 2010 et 2011, des conférences en lien avec des Directions du Conseil général, le Centre Multimédia de Documentation Médico-sociale DGAS/DAGMS et ses partenaires œuvrant dans le champ de la protection de l'enfance :

- Sur la thématique du lien parents-enfants :

- 3 Juin 2010 – « La référence dans l'accueil familial ».

- 29 Novembre 2010 – «Le maintien du lien Parents-Enfant. Aspects juridiques».
Deuxième conférence du cycle d'étude «Le maintien du lien entre parents et enfant dans le cadre du placement en famille d'accueil ou en établissement».

- 8 Mars 2011 – 3ème Conférence du cycle d'étude « Le maintien du lien entre parents et enfant dans le cadre du placement en famille d'accueil ou en établissement ». Mr Philippe Lacadee « Il m'a dit ça de ses parents… ».

- 28 Avril 2011 – 4ème Conférence du cycle d'étude « Le maintien du lien entre parents et enfant dans le cadre du placement en famille d'accueil ou en établissement ». Mr Philippe Jeammet « La paradoxalité des liens d'attachement ».

- 8 Septembre 2011 – Conférence/bilan du Schéma Départemental Conjoint de la prévention et de la Protection de l'enfance, de la Jeunesse et de la Famille 2007-2011 – Les perspectives du schéma 2012-2016.

- 7 Octobre 2011 – 5ème Conférence du cycle d'étude « Le maintien du lien entre parents et enfant dans le cadre du placement en famille d'accueil ou en établissement ». Mme Catherine Sellenet « Pour une éthique de la déliance et de la reliance en Protection de l'enfance ».

- et sur des thèmes variés :

- 18 Mars 2010 – Journée d'échanges sur les pratiques : « Les méthodes d'accompagnement dans le champ de l'insertion sociale et professionnelle. Les enjeux pour le travail social aujourd'hui ». Travail réalisé en coordination avec la Direction des Actions Territorialisées et du Développement Social.

- 19 Mai 2011 – Journées du cycle d'étude sur la fonction éducative en Maisons d'Enfants à Caractère Social, en structure de la Protection judiciaire de la jeunesse et au Centre Départemental de l'Enfance et de la Famille – « *L'engagement professionnel* ».

- 23 et 24 Mai 2011 – En coordination avec la Direction des Actions Territorialisées et du Développement Social, Forum des Actions collectives en travail social.

- 7 Juin 2011 – En coordination avec la Direction de la Jeunesse, de l'Education et de la Citoyenneté: «La médiation sociale au carrefour de l'action sociale et de la prévention de la délinquance ».

- En 2011, la Direction Enfance Famille et le Parquet de Mineurs de Bordeaux, la BPDJ, a organisé en lien avec la DDCS une matinée d'information sur le thème : « Suspicion de maltraitance en accueil collectif de mineurs, comment réagir ? » réunissant les directeurs de centres de loisirs pour mineurs avec ou sans hébergement.

2. la Brigade Départementale de Protection de la Famille (BDPF) et la Brigade de Prévention de la Délinquance Juvénile (BPDJ) de Bordeaux-Mérignac -33-

La Police : Direction Départementale de la Sécurité Publique Police Nationale (BDPF) et la Gendarmerie : Brigade de Prévention de la Délinquance Juvénile (BPDJ) de Bordeaux-Mérignac interviennent en matière de sensibilisation dans le domaine de la Protection de l'enfance en danger.

La BDPF fait état de deux sites pertinents :
- le site du Ministère de l'Intérieur : internet-signalement.gouv.fr., afin de signaler les contenus ou comportements illicites auxquels les internautes se trouvent confrontés. Ce site offre en outre informations et conseils de spécialistes pour se protéger dans l'utilisation d'Internet
- le site « Internet Prudent » donne notamment des conseils aux jeunes et aux parents sur l'utilisation d'internet.

La BPDJ de Bordeaux Mérignac met en place des actions de prévention auprès des mineurs, sur et en dehors des temps scolaires, et des adultes (parents d'élèves).

a. Les actions de prévention de la BPDJ auprès des mineurs et jeunes majeurs :

Ces actions consistent sur des temps scolaires en des interventions au sein des établissements scolaires de la Gironde, situés en zone de compétence gendarmerie nationale et des instituts spécialisés : écoles primaires, collèges, lycées, lycées d'enseignement professionnel, MFR, EREA, ITEP, IME, CEF,...

La mission de prévention consiste à informer les jeunes sur la loi, leurs droits et leurs devoirs, à les sensibiliser sur des sujets qui les préoccupent, afin de les aider à construire une réflexion et les amener à prendre conscience de leurs actes, pour les responsabiliser en leur qualité de citoyen.

Les thèmes sont choisis en fonction de problématiques : responsabilité pénale des mineurs, citoyenneté, droits et devoirs, violences, racket, bizutage, discriminations, drogues (alcool, tabac, produits stupéfiants), jeux dangereux, dangers d'internet, maltraitance.

Tableau 14 : La répartition des rencontres BPDJ avec les jeunes

BPDJ : Intervention/ Temps scolaire avec les jeunes	2010	2011
Primaire	925	1 242
Collégiens	11 128	12 728
Lycéens	1 140	1 561
Lycéens pro	435	602
Autres structures (EREA, MFR, ITEP, IME…)	224	604
Total	13 852	16 737

Source BPDJ

Sur ces deux dernières années, ce sont les collégiens qui ont bénéficié en masse des interventions de prévention de l'unité. L'accent est mis sur les niveaux 6ème et 4ème, qui correspondent aux classes charnières les plus sensibles.
Le thème le plus souvent abordé en 6ème reste celui des violences scolaires (physiques, psychologiques et sexuelles) commises directement ou par le biais des nouvelles technologies. En 4ème, les interventions majoritairement s'appuient sur la responsabilité pénale des mineurs et les drogues (tabac, alcool, produits stupéfiants).

- En dehors du temps scolaire, la BPDJ intervient auprès des mineurs et jeunes majeurs dans des cadres diversifiés.

Elle intervient au sein des accueils collectifs de mineurs, comme les Points d'Accueil Écoute Jeunes (PAEJ), les Bureaux et Points Information Jeunes (BIJ, PIJ) et pendant la saison estivale, sur le littoral dans le cadre du plan PAJECOT et Ville Vacances Famille (VVV).

Elle effectue aussi des interventions auprès de jeunes volontaires à l'école de la deuxième chance : Etablissement Public d'Insertion de la Défense (EPIDE) à Bordeaux. L'unité anime également les Journées Défense et de Citoyenneté (JDC).

Tableau 15 : Rencontres BPDJ avec les jeunes et professionnels hors temps scolaire

BPDJ : Intervention/ hors Temps scolaire	2010	2011
Jeunes ayant commis des actes de délinquance / confiés au Prado	104	37
Chantier éducatif	234	109
Journée défense citoyenneté (JDC).	826	820
Accueils collectifs de mineurs	234	164
Rencontres sur des stands installés sur la voie publique	436	325
Formation initiale et continue des professionnels	2098	2110
Rencontres parents d'élèves	311	750

Source BPDJ

Le public revêt ainsi tour à tour un statut différent : ce sont soit des jeunes qui ont commis des actes de délinquance et sont en stages de citoyenneté diligentés par la PJJ, soit des jeunes placés à l'EPIDE, ou parfois de jeunes faisant l'objet d'une réponse pénale alternative aux poursuites dans le cadre des stages confiés par la justice à l'association Le Prado. Ou bien, ce sont des jeunes en démarche d'insertion sociale exécutant un chantier éducatif en partenariat avec les communes et le Conseil général.

Enfin, dans une démarche inversée, ce sont les jeunes et leur famille (public mixte) qui sont libres de venir rencontrer la BPDJ sur des stands installés sur la voie publique, notamment en été sur le littoral.

b. Les actions de prévention de la BPDJ auprès des adultes

La BPDJ a touché un public nombreux et varié au cours des années 2010 et 2011.

La Brigade de Prévention de la Délinquance Juvénile de Bordeaux Mérignac participe, en effet, aux formations initiales ou continues auprès des magistrats, infirmiers, éducateurs, animateurs, assistants sociaux. De plus, elle concourt aux formations des professionnels de l'Education Nationale, des familles d'accueil et des stagiaires BAFA.

En outre, la BPDJ intervient auprès des professionnels en lien avec l'enfance et l'adolescence dans le secteur judiciaire, médico-social et de l'animation (magistrats, infirmiers, éducateurs, animateurs, directeurs d'accueils collectifs de mineurs, assistants sociaux, chefs de service du Conseil général, familles d'accueil, personnel de l'Éducation Nationale, militaires,…) sous forme de colloques et conférences, ou d'interventions directes dans les institutions ou services.

Les thèmes abordés sont le recueil de la parole des mineurs, la parentalité, les addictions, les violences scolaires, les violences intrafamiliales, les jeux dangereux, les dangers d'internet,...

Par ailleurs, les parents d'élèves ont été rencontrés en soirée au sein des établissements scolaires organisateurs. Le rythme a été soutenu : en 2010, 311 rencontres ont été réalisées et en 2011 : 750 .

La BPDJ, en qualité de membre de la commission formation de l'ODPE, a mis l'accent sur les interventions auprès des professionnels dans le cadre de leur formation continue. Cependant, il reste difficile d'intervenir au stade de la formation initiale (Cf. recommandation N°1du rapport ODPE 2011).

Dans le cadre du rapport ODPE 2012, et pour compléter les axes de travail intégrés dans le Schéma Départemental de Prévention et de Protection de l'Enfance 2012 - 2016, la BPDJ souligne l'opportunité de s'intéresser aux conduites à risques (au sens large) des adolescents.

3. La Direction des Services Départementaux de l'Education Nationale (DSDEN 33)

En 2010 / 2011 et 2011 / 2012, l'Education Nationale s'est attachée à poursuivre son implication dans la mise en œuvre d'actions de prévention et de protection de l'enfance, tant au niveau départemental qu'au niveau des écoles et des établissements.

Quelques chiffres :

Tableau 16 : 1er degré :

Nombre d'écoles	Effectif élèves	En zone urbaine	En zone rurale	En Education Prioritaire
928	126 800	75 %	25 %	22 %

Source DSDEN 33

Nombre de circonscriptions pilotées par les Inspecteurs de l'Education Nationale (IEN) : 25

Tableau 17 : 2nd degré :

Etablissements	Nombre d'établissements	Effectif élèves
Collèges	103	54 559
SEGPA	28	2 315
Lycées	32	30 423 Dont Post Bac : 5 489
Lycées Professionnels	24 (+3 Annexes)	12 176
EREA	2	259
TOTAL	161	99 732

Source DSDEN 33

Effectif des personnels de santé et sociaux de l'Education Nationale :

45 assistantes sociales interviennent dans le 2nd degré.

31 médecins } interviennent dans le 1er et 2nd degré.
170 infirmières. }

Actions mises en place en 2011 / 2012 :

En 2011 / 2012, de nouvelles actions ont été conduites confirmant ainsi l'implication de l'Education Nationale en matière de prévention et de protection de l'enfance :

- participation de l'Education Nationale aux ateliers de préparation du Schéma Départemental de prévention et de protection de l'enfance 2012 - 2016; au comité de pilotage, aux ateliers de concertation et de propositions. L'Éducation Nationale, à partir de ces différents travaux, a élaboré une fiche proposition sur le thème « Soutenir la scolarité, mieux repérer et accompagner les enfants en difficulté au sein de l'école dans le cadre d'un partenariat élargi ».

- intervention de l'Education Nationale lors des journées médico-juridico-sociales, sur le thème « Les violences sexuelles entre élèves ».

- élaboration d'un guide à destination de tous les personnels de l'Education Nationale « Violences sexuelles révélées en milieu scolaire : conduites à tenir au sein des écoles et des établissements scolaires ».

Suite à de nombreuses demandes de la part des professionnels de l'Éducation Nationale, l'engagement de réaliser ce guide a été pris à l'issue des journées médico-juridico-sociales organisées, sur le thème « Mineurs et violences sexuelles ».

- mise en place d'une organisation départementale à la: Direction des Services Départementaux de l'Education Nationale (DSDEN), sur le harcèlement à l'école pour répondre aux préconisations de la campagne nationale lancée le 24 janvier 2012 « Agir contre le harcèlement à l'école ».

Constitution d'un groupe pluridisciplinaire à la DSDEN chargé :

- du traitement des situations sensibles,
- du suivi des actions de prévention en direction des élèves et des actions de formation des personnels,
- interventions auprès des IEN, chefs d'établissement, coordonnateurs des Pôles Relais Insertion pour les sensibiliser à ce phénomène.

4. Le Centre de Recherche d'Information et de Consultation sur les droits de l'Enfant

Le CRIC, groupement d'avocats du Barreau de Bordeaux spécialisés dans la défense des mineurs, continue à percevoir un financement du Conseil général sur les crédits de la Direction de l'Enfance et de la Famille (DEF). Le CRIC organise des rencontres qui se déroulent principalement dans les collèges, y compris les collèges privés, dans les lycées et aussi les écoles primaires.

Il effectue des interventions d'information dans les établissements scolaires sur les thèmes choisis par les conseillers d'éducation, les professeurs ou les chefs d'Établissement, en application d'une convention signée en mai 2009 entre l'Inspecteur d'Académie et l'Ordre des Avocats (le CRIC n'ayant pas de personnalité juridique propre). Les thèmes les plus souvent abordés concernent les règles de l'autorité parentale, les droits et devoirs des mineurs et jeunes majeurs, les dangers d'internet, la Justice des mineurs et celles des majeurs, le droit au respect de la vie privée, le droit à l'image….

De janvier 2009 à juin 2010 ont été effectués 102 interventions, dont 61 pendant l'année scolaire 2009/2010 ; et 69 réalisés durant l'année scolaire 2010 /2011. Ces interventions peuvent être effectuées devant une, deux voire trois classes à la fois, des regroupements de classes réduisant les déplacements. Désormais seront comptabilisés, non plus le nombre d'interventions, mais le nombre d'élèves ayant participé à ces échanges. Ce nombre d'élèves est en augmentation.
Les avocats du CRIC ont tous suivi une formation initiale et une formation continue en droit des mineurs et ont deux missions :

- l'information des mineurs sur leurs droits et devoirs et les sujets qui les concernent ;
- la consultation, qui permet aux mineurs et jeunes majeurs de 21 ans d'être reçus gratuitement dans un délai court; il suffit à ces jeunes de prendre rendez vous soit à la Maison de l'Avocat soit à la Maison de Justice et du Droit de Lormont ou de Bordeaux (MJD). Les jeunes y sont reçus soit dans des cabinets, soit dans l'une ou l'autre des MJD.

Chaque semaine un avocat est de permanence pour ces consultations et lorsqu'un mineur ou jeune majeur est éloigné de Bordeaux, c'est l'avocat de permanence, qui se charge de contacter un confrère du CRIC ayant un cabinet proche du domicile du jeune (par exemple pour Lesparre, Langon, Arcachon…). En cas d'urgence, il peut être organisé des rendez vous téléphoniques. Le CRIC met tout en œuvre pour que chaque demande de rendez vous soit satisfaite.

Des consultations sont organisées également au Centre Abadie, dans le cadre de la consultation pluridisciplinaire. Les rendez vous sont pris par le secrétariat du Centre pour les jeunes, hospitalisés ou non, sur leur demande ou sur celle de leur thérapeute. Les consultations ont lieu le plus souvent au Centre Abadie ou au cabinet de l'avocat, si c'est plus pratique pour le jeune.
Outre ces consultations, les avocats du CRIC assistent régulièrement à des réunions avec les autres professionnels intervenant au sein de *la consultation polyvalente* (assistante sociale, psychologue, psychiatre infirmière, secrétaire, diététicien ...) dans le but de confronter chaque expérience.
Des consultations existent aussi à la Maison des Droits de l'Homme, au Château de Thouars à Talence.

Au niveau de l'activité, en 2010, 162 mineurs ou jeunes majeurs et en 2011 un peu moins soit 141 ont été accueillis.

5. La Protection Judiciaire de la Jeunesse Aquitaine (PJJ/ MILDT)

MILDT : Mission Interministérielle de Lutte Contre les Drogues et les Toxicomanies.

La PJJ porte l'ambition d'éduquer les mineurs qui ont commis des actes de délinquance mais aussi partage cette ambition d'éducation et d'insertion envers tous les mineurs de justice (au pénal et au civil) avec tous les partenaires de la Protection de l'enfance, au travers du rôle politique conféré à la PJJ et ses services par le décret du 9 juillet 2008.

La PJJ a organisé le 25 octobre 2012, une journée d'information et de formation auprès des professionnels du Territoire, sous la forme d'une intervention plénière et de tables rondes. L'objectif de cette séquence fut de

permettre aux professionnels de la PJJ et des institutions partenaires de différents champs (société civile, sociale, éducative, médicale) de développer leurs capacités et compétences collectives en matière de connaissance, et de compréhension des toxicomanies et des trafics de stupéfiants.

Un autre objectif est de favoriser les liens et les échanges en faveur d'une meilleure prise en compte de la santé des jeunes, de collecter des expériences menées, des outils développés. *In fine* il s'agit d'encourager les articulations entre les acteurs pour faciliter l'émergence de projets communs.

C. Le partage des ressources documentaires

Cette année, il est apparu pertinent de favoriser une démarche de partage de ressources diverses, en consignant dans ce rapport, les sites et ouvrages…, par contributeurs.

1 L'Association les Amis des Voyageurs de la Gironde (ADAV 33) :
www.fnasat.asso.fr
Site web en cours de réalisation.
Dossier Fédération FNASAT – Études Tsiganes.

2. L'Association de Défense de la Famille et de l'individu victimes de sectes (ADFI) :
www.adfi-Bordeaux.jimdo.com
www.unadfi.org,
www.miviludes.fr
http://www.info-sectes.org :
Guides, et rapports annuels sur le site miviludes.
Rapport parlementaire français n°2068.

3. L'Agence Régionale de Santé Aquitaine (ARS) :
wwww.ars.aquitaine.sante
Schéma Régional d'Organisation Médico-sociale 2012 -2016 consultable sur le site de l'ARS.

4. L'Association Laïque du PRADO :
Forum/ Psychasoc – institut européen psychanalyse et travail social.
Les ouvrages de Paul Fustier : « Les corridors du quotidien », éditions Dunod, 2008.
« Le lien d'accompagnement », Editions Dunod, 2005.
Laurent Ott, « Travailler avec les familles », Editions Eres, 2004.
Dequire et Jovelin, « La jeunesse en errance face aux dispositifs d'accompagnement », Presses de l'EHESP, 2009.
Jeammet P et Corcos M, « Evolution des problématiques à l'adolescence ». Editeur Doin 2010.
Versini D « Rapport de la Défenseuse des enfants, Adolescents en souffrance ». 2007.

5. L'Association Saint François XAVIER :
Association Internationale de Formation et de Recherche en Éducation Familiale : http://www.aifref.org.
Association Nationale des Maisons d'Enfants à Caractère Social : http://anmecs.fr.
Association Saint François Xavier Don Bosco : http://www.saintfrancoisxavier.fr/.

6. La Brigade Départementale de Protection de la Famille (BDPF):
internet-signalement.gouv.fr
Site du Ministère de l'Intérieur.

7. La Brigade de Protection Départementale la Jeunesse(BPDJ) :
Plaquette de présentation de la BPDJ.

8. Le Centre Psychanalytique de Consultation et de Traitement Aquitain (C.P.C.T.) :
Rapport d'activités consultables sur le site www.cpct-Bordeaux.fr/.

9. Le Comité d'Etude et d'Information sur la Drogue et les Addictions (C.E.I.D.) :

www.ofdt.fr Publications : « Les drogues à 17 ans : premiers résultats de l'enquête ESCAPAD 2011 » + autres études sur les niveaux d'usages chez les jeunes (collégiens, milieu festif, etc.).

www.federationaddiction.fr/ : site professionnel des services médico-sociaux spécialisés en addictologie (prévention, soins), y compris jeux, écrans, etc.

TREND 2010 usagers de drogues en Aquitaine (Evolutions, tendances récentes) Rapport Site Bordeaux, exemplaires envoyés gratuitement par simple commande au CEID (ceid@ceid.asso.fr).

www.daadd.fr : dispositif d'appui girondin sur les drogues et dépendances avec site lié de prévention des abus de substances chez les jeunes : www.leplanb.info.

Lieux-ressources : www.drogues-info-service.fr .

Sites institutionnels : MILDT (www.drogues.gouv.fr), ministère de la santé (www.sante.gouv.fr), ARS Aquitaine, INPES (www.inpes.sante.fr).

Et à partir de novembre 2012 : www.ceid-addiction.com.

Spilka S., Le Nezet O. ; « Premiers résultats du volet français de l'enquête european school survey project on alcohol and other drugs (ESPAD) », 2011, OFDT- pôle « enquêtes en population générale », Paris, 31 mai 2012.

Beck F., Guignard R., Richard J.B., Tovar M.L. et Spilka S., « Les niveaux d'usage des drogues en France en 2010.». Tendances n° 76, 2011.

Spilka S., Le Nezet O., Tovar M.L. ; Les drogues à 17 ans : premiers résultats de l'enquête ESCAPAD 2011, Onze ans de mesure des usages de drogues licites et illicites en population adolescente. Tendances n°79, 2012.

Spilka S., Le Nezet O., Beck F., Ehlinger V., Godeau E. « Alcool, tabac et cannabis durant les « années collège». Résultats du volet drogues, en France, de l'enquête Health Behaviour in School- Aged Children (HBSC) 2010. Tendances n° 80, 2012.

Delile JM, Gachie JP
Ecstasy et réduction des risques. La place du testing et des analyses de substances,
Alcoologie et addictologie 2002 ; 24(4) : 311-318.

Delile JM : Usages du cannabis : repérage et évaluation des facteurs de gravité Revue du Praticien 2005, 55 : 51-63.

Cassen M, Delile JM : Thérapies multifamiliales et addictions.

In Solange Cook - Darzens Editions. Thérapies multifamiliales, Editions Erès, 2007, 205-246.

Delile JM :

Les polyconsommations chez les adolescents. Spécificités de prise en charge (Audition publique HAS). Alcoologie et addictologie 2007 ; 29(4) : 423-433.

Prise en charge des polyconsommations chez les adolescents in Michel Boulanger Edition. Le cannabis dans tous ses états, L'Harmattan, 2008, 47-82.

Toxicomanies et suicides. Alcoologie et addictologie 2009 ; 31(1) : 57-62.

Delile JM, Couteron JP : Controverses et paradoxes dans la prévention de l'alcoolisation des jeunes,

Réunion de la SFA, Paris, 22 et 23 mars 2012 (en cours de publication).

10. Le Centre de Recherche d'Information et de Consultation sur les droits de l'Enfant (C.R.I.C) :
Création du site « CRIC » fin 2012.

11. Le Dispositif d'appui Aquitain drogues et dépendances (DaAdd) :
ARS Aquitaine, INPES (www.inpes.sante.fr).
www.daadd.fr www.leplanb.info.
www.daadd.fr.
Site internet qui propose :

- les ressources prévention et soins en Gironde,
- les données chiffrées en ligne des enquêtes et observations sur les addictions « FOCUS 33 », les niveaux de consommation des jeunes de 17 ans en Aquitaine (Juillet 2012). Données girondines réactualisables en décembre 2012,
- les dernières publications locales, nationales et internationales sur les addictions,
- des outils et guides de prévention,

- des informations actualisées sur les colloques, manifestations, initiatives dans le département,
- un répertoire des ressources locales en addictologie.

12. La Direction Départementale de la Cohésion Sociale (DCSS) :
direction@Gironde.gouv.fr

13. La Direction de l'Enfance et de la Famille (DEF/DGAS/CG33) :
http://www.Gironde.fr :
Schéma Départemental de Prévention et de Protection de l'Enfance 2012/2016,
Rapport annuel ODPE 2011.
Enfance en marge. Annuaire 33 (Association Marginalité et société).

14. La Direction Jeunesse Education et Citoyenneté (DJEC) :
http://www.Gironde.fr

15. Les foyers maternels :
Convention Internationale des Droits de l'Enfant du 20 novembre 1989.
Agence Nationale de l'Evaluation des Etablissements Sociaux et Médico-sociaux (ANAESM) :
Site de l'ANAESM :
- Recommandations sur la bientraitance,
- Recommandations sur le projet personnalisé,
- Recommandations sur les droits des usagers,

Guides, ouvrages :
- Encyclopédie de la Protection de l'enfance et de l'adolescence, WEKA édition 2008,
- le droit des usagers dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux, Lhuillier J.M. Ehesp 2005.

16. Le Groupement des Pédiatres et la Section Aquitaine de l'Association Française de Pédiatrie Ambulatoire (GPGSA/AFPA) :
www.pediatres-du-monde.org (missions ROM)
www.inpes.sante.fr.
www .reseau.sante.langage.org
repop-aquitaine.org
www.mpedia.org (ouverture fin 2013) site d'information des familles
www.sfpediatrie.com
www.tasexo.com (site information sexualité 13 18 ans)
www.filsantejeunes.com/
www.sante.gouv.fr/interventions-precoces.html
www.afpa.org

17. La Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) :
www.mdph33.fr/

18. La Protection judiciaire de la jeunesse (PJJ) :
http://www.justice.gouv.fr/
justice-des-mineurs-10042/
glossaire-11756.
Site du ministère de la justice (intranet PJJ).
Consultations en juridiction et services du ministère de la justice.

19. L'Union Départementale des Associations Familiales de la Gironde (UDAF) :
www.udaf33.fr (Le projet associatif en ligne).

Section 2 - Les dispositifs de prévention

De nombreux acteurs sont impliqués dans les dispositifs de prévention à l'œuvre, auprès des enfants, des adolescents et de leur famille. Ces dispositifs vont de la prévention primaire à la lisère des actions préventives à domicile de l'ASE. Ils recouvrent des domaines divers tels que social, l'éducatif, le médico-social, l'enseignement, le sanitaire, le culturel. Ils visent à susciter une dynamique favorable au développement de l'enfant, permettant de répondre à ses besoins fondamentaux et au respect de ses droits.

A. La Défenseure des Enfants

Il y a vingt ans, la France ratifiait de la Convention Internationale des Droits de l'Enfant adoptée par l'Organisation des Nations Unies en 1989, ratifiée par la France quelques mois plus tard.

La notion d'intérêt supérieur de l'enfant y a été consacrée et doit s'appliquer à tous les domaines de la vie de l'enfant : droit à la vie, à l'identité, à l'éducation, à la santé, droit de ne pas être séparé de ses parents, de ne pas être exploité, droit d'exprimer son opinion, d'être protégé contre les violences…

En 2000, afin de veiller au respect et à la mise en œuvre de ce texte, la France s'était dotée d'une autorité administrative indépendante, le Défenseur des enfants, chargé par la loi de défendre et de promouvoir ces droits. Cette institution ne disposait cependant que d'une panoplie juridique limitée et n'avait que la possibilité de proposer « toutes mesures de nature à remédier à cette situation ». En rejoignant l'institution du Défenseur des Droits en 2011, la défense des enfants a accompli un progrès considérable : les Droits de l'Enfant sont à hauteur des Droits de l'Homme, tout en préservant leur spécificité.

Aux pouvoirs de médiation antérieurement dévolus au Défenseur des enfants, le législateur a ajouté l'ensemble des prérogatives attribuées au Défenseur des droits. Dans le cadre de la nouvelle organisation, ce dernier traite l'ensemble des questions relatives aux enfants, sans qu'il y ait lieu de rechercher si une instruction, pour aboutir, requiert le concours d'une autre autorité. Il peut désormais mettre en œuvre de véritables pouvoirs d'investigation, le cas échéant par la voie de la mise en demeure et a la possibilité de convoquer des personnes mises en cause pour les entendre, ou de se transporter dans un lieu, public ou privé, afin de réaliser des vérifications sur place : c'est ce qui a été fait concernant la présence d'enfants dans les centres de rétention administrative.

De même peut-il exercer un véritable droit de suite en prononçant une mesure d'injonction à l'égard de la personne mise en cause, afin que celle-ci prenne, dans un délai déterminé, les mesures qu'il aura jugé nécessaire. Il pourra même saisir l'autorité disciplinaire pour lui demander d'engager des poursuites contre un agent fautif. Mieux encore, il pourra désormais assister les enfants victimes d'atteinte à leur droits, ou leur représentant, dans la constitution de leur dossier et les aider à identifier les procédures adaptées à leur cas, y compris lorsque celles-ci incluent une dimension internationale. Très concrètement, dans des situations critiques, le Défenseur des droits pourra présenter des observations, écrites ou orales, devant un juge civil, administratif ou pénal, soit de sa propre initiative, soit à la demande des parties ou même à l'invitation de la juridiction.

Les moyens juridiques à la disposition du Défenseur des Droits sont donc plus étendus.

Cependant, la vocation de l'institution est, avant tout, de réparer et d'humaniser les relations entre les citoyens et les pouvoirs publics et privés. C'est ce qui la conduit chaque fois que c'est possible de recourir à la médiation plutôt qu'à la sanction, préférant une culture de la responsabilité assumée et de la réparation de l'erreur à une démarche basée sur les notions de faute et de punition. La médiation, dès lors qu'elle est réussie, a en plus le mérite de permettre un règlement très rapide.

La protection des droits et des libertés par le Défenseur des Droits peut revêtir trois formes : le traitement des réclamations individuelles ; des actions de promotion des droits de l'enfant ; des propositions de réforme, dans les domaines relevant de sa compétence.

B. Les services de l'État

Différents services de l'Etat contribuent pas leurs missions, aux politiques de prévention, que ce soit l'ARS, la DDC ou la DSDEN 33.

1. L'Agence Régionale de Santé Aquitaine (ARS) :

L'Etat représenté par la DDCS coordonne en lien avec le Conseil général 33 la dynamique partenariale instaurée autour du projet de création de la Maison des Adolescents de la Gironde.[5] (Ville de Bordeaux, CAF, ARS etc.). La réflexion autour de ce projet s'est poursuivie en 2011 avec l'appui d'un prestataire extérieur (cabinet Réalités et Projets) auprès des trois porteurs du projet CHU-UDAF-association Rénovation.

2. La Direction Départementale de la Cohésion Sociale (DDCS)

Les deux principales attributions de la DDCS en matière d'enfance et de la jeunesse sont en relation avec la Protection de l'enfance et les accueils collectifs de mineurs et les pupilles de l'Etat[6].

Par ailleurs, la DDCS apporte des éléments relatifs à deux dossiers plus transversaux, la Maison Départementale des Adolescents[7] et le projet expérimental PRODOMO.

- ✓ **Les accueils collectifs des mineurs :**

Le Code de l'Action Sociale et des Familles confie au Préfet de département la protection des mineurs accueillis collectivement à l'occasion des vacances ou des loisirs, hors du domicile familial, en dehors des périodes scolaires.

Loin d'être de simples lieux de pratiques d'activités ou de garde des enfants, les accueils collectifs de mineurs sont de véritables entités éducatives qui permettent de rendre l'enfant et le jeune acteur de ses loisirs. C'est un temps d'éducation complémentaire de celui de l'école et de celui passé en famille. Vivre au quotidien avec d'autres enfants et des adultes contribue à développer son autonomie, sa socialisation, ses capacités d'adaptation.

La DDCS de la Gironde exerce un contrôle global sur l'ensemble des aspects des accueils et notamment :

- la sécurité des locaux et l'hygiène,
- la sécurité alimentaire,
- l'obligation d'assurance,
- les qualifications de l'équipe d'encadrement,
- le projet pédagogique.

- ✓ **Bilan des contrôles :**

En 2010, plus de 1.000 accueils collectifs sans hébergement (accueils périscolaires, accueils les mercredis et les vacances) et 1.200 accueils collectifs avec hébergement (séjours de vacances, séjours linguistiques, séjours sportifs, etc..) ont été déclarés. Les séjours de vacances qui se sont déroulés en Juillet et Août 2010 représentent environ 30.000 enfants accueillis. Il convient de noter également le rassemblement national de plus de 8.000 scouts à Cussac-Fort-Médoc, qui s'est déroulé au mois de Juillet 2010. La DDCS a effectué 110 contrôles d'accueils de loisirs sans hébergement et 125 contrôles d'accueils de loisirs avec hébergement. Ces contrôles concernent notamment le projet pédagogique, les qualifications de l'équipe d'encadrement, la sécurité des locaux et l'hygiène, la sécurité alimentaire.

En 2011, 190 centres ont été contrôlés, pour l'essentiel des séjours de vacances et de scoutisme. Quelques séjours en famille ont aussi été visités.

Les principaux problèmes rencontrés ont été :

- pour un organisme, l'inadéquation entre le projet (public difficile accueilli) et les moyens mis en œuvre, notamment au niveau de l'encadrement ;
- une trop grande affluence sur deux sites de Vendays-Montalivet : les exploitants seront rencontrés afin de limiter le nombre de camps sous tente sur leur site ;

[5] *Infra* MDA 33 page 198

[6] *Infra* page 144

- un cas pouvant entrainer la suspension d'un animateur a été transmis à la DDCS des Yvelines (cas d'une trop grande « proximité » avec une jeune fille) ;
- un directeur fait aussi l'objet d'une enquête administrative pour son comportement,
- d'autres nous ont été transmis par des différents départements pour des personnes résidant en Gironde.

Le projet « PRODOMO » : ce projet fait suite à un appel d'offres national. Le Comité d'Etude et d'Information sur la Drogue et les addictions (CEID), qui travaille auprès des jeunes errants, réfléchissait depuis longtemps à un lieu d'hébergement qui répondrait à de nouveaux critères d'insertion. En effet à Bordeaux, 300 jeunes gens sont repérés, sans domicile fixe, avec ou sans chien. Parmi eux, 200 sont suivis par le CEID, de façon régulière, la mission du CEID consistant à conduire ces jeunes en forte rupture sociale vers une réinsertion cohérente.

PRODOMO sera un dispositif d'accès au logement durable de jeunes en errance à Bordeaux, dans le cadre d'un accompagnement médico-social global.

Ce projet concerne l'accueil en structure d'hébergement, adapté à la population des jeunes en errance, dans une démarche d'accompagnement social global et gradué (pour 10 places).

L'objectif de la prise en charge sera d'introduire une modification notoire dans la trajectoire d'errance des jeunes suivis visant à :
- la sortie de la rue et de l'univers des squats,
- l'insertion dans une logique de logement durable et de réinsertion sociale.

Un accompagnement social global sera effectué par une équipe de travailleurs sociaux.

Tous les acteurs concernés : bénéficiaires, professionnels, résidents du quartier, acteurs institutionnels seront impliqués dans une approche d'accompagnement social global.

Cette approche respectera les avancées des jeunes dans leurs parcours, en sublimant leurs capacités et possibilités d'autonomisation nécessaires à leur inscription dans un logement durable.

Cet accompagnement sera forcément inclus dans l'espace commun repéré, dans les zones d'errance, car il prendra en compte le mode de vie du public concerné.

La structure accueillera dix jeunes. L'accueil proposé sera collectif et mixte, avec l'acceptation des animaux familiers dans la structure.

Le séjour durera entre trois et six mois, selon le temps que chacun mettra à trouver des solutions de réinsertion sociale.

3. La Direction des Services Départementaux de l'Education Nationale (DSDEN 33)

En 2010 / 2011 et 2011 / 2012, l'Éducation Nationale s'est attachée à poursuivre son implication dans la mise en œuvre d'actions de Prévention et de Protection de l'Enfance tant au niveau départemental qu'au niveau des écoles et des établissements.

✓ Le Service Social en faveur des élèves et le Service de Promotion de la Santé

Si au sein des écoles et des établissements, différents professionnels travaillent en équipe pour repérer et évaluer les situations d'enfants en danger ou en risque de l'être, les assistantes sociales, les médecins et les infirmières ont des missions spécifiques au regard de la Protection de l'enfance précisées dans leurs circulaires de missions.

Actions de prévention et de protection de l'enfance du Service Social en faveur des élèves :

Tableau 18

	Tous motifs	Prévention des ruptures scolaires	Prévention et Protection de l'enfance	Mal être des adolescents	Troubles du comportement
Élèves rencontrés	5 649 3 888 collégiens 1 761 lycéens	1 412 938 collégiens 474 lycéens	1 182 917 collégiens 265 lycéens	1 835 1 378 collégiens 457 lycéens	1 695 1 355 collégiens 340 lycéens
Familles rencontrées	2 701 2 190 de collégiens 511 de lycéens	873 647 de collégiens 226 de lycéens	674 530 de collégiens 144 de lycéens		
Visites à domicile		373 281 collégiens 92 lycéens	216 188 collégiens 28 lycéens		

Source : DSDEN 33

Le suivi social des élèves

5 649 élèves reçus ont donné lieu à 12 243 entretiens. Les situations sont de plus en plus complexes et dégradées (dissociations familiales avec des conséquences très lourdes pour l'équilibre des jeunes).

Prévention et Protection de l'enfance ; le nombre d'informations préoccupantes est passé de 105 en 2009 / 2010 à 159 en 2010 / 2011, soit une augmentation de 51 %. Le nombre de signalements est passé de 81 en 2009 / 2010 à 39 en 2010 / 2011, soit une baisse de 50 % Cette baisse correspond à l'esprit de la loi du 5 mars 2007 réformant la Protection de l'enfance qui précise que la saisine de l'autorité judiciaire doit rester subsidiaire. Le Service Social en faveur des élèves est le premier transmetteur d'informations préoccupantes et de signalements au sein de l'Éducation Nationale.

Prévention des ruptures scolaires :

La problématique du décrochage scolaire se retrouve majoritairement au niveau des collèges : 66% des élèves rencontrés pour des problèmes de décrochage sont des collégiens. On note 32% d'augmentation des situations par rapport à 2008 / 2009.

Les assistantes sociales participent à toutes les cellules de veille organisées au sein des établissements, ce qui leur permet de mettre en place un travail partenarial interne et externe.

Les visites à domicile constituent également un outil indispensable dans la prévention des ruptures scolaires. Les assistantes sociales scolaires sont les seuls personnels à avoir la possibilité de se rendre au domicile familial.

Le service social scolaire contribue également au traitement des situations de décrochage en participant aux instances départementales d'affectation des élèves en dispositifs relais, internats d'excellence et établissement de réinsertion scolaire (ERS).

Quelques constats liés à la problématique des ruptures scolaires

- les élèves issus de familles monoparentales et de professions et catégories socioprofessionnelles défavorisées sont davantage concernés.
- les situations d'absentéisme ou de décrochage sont plus fréquentes dans le cas de conflits familiaux, de séparations parentales difficiles. Ce type de situation nécessite la mise en place d'actions de médiation. Ces actions s'élèvent à 1 044 actions pour l'année 2010 / 2011.
- l'assistante sociale scolaire se situe à l'interface entre l'école, la famille, le jeune et les partenaires extérieurs.

Difficultés personnelles et sociales :

Les bilans des assistantes sociales font ressortir l'augmentation des jeunes rencontrés pour des problèmes liés à la souffrance psychique. Le nombre d'élèves suivis pour troubles du comportement a augmenté de 23%. Ces troubles sont de plus en plus des manifestations de violence envers les autres élèves (verbale, harcèlement sur facebook…). Le nombre d'élèves suivis pour mal être, a augmenté de 25%. Les motifs sont variés : absence de repères, contexte familial violent, démotivation scolaire… Le nombre d'élèves reçus pour des problèmes matériels ou administratifs a augmenté de 11%. La précarité augmente en milieu rural comme en milieu urbain. Les familles ont des difficultés pour inscrire leurs enfants à la ½ pension ou dans les voyages scolaires.

L'aide à la parentalité *:*

- les entretiens en vue d'une médiation familiale ou institutionnelle ne cessent d'augmenter. Le nombre de familles rencontrées s'élève à 2 701 avec un fort pourcentage en collège : 80%.
- les familles de la quasi-totalité des collégiens ont été rencontrées : 2 152 familles rencontrées, pour 2 190 collégiens suivis.

En lycées et lycées professionnels, les familles sont moins souvent rencontrées : en moyenne, les assistantes sociales ont rencontré les familles dans 30% des situations.
En EREA, sur 51 élèves suivis, 38 familles ont été rencontrées.

Le travail avec les familles est bien différent selon qu'il s'agisse de collégiens ou de lycéens. En effet, dans la plupart des situations, les collégiens sont souvent orientés par un adulte de la communauté scolaire.

La prise en charge des jeunes adolescents ne peut se faire sans la collaboration des parents. Par contre, les lycéens sont davantage acteurs dans la recherche de solutions à leurs difficultés.

Les assistantes sociales scolaires interviennent souvent dans des moments de crise familiale, voire de rupture familiale. Pour le jeune, il est alors très important d'avoir un interlocuteur qui lui permettra d'exprimer ses angoisses car il peut être pris dans un conflit de loyauté entre ses deux parents.

- ✓ **Le Service médical de la DSDEN 33**

Le service médical des élèves de la DSDEN 33 est composé d'un médecin conseillé technique du DASEN, responsable du service, de 30 médecins (24 ETP[8]) et de 17 secrétaires. Les médecins concourent à la Protection de l'enfance dans le cadre de leurs missions. Ils portent une attention particulière, lors des visites médicales, à la prévention et au repérage des enfants/adolescents en risque de danger ou en danger.

Ils réalisent des bilans de santé des élèves dont l'objectif est de dépister des troubles de la santé et d'orienter les parents vers une prise en charge et un suivi adaptés aux difficultés présentés. S'agissant d'un bilan de santé réalisé auprès des adolescents, l'adhésion du jeune à l'examen et à la prise en charge est toujours recherchée.

Bilan de santé des enfants dans leur sixième année (Art. L541-1 du Code de l'Education et art. L2325-1 du Code de la Santé Publique).

En Gironde**,** 6672 élèves ont bénéficié d'un bilan médical approfondi en 2010-11, soit un taux de couverture de 39,78%.
La diminution du nombre de médecins dans le service, du fait des difficultés rencontrées depuis quelques années pour recruter (manque de candidats), les amène à cibler les enfants qui seront vus en visite médicale à partir des repérages effectués par les enseignants, les médecins de PMI, les infirmières de l'Education Nationale et/ou les parents.

Ces ciblages effectués à partir des signes d'appel permettent de ne pas restreindre l'action du service médical, à une partie du département et de rencontrer en bilan approfondi tous les élèves de GS à besoins particuliers.

Les médecins réalisent un bilan : sensoriel (vision et audition), somatique, du développement psychomoteur et psychoaffectif, du langage oral, et de l'adaptation scolaire. Ils attachent une grande attention à l'environnement familial. Parmi les enfants examinés en 2010-11, le pourcentage d'élèves pour lesquels un trouble a été dépisté est le suivant :

- troubles psychopathologiques : 3.44%,
- troubles du langage : 6.29%,
- troubles de l'audition : 7.12%,
- troubles de la vue : 9.64%,
- surpoids/obésité 3.1%.

Aide à la scolarisation des enfants malades :

1. - Les élèves malades et contraints à rester à domicile, pour une durée supérieur à 15 jours, du fait de leur maladie bénéficient d'une assistance pédagogique à domicile. Le médecin de l'Education Nationale contacté par les parents, fait le lien avec le médecin de l'enfant afin de déclencher le dispositif.

2. - Accueil à l'École des enfants atteints des maladies chroniques. Afin de faciliter la poursuite des soins et la gestion de l'urgence médicale pendant le temps scolaire, le médecin conseille les personnels de direction dans l'élaboration des Projets d'Accueil Individualisés (PAI). Ces PAI signés par les parents de l'enfant, l'institution scolaire, la commune (si prise en charge périscolaire), les professionnels de santé de l'Education Nationale et

[8] Equivalent Temps Plein

rédigés à la demande des parents ont pour but d'accueillir l'enfant malade dans le respect des protocoles de soins et d'aménager le cadre scolaire et la pédagogie à ses besoins de santé.

En 2010-11, 6278 Projets d'Accueil Individualisés ont été élaborés. Ils concernaient principalement des élèves du premier degré :

Des examens médicaux à la demande :
Le médecin de l'Education Nationale peut être sollicité par l'équipe éducative, les familles ou les élèves eux-mêmes pour un conseil, une évaluation ou un avis médical. Suite à cette sollicitation, le médecin rencontre l'élève et met en place les mesures de prise en charge nécessaires.
En 2010-2011, les médecins du service sont intervenus à 12 757 occasions pour rencontrer un total de 10 175 élèves. Les sollicitations d'intervention du médecin concernent particulièrement :

- La souffrance psychique et/ou trouble du comportement : 1096 élèves ont été rencontrés.

Tableau 19 : Intervention du médecin /souffrances psychiques /Source service médical des élèves de la DSDEN 33, 2010- 2011

Niveau scolaire	Nombre d'élèves
Maternelle	111
Élémentaire	303
Collège	476
LGT	133
LP	67
EREA	6
Total	**1 096**

- Les difficultés scolaires massives : 1355 élèves ont été rencontrés.

Tableau 20 : nombre d'intervention du médecin difficultés scolaires massives Source service médical des élèves de la DSDEN 33, 2010- 2011

Maternelle	**114**
Elémentaire	579
Collège	531
LGT	66
LP	62
EREA	3
Total	**1 355**

Les diagnostics tardifs de certaines pathologies et plus particulièrement des pathologies psychiques voire psychiatriques ont comme conséquence un retard dans la prise en charge médicale ce qui entraîne, la plus part du temps, une aggravation des symptômes et dans certains cas l'apparition de troubles plus graves.

La mission de dépistage et d'adressage vers les soins est fondamentale. Or les médecins se heurtent dans les secteurs ruraux, à des listes d'attente trop importantes pour accéder à une première consultation. Ils sont confrontés, dans certains secteurs géographiques, au manque de pédopsychiatres et de professionnels de la santé psychique des enfants/adolescents ce qui retarde le diagnostic et la prise en charge.

La création d'une (des) équipe(s) mobile(s) faciliterait le recours aux soins du fait de la proximité, de son accessibilité et permettrait ainsi une continuité des soins.

- ✓ **L'activité des infirmières scolaires de la Gironde année scolaire 2010/2011**

Effectifs départementaux :

- 168 infirmières (dont 14 stagiaires issues du concours cette année) interviennent sur le département de la Gironde auprès d'élèves scolarisés de la maternelle au post baccalauréat soit 150 Equivalents Temps Plein.
- 34 infirmières contractuelles ont été recrutées tout au long de l'année scolaire 2010/2011 (postes non couverts, moyens provisoires sur rupture de temps partiels, arrêt maladie supérieur à 1mois…).

Les missions des infirmières scolaires :

Les infirmières scolaires interviennent notamment auprès d'adolescents en danger (victimes de maltraitance ou de violences sexuelles) dans le cadre du protocole départemental. Les infirmières rédigent de plus en plus d'écrits : informations préoccupantes ou signalements.

Elles participent à la mise en place des dispositifs adaptés en cas d'événements graves survenant dans la communauté scolaire (assistance aux victimes - collaboration à la mise en place de cellule d'écoute ou de crise).

Elles agissent en cas de maladies transmissibles survenues en milieu scolaire (collaboration à la mise en place des mesures prophylactiques - information des parents et des enseignants).

Elles suivent les élèves signalés par l'équipe éducative (absentéisme, sanctions disciplinaires, troubles du comportement, retard scolaire…), en étroite collaboration avec les familles et les services médicaux et sociaux si nécessaire.

Elles contribuent à l'intégration scolaire des enfants et adolescents atteints de handicap avec l'ensemble de l'équipe éducative et en liaison avec les partenaires extérieurs (analyse des besoins - participation à la mise en œuvre des soins, à l'apprentissage des gestes de la vie quotidienne - aide technique : participation au projet d'intégration et aux travaux du groupe Handiscol).

Elles aident à la scolarisation des enfants et adolescents atteints de trouble de la santé évoluant sur une longue période (dans le cadre du Projet d'Accueil Individualisé).

Une forte augmentation de 35% par rapport à l'an passé, du nombre d'interventions réalisées par l'infirmière dans le cadre des PAI dans le second degré doit être notée.

Les autres indicateurs sont stables.

Tableau 21 : Activité des infirmier(e)s année 2010/2011:

Activité infirmier(e)s	**1° degré**	**2° degré**
Nombre d'interventions réalisées dans le cadre d'un PAI	29	8705
Nombre d'Informations préoccupantes au CG	2	24
Nombre de signalements au Procureur	0	6
Nombre de suivis d'élèves handicapés		461
Nombre d'élèves pour lesquels l'absentéisme a nécessité un accompagnement		861
Participation aux Comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC)		126
Nombre de prévention et secours civiques 1 (PSC1) délivrés par organismes. extérieurs (Croix Rouge, Pompiers)		588

Source bilan 2010/2011 infirmières scolaires de la Gironde

Tableau 22 : Statistiques par thèmes spécifiques *Suicide, Contraception d'urgence.*

Nombre		**Ecole**	**Collège**	**LEGT**	**LP**	**EREA**	**Total**
Tentatives de suicide	G	0	8	10	3	0	21
	F	0	37	34	8	5	84
Total		0	45	44	11	5	105
Suicide	F	0	0	0	1	0	1
	G	0	1	0	0	0	1
Total		0	1	0	1	0	2

Source bilan 2010/2011 infirmières scolaires de la Gironde.

Cette année, le nombre de tentative de suicide connu des infirmières scolaires a baissé de 10%.

Après trois années consécutives de hausse dans la demande de la contraception d'urgence, une baisse significative apparait cette année de -18%.
Les infirmières ont délivré la contraception d'urgence à 72% des élèves qui en ont fait la demande.

Tableau 23 : L'activité des infirmières scolaires de la Gironde

Nombre	Ecole	Collège	LEGT	LP	EREA	Total
Grossesses	0	6	12	20	3	41
Interruptions Volontaires de Grossesse	0	14	44	27	1	86

Source bilan 2010/2011 infirmières scolaires de la Gironde.

Le nombre de grossesse est stable par rapport à l'an dernier. Le nombre d'interruption volontaire de grossesse (IVG) baisse de 27%.

✓ **Classes et dispositifs de l'Education Nationale pour les élèves à besoin spécifique**

La loi d'orientation du 23 avril 2005 porte 2 ambitions :

- Mettre en place les conditions pour la réussite de tous les élèves par un suivi des élèves tout au long de leur scolarité.

- Ne laisser personne au bord du chemin en répondant aux élèves en difficulté.

Pour répondre à ces deux ambitions, des classes et dispositifs spécifiques ont été mises en place pour apporter une réponse adaptée aux besoins et aux difficultés éventuelles de chaque élève que ce soit à l'école primaire, au collège ou au lycée. Le tableau présenté ci-dessous apporte des informations sur le public concerné.

Le public concerné/ Source DDSEN 33

Tableau 24

CLASSES ou DISPOSITIFS	PUBLIC	CONDITIONS D'ADMISSION	DONNÉES QUANTITATIVES
Handicap			
PPS (Projet Personnalisé de Scolarisation)	Elèves en situation de handicap bénéficiant d'un accompagnement (Auxiliaire de Vie Scolaire, matériel pédagogique, SESSAD…)	- Dossier MDPH - Décision de la CDA	2 380 élèves dans le 1er degré 1 214 élèves dans le 2nd degré
ESS (Equipe de Suivi de Scolarisation)	Enseignant référent, famille, enseignants, personnels médicaux et sociaux	Doit se réunir au moins une fois par an	24 enseignants référents
1er degré			
CLIS (Classe d'Inclusion Scolaire)	Elèves en situation de handicap scolarisés dans le cadre d'un PPS	- Dossier MDPH - Décision d'orientation par la CDA (Commission des Droits et de l'Autonomie)	84 CLIS pour 890 élèves
2nd degré			
ULIS (Unité Locale d'Inclusion Scolaire)	Elèves en situation de handicap scolarisés dans le cadre d'un PPS	- Dossier MDPH - Décision d'orientation par la CDA	33 ULIS pour 336 élèves
Adaptation			
1er degré			
RASED (Réseau d'Aide Spécialisé aux Élèves en Difficulté)	Elèves rencontrant des difficultés préjudiciables à leur parcours scolaire		Enseignants spécialisés regroupés en RASED
2nd degré			
SEGPA (Section Locale d'Enseignement Adapté)	Elèves présentant des difficultés scolaires graves et durables, ne maîtrisant pas toutes les compétences, connaissances et apprentissages fondamentaux. Lacunes importantes à l'issue du cycle des approfondissements.	- Avis de la Commission Départementale d'Orientation (CDO). - Décision de l'Inspecteur d'Académie après accord des détenteurs de l'autorité parentale CDA peut orienter aussi	28 SEGPA pour 2 315 élèves
EREA (Etablissement Régional d'Enseignement Adapté)	Idem sauf qu'il y a possibilité d'internat pour raisons sociales.	CDA et CDO pour l'orientation	2 EREA pour 259 élèves : - 1 pour déficients intellectuels - 1 pour handicapés moteurs

CLASSES ou DISPOSITIFS	PUBLIC	CONDITIONS D'ADMISSION	OBSERVATIONS
Réussite scolaire			
RRS (Réseau de Réussite Scolaire)	Collèges classés en réseau prioritaire et écoles primaires et élémentaires qui y sont rattachés.	Éducation Prioritaire	19 RRS : dont 19 collèges 1 lycée 1 LP
ECLAIR (programme des Écoles, Collèges et Lycées pour l'Ambition, l'Innovation et la Réussite)	Etablissements labellisés Ambition, Réussite. Innovations pédagogiques, vie scolaire, ressources humaines.	Éducation Prioritaire	3 établissements dont : 2 collèges 1 LP à Lormont
PPRE (Programme Personnalisé de Réussite Éducative)	Elèves ne maîtrisant pas les connaissances et compétences du socle commun	Proposés par le chef d'établissement au responsable légal et à l'élève	
Accompagnement éducatif	Elèves de collège	Volontariat	Aide aux devoirs pratique sportive, activités culturelles artistiques et scientifiques
Internats d'excellence	Elèves qui ne disposent pas d'un cadre favorable pour réussir	Avis de l'assistante sociale.	54 places à l'internat d'excellence de Latresne 45 places labellisées « Internat d'excellence » dans 5 lycées et 1 collège
ERS (Établissements de Réinsertion Scolaire)	Collégiens perturbateurs ne relevant pas d'une prise en charge thérapeutique ni d'un placement dans le cadre pénal, ayant fait l'objet de multiples exclusions.	Commission partenariale Avis de l'assistante sociale	1 ERS dans les Pyrénées Atlantiques
Décrochage scolaire			
Classe relais et Ateliers relais	Elèves entrés dans un processus de rejet de l'institution scolaire et des apprentissages	- Démarche de la communauté éducative et des parents. - Commission départementale, décision de l'IA	1 classe relais à Cenon 2 ateliers relais : 1 à Bordeaux 1 à Libourne
Insertion			
PRI (Pôle Relais Insertion)	Elèves âgés de 16 à 18 ans, sortis prématurément et sans qualification du système scolaire. Alternance scolarité / entreprise sur la base du volontariat.	Dossier à constituer auprès de l'Inspection Académique. Avis du conseiller d'orientation psychologue	22 PRI pour une capacité d'accueil de 500 élèves : 5 en collège 17 en LP, LGT, dont 2 pour les primo arrivants
Élèves à besoin éducatif particulier			
Les enfants des gens du voyage	Elèves du 1er 2nd degré	Objectifs : Améliorer les inscriptions en maternelle et les passages au collège Favoriser l'assiduité scolaire Privilégier la maîtrise de la langue écrite	1 780 en 1er degré 284 au collège 116 en SEGPA 240 au CNED 300 fréquentent les 2 bus école du département

Source DDSEN 33

C. Les services du département

Les directions du département, tout particulièrement chargées, de mettre en œuvre les politiques de prévention, auprès des enfants, des jeunes et de leur famille, sont :
- la Direction des Actions Territorialisées et du Développement Social (DATDS) et la Direction des Actions de Santé (DAS), toutes deux, sous la Direction Générale Adjointe chargée de la Solidarité (DGAS),
- Direction Jeunesse Education Citoyenneté (DJEC), sous la Direction Générale Adjointe chargée de la Jeunesse, de l'éducation du sport et de la vie associative (DGAJ).

1. La Direction des Actions Territorialisées et du Développement Social (DATDS)

Les Maisons Départementales de la Solidarité et de l'Insertion(MDSI) sont des services publics de proximité, qui mettent en œuvre les politiques d'action sociale, sous l'égide de la DATDS notamment dans le cadre de la prévention et de la protection de l'enfance.

✓ **Les chiffres de l'activité MDSI en 2010 – 2011 :**

Tableau 25 : Activité des MDSI

	2010		2011	
Entretiens Prévention et Protection de l'enfance dans le cadre des accompagnements sociaux des AS	41 424		40 636	
Entretiens psychologues	1 771		NR	
Informations préoccupantes	1 599 Pour 2078 enfants		1 542 Pour 1951 enfants	
Aides financières	9 474		12 682	
Mise en place de mesures d'aides à domicile	flux	stock	flux	stock
Mise en place TISF	952	295	1040	326
Mesures AEJM	236	63	202	50
Mesures AESF	33	33	119	93
Accueil de jour (AP)	357	110	381	134

Source Iodas, tableaux de bord internes DATDS/DGAS

En ce qui concerne les mesures AED, se référer aux données de la Direction Enfance et Famille. [9]

✓ **L'offre des équipes du service social et éducatif des MDSI:**

➢ Une offre d'accompagnement social, orientée sur des problématiques intrafamiliales, telles que :

- les problèmes éducatifs et soutien aux parents,
- les difficultés liées à la prise en charge des ascendants,
- les conflits familiaux et violences conjugales.

➢ Une fonction de médiation, notamment auprès de grands adolescents et des jeunes majeurs, en conflit avec leur famille, sous la forme d'un accueil éducatif de prévention (AEP) pour les parents, adolescents et jeunes enfants souhaitant rencontrer ponctuellement un éducateur sur des problématiques intrafamiliales.

➢ Une préparation et la mise en œuvre des mesures d'Aide Sociale à l'Enfance : Aides Educatives à Domicile (AED), TISF, AESF, *etc.*

➢ Une évaluation et un soutien éducatif aux familles, dans le cadre de l'Enfance en danger ou en risque de l'être.

Ces interventions sont assurées par les assistants sociaux (pôle accueil et accompagnement), les référents prévention et les psychologues de prévention.

[9] *Infra* page 111

✓ **Les autres offres de service de la DATDS :**

- la mise en place progressive d'un Accueil Éducatif de Prévention (AEP**)** depuis 2010.

Il s'agit d'un espace d'accueil, d'écoute, d'expression, d'échange, de conseil, d'orientation pour des parents ayant des problèmes éducatifs avec leurs enfants, notamment autour des questions de l'adolescence et de la petite enfance. L'Accueil Éducatif de prévention s'adresse aussi à des adolescents, jeunes majeurs ayant besoin d'une écoute spécifique par rapport à des problèmes intrafamiliaux.

Son objectif est 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.… Les familles (parents ou adolescents), sont directement reçues par les éducateurs des MDSI ou orientées par les assistants sociaux, les écoles.

Les atouts de ce dispositif sont la réactivité, et la souplesse d'intervention qui permettent d'adapter au mieux les réponses aux problématiques.

En 2010, le service comptabilise 125 AEP réalisée par 9 MDSI.

Depuis Janvier 2011, un tableau de bord est mis en place permettant de mieux cerner l'activité.

Cet outil « Accueil Éducatif de Prévention » reste encore à développer 15 MDSI ont mis en place cette offre de service sur l'année 2011.

Tableau 26 : Activité AEP de15 MDSI en 2011 :

2011	Nombre AEP	Entretiens	Familles non connues	Sans suite	Accompagnement social	AED	ETB	Soins	Médiation familiale	Signalements
15 MDSI	**208**	**549**	**100**	**20**	**53**	**45**	**11**	**25**	**3**	**13**

Source : DATDS

✓ **Les actions collectives :**

Depuis plusieurs années, les MDSI développent des actions collectives diversifiées en complémentarité à l'accompagnement individuel qui permettent d'établir des relations professionnelles différentes avec les familles (adultes et enfants), de créer du lien social et de développer de nouvelles ressources.

Les actions collectives sont nombreuses et variées, les plus notables concernent :

- Les séjours éducatifs au domaine départemental Gérard Lagors à Hostens.

Chaque année 3 séjours éducatifs de 5 jours chacun sont organisés en juillet au domaine départemental d'Hostens encadrés par 18 travailleurs sociaux de plusieurs MDSI et 3 responsables de circonscription comme référent institutionnel.

Ces séjours s'adressent chaque année à 60 enfants de 7 à 14 ans qui ne sont jamais partis en vacances pour différentes raisons : précarité, problématiques de séparation, isolement, etc.

Ils s'effectuent en étroite collaboration avec le domaine départemental d'Hostens et les travailleurs sociaux chargés de l'accompagnement social et éducatif des familles dans les MDSI.

Cette action menée depuis plusieurs années fait l'objet d'une évaluation positive tant au niveau de la qualité des séjours que de l'impact sur les enfants et leurs familles.

- Les Parcours de Découvertes Culturelles (PDC) :

Débutée en 2006 par une phase expérimentale, cette démarche, liant le social et la culture, concerne en 2010 et 2011, 12 MDSI, soit 48 travailleurs sociaux et 430 usagers : adultes et enfants, leurs partenaires sociaux (centres sociaux, associations d'insertion, club de prévention spécialisée, CCAS, Communautés de communes (CDC), etc.), et leurs partenaires culturels (scènes culturelles), guidés d'un artiste « fil rouge » chargé de l'accompagnement des parcours.

Cette action PDC permet un accès à la culture pour une population qui en est très éloignée. Elle permet aussi de prendre appui sur des supports culturels pour travailler les projets de vie des personnes (insertion, relations intra familiales), la découverte de leur environnement, tout en privilégiant l'autonomie et la participation.

Cette action a fait l'objet en 2011 d'une candidature dans le cadre du programme européen : partenariat éducatif- Grundtvig, sur la thématique « Social, Arts et Culture, des Parcours de Découvertes Culturelles en Europe ».

Le programme a débuté en Septembre 2011 pour 2 années avec 4 pays : Angleterre, Belgique, Croatie, Italie ; pays dans lesquels seront organisés des séminaires d'échanges d'expériences.

Ces actions tournées vers la culture produisent des effets au sein des familles et dans le cadre des pratiques professionnelles des travailleurs sociaux les accompagnants qui seront évalués courant 2012.

- Les ateliers créatifs et éducatifs, sorties familiales, jardins collectifs.

Ces actions collectives sont un appui indispensable au travail de prévention dans le cadre de la Protection de l'enfance.

2. La Direction des Actions de Santé/ Service de Protection Maternelle et Infantile (DAS/PMI) [10]

✓ **Les orientations de travail de la Protection maternelle et infantile (PMI) :**

- Le déploiement des permanences de puéricultrices, dans les espace santé/PMI au sein des MDSI, observé ces dernières années, stagne désormais voire régresse légèrement ; Ce qui traduit, devant la charge de travail grandissante (augmentation pérenne des naissances…) la volonté des professionnelles de préserver leurs capacités de répondre en visite à domicile conformément au Code de Santé Publique. Dans ce même contexte de charge de travail croissante, dans les activités en direction des 0 à 6 ans, l'activité de suivi puéricultrice sans suivi médical systématique, augmente.

- La mise en place au 2ème trimestre 2012 (après travail pluri directions : Direction Enfance et Familles, Direction des Actions Territorialisées et de Développement Social, Direction des Actions de Santé, Centre d'Accueil d'Information et d'Orientation (CAIO) d'une consultation pour des mères sans domicile stable sur la CUB (familles en errance, familles en grande précarité, familles déboutées du droit d'asile) et prises en charge par le CAIO afin de garantir la continuité d'accompagnement santé (espace d'accueil PMI du cours Alsace Lorraine).

✓ **Les enfants porteurs de handicap ou de maladie chronique et leur famille :**

➢ 3ème année de vie de la cellule ressource handicap/PMI .Cette cellule est chargée de l'accompagnement des familles en milieu ordinaire, en particulier pour trouver un mode d'accueil compatible avec leur besoin et l'état de santé de leur enfant et aussi d'aider les structures à accueillir un enfant porteur de handicap ou de maladie chronique. Cette cellule ressource est structurée en partenariat avec la CAF et la MSA dans le cadre du Schéma Départemental de l'Accueil du Jeune Enfant.

➢ Edition d'un annuaire ressource pour les professionnels en 2012.

➢ Déploiement de nouvelles antennes du Centre d'Action Médico-sociale Précoce polyvalent, créées en lien avec les services de l'ARS ; 2 sites délocalisés désormais : Castelnau du Médoc et Marcheprime, plus Libourne à venir.

- Suivi médical des enfants confiés chez les assistants familiaux : réécriture du protocole d'intervention afin d'améliorer cette prise en charge et d'harmoniser les pratiques. Ce protocole a été élaboré en lien avec la DEF et mis en place en 2012.

✓ **L'agrément des assistants familiaux :**

➢ Suivi et vigilance sur l'effectif des assistants familiaux (baisse du nombre de nouvelles demandes, pyramide des âges défavorable).

➢ Le service de PMI, qui a en charge l'agrément, travaille en lien avec la DEF et la DATDS à améliorer l'information sur ce métier très particulier.

➢ Mise en œuvre d'une Consultation d'Orientation, de Conseil (COCA) à Bordeaux.

[10] A noter le particularisme DAS – PMI : la saisie des données d'activité étant externalisée, l'exploitation et la validation des analyses statistiques pour l'activité 2011 ne sont pas finalisées ; les chiffres fournis sont donc ceux de 2010.
Le fonctionnement de la direction ces dernières années, n'a jamais fait apparaître des évolutions brutales rendant erronées les interprétations de tendance faites sur les chiffres jusqu'à l'année N-2.

Le service de PMI par l'intermédiaire du médecin de PMI référent membre du Conseil de famille et participant à la commission d'agrément des familles adoptantes, a initié la création d'une Consultation d'Orientation, de Conseil en Adoption (COCA) en partenariat avec le CHU, la DEF et Bagatelle afin d'accompagner les familles sur la prise en compte de la santé au sens global des enfants confiés en vue d'adoption ou adoptés.

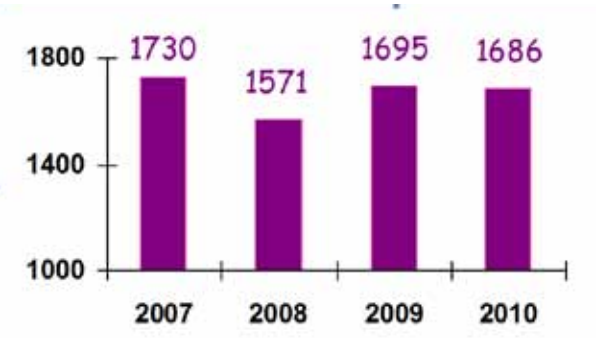
- ✓ **L'objectif du service est d'intervenir le plus précocement en périnatalité**

Les mesures développées en direction des femmes enceintes ont pour but non seulement la promotion de la santé de la mère et de l'enfant, mais aussi l'accompagnement aux soins et dans les soins, si surviennent des problèmes médicaux risquant de mettre en danger le bon déroulement de la grossesse, ainsi qu'une contribution à la prévention des dysfonctionnements des premières relations.

- ✓ **Les sages-femmes de PMI,**

Toutes formées à l'entretien prénatal précoce, elles proposent l'accompagnement aux soins aux futures mères qu'elles rencontrent afin de prévenir ou améliorer les difficultés médicales, psychologiques ou sociales pendant la grossesse ou lors de l'arrivée de l'enfant. Il est à noter que cet entretien est intégré (*via* sa cotation par l'assurance maladie comme premier acte de la préparation à la naissance) aux séances de préparation à la naissance. Les maternités ont tendance à le proposer sur leurs plateformes de consultations externes. Il est prévu de réévaluer l'apport de cet acte (taux de réalisation, effets) dans le cadre du Réseau Périnat Aquitain.

Graphique 8 - Activité des Sages-femmes



Source : DAS/PMI

Évolution du nombre de femmes rencontrées par les sages femmes de PMI :
49% d'entre elles sont rencontrées à domicile,
44% des rencontres se font à la demande des femmes enceintes,
44% des rencontres se déroulent avant le 2ième trimestre de grossesse.

Tableau 27 : Entretien prénatal précoce (EPP) fait par les Sages-femmes de PMI

EPP :	2009	2010
effectif	220	197
Part des femmes rencontrées dans l'année	13%	11,7%

Source DAS/PMI

- ✓ **Les puéricultrices**

Elles réalisent, prioritairement, des visites à domicile très précoces au retour de la maternité ou à la sortie d'un service d'hospitalisation pédiatrique. 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 surtout en zone rurale. C'est un outil privilégié, intégré dans un projet pour une famille. Il permet d'accompagner et soutenir les parents en prenant appui sur leurs compétences et leurs valeurs, et en favorisant le développement et/ou l'instauration d'une bonne relation parents – enfant.

Le nombre de naissances annuelles est en constante augmentation. Ainsi pour répondre aux fortes demandes des familles (48,3% des enfants sont rencontrés à la demande des parents), les puéricultrices, à effectif constant, organisent des permanences, surtout en milieu urbain, dans les espaces accueil-santé/PMI au sein des MDSI ou dans les antennes. De ce fait, la part des enfants nés dans l'année parmi les enfants rencontrés par les puéricultrices reste stable. Plus de 90% des enfants rencontrés par les puéricultrices et nés dans l'année, le sont avant leur 2ème mois de vie.

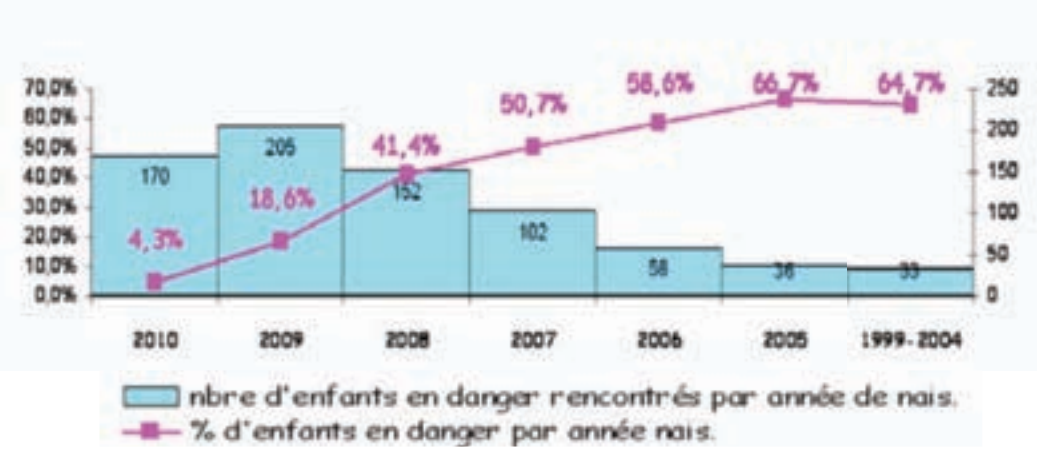
Tableau 28 : Enfants rencontr□s par les pu□ricultrices

Ann□e	2008	2009	2010
Naissances INSEE, Gironde	16636	17072	17271
Enfants rencontr□s en VAD par les pu□ricultrices	6159	5853	5741
Enfants rencontr□s en VAD et n□s dans l□ann□e	4047	3985	3860
Enfants rencontr□s en permanence et n□s dans l□ann□e	1786	1831	
% des enfants rencontr□s en VAD et n□s dans l□ann□e	24,3%	23,3%	23%
% d□enfants rencontr□s ˆ la demande des parents	45,6%	45,7%	48,3%
Part des n□s dans l□ann□e parmi les enfants rencontr□s	65,7%	68,1%	67,2%

Source DAS/PMI

Le tableau ci-dessous illustre la part croissante, au fil de l□%ge, du travail des pu□ricultrices en direction d□enfants en danger :

Graphique 9 - L□activit□ de visites ˆ domicile 2010 apr s des familles : nombre et proportion d□enfants en danger rencontr□s selon l□ann□e de naissance



Source DAS/PMI

✓ **Les consultations d□enfants,**

Ces consultations sont assur□es par des m□decins sp□cialis□s ou g□n□ralistes avec les pu□ricultrices, r□parties sur tout le territoire girondin, facilitent l□acc s aux soins et sont ouvertes ˆ tous. Ces consultations essentiellement pr□ventives permettent une approche globale de la sant□ en privil□giant la prise en compte des besoins de l□enfant, son d□veloppement, son □panouissement, son environnement et les relations parents-enfant.

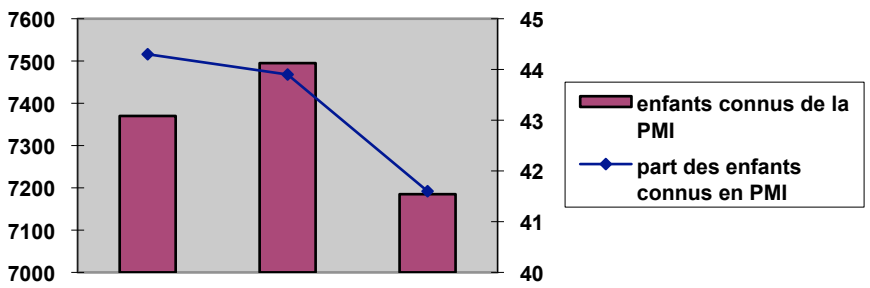
Le nombre d□enfants vus en consultation et n□s dans l□ann□e a l□g rement diminu□ (moins de s□ances et dur□e de la consultation augment□e), mais l□effort a □t□ de rencontrer pr□cocement les enfants avant l□%ge de 2 mois.

Tableau 29 : Enfants n□s dans l□ann□e, vus en consultation sur les 3 derni res ann□es/Source DAS/PMI

Ann□e	2008	2009	2010
Enfants n□s dans l□ann□e et vus en consultation	2537	2753	2580
% d□enfants n□s dans l□ann□e et vus avant 2 mois en consultation	63%	66%	65%
Part des enfants n□s dans l□ann□e et vus en consultation	15,3%	16,1%	14,9%
Part des enfants n□s dans l□ann□e et connus en PMI (du m□decin et/ou de la pu□ricultrice via consultations et/ou VAD)	44,3%	43,9%	41,6%

Compte tenu des naissances qui ne cessent d□augmenter, la part des enfants n□s dans l□ann□e, vus en consultation, est en baisse.

Graphique 10 - Part des enfants nés dans l'année



Source DAS/PMI

Les partenariats entre professionnels intervenant en périnatalité sont très nombreux et font parfois l'objet de conventions.

Des sages-femmes et des puéricultrices de PMI sont chargées des liaisons entre les services de maternité et d'hospitalisation pédiatrique afin d'assurer, avec l'accord des familles, une continuité dans les prises en charge et de mettre en place des mesures de prévention et d'accompagnement le plus précocement possible.

Le service de PMI participe depuis sa création au réseau de périnatalité aquitain par le biais de groupes de travail, de formations, des instances de fonctionnement.

En 2011, une convention a été signée avec le Centre Hospitalier de Charles Perrens pour toutes les actions menées sur son territoire d'intervention. Cette convention de partenariat vise à faciliter les liens, les prises en charges précoces, les projets d'actions innovantes…

Un partenariat spécifique est entretenu avec l'unité mère-enfant du Dr A L Sutter.

- ✓ **Les actions collectives**

Les actions collectives sont organisées autour de la naissance par les puéricultrices, sages-femmes, psychologues et psychomotriciennes :

- Groupes de soutien à l'allaitement,
- Accueils parents – enfants,
- Animation en salle d'attente autour du livre, de la musique, des contes et comptines par l'intermédiaire d'associations,
- Accueil en salle d'attente avec des psychologues de PMI ou des professionnels de la pédopsychiatrie.

- ✓ **Interventions auprès des enfants en dehors de la période périnatale :**

Le service de PMI est chargé de l'agrément, du suivi et du contrôle des assistantes maternelles et des structures d'accueil des jeunes enfants dont le nombre est en constante augmentation depuis des années. Le service doit veiller particulièrement à la qualité de l'accueil de l'enfant hors de son domicile et à faciliter l'accueil des enfants présentant des troubles, handicaps ou maladies chroniques. Un schéma départemental d'accueil du jeune enfant 2007/2010, a été élaboré et cosigné par la CAF, la MSA et le Conseil général.

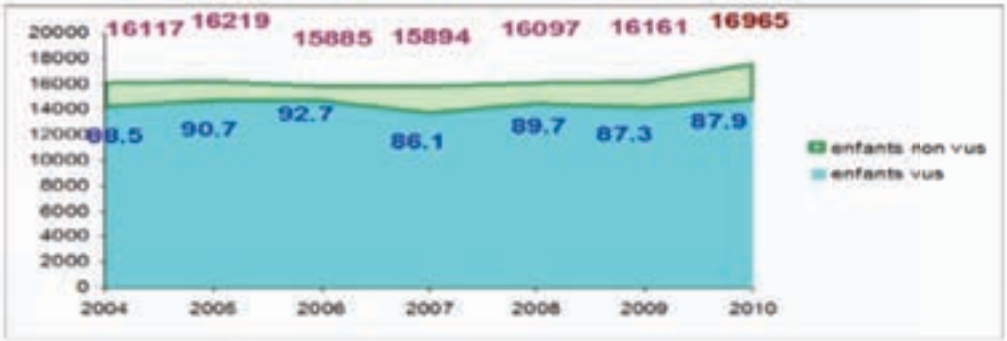
Par ailleurs le service a mis en place un dispositif de places réservées sur indication des professionnels de PMI dans certaines structures d'accueil volontaires pour des enfants dont les parents présentent des difficultés dans la prise en charge de leur enfant, et pour lesquels cet appui spécifique va permettre une évolution positive de l'interaction.

Les professionnels de PMI (puéricultrices, médecins et psychologues) sont très impliqués dans la mise en place et le suivi de l'enfant pris en charge dans le cadre d'un accueil de jour chez un assistant maternel en complémentarité avec les professionnels de la DATDS. Le nombre d'enfants pris en charge augmente progressivement et impacte fortement la charge de travail des professionnels.

✓ **Les bilans des enfants de 3 ˆ 4 ans scolaris□s en □coles maternelles**

Ils sont organis□s par le service de PMI et permettent de rencontrer pr s de 88% des enfants de cette classe d□âge (14 803 enfants), mais toujours compte tenu du nombre croissant des naissances, le nombre d□enfants ˆ voir augmente. Ces bilans permettent de d□pister les troubles sensoriels (vision, audition), du langage, du d□veloppement psychomoteur et de la croissance et de rencontrer pr s de 3 500 familles.

Graphique 11 - Bilans des 3 /4ans en □cole maternelle



Source DAS/PMI

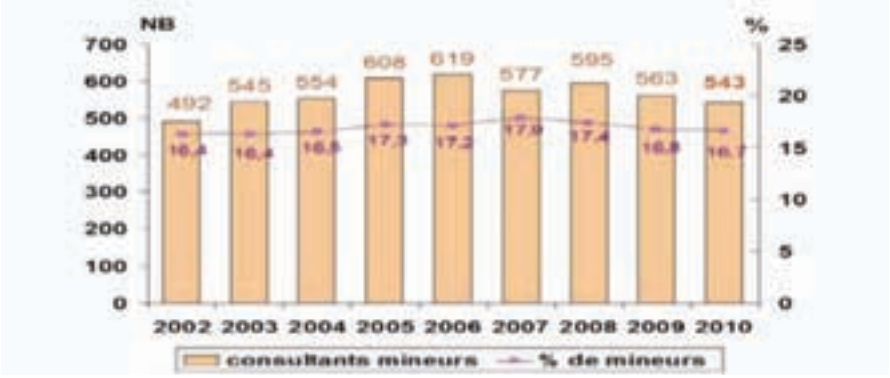
✓ **Les interventions aupr□s des adolescents :**

Les centres de planification (22 centres en 2012, 23 centres en 2010 contre 27 en 2008) dont les missions principales (contraception, infections sexuellement transmissibles, □ducation ˆ la sexualit□...) sont compl□t□es par une mission de pr□vention des □cueils de la sexualit□ et en particulier des grossesses non souhait□es, accueillent de fa on gratuite et anonyme les personnes mineures. Ces consultants mineurs viennent, pour 73,7% d□entre eux, pour un motif de contraception et 8,1% pour un diagnostic de grossesse. L□acc s des personnes mineures aux centres doit tre facilit□ et am□lior□ pour garantir discr□tion et confidentialit□ n□cessaires ˆ ce service.

La baisse du nombre de sites s□explique par la volont□ de rendre les sites ouverts plus rep□rables (mieux vaut 1 centre ouvert chaque semaine ˆ jour fixe et toute la journ□e que deux centres proches mais ouverts en alternance ˆ semaine pass□e).

□volution des consultants mineurs dans les centres de planification g□r□s directement par la DAS/PMI :

Graphique 12 - Part des enfants n□s dans l□ann□e



Source DAS/PMI

Les centres de planification organisent des actions collectives qui sont r□alis□es au sein des coll ges et des lyc□es, sous forme de s□ances d□□ducation ˆ la sexualit□, d□information sur les infections sexuellement transmissibles et de r□flexion sur le respect de soi et de l□autre. Elles sont men□es par des m□decins, infirmi res, conseill res conjugales et par des sages-femmes, en lien avec une charte sur laquelle s□appuient ces interventions et en partenariat avec les associations et l□Education Nationale.

La priorit□ est d□intervenir dans les classes de 3 me en coll ge et dans les classes des lyc□es professionnels et des □tablissements sp□cialis□s.

Graphique 13 - Nombre d□l□ves ayant b□n□fici□ d□une s□ance d□action collective/ Source DAS/PMI

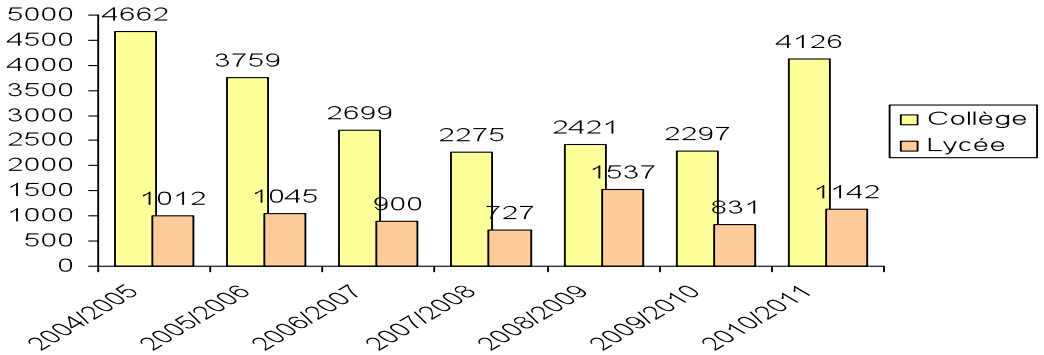
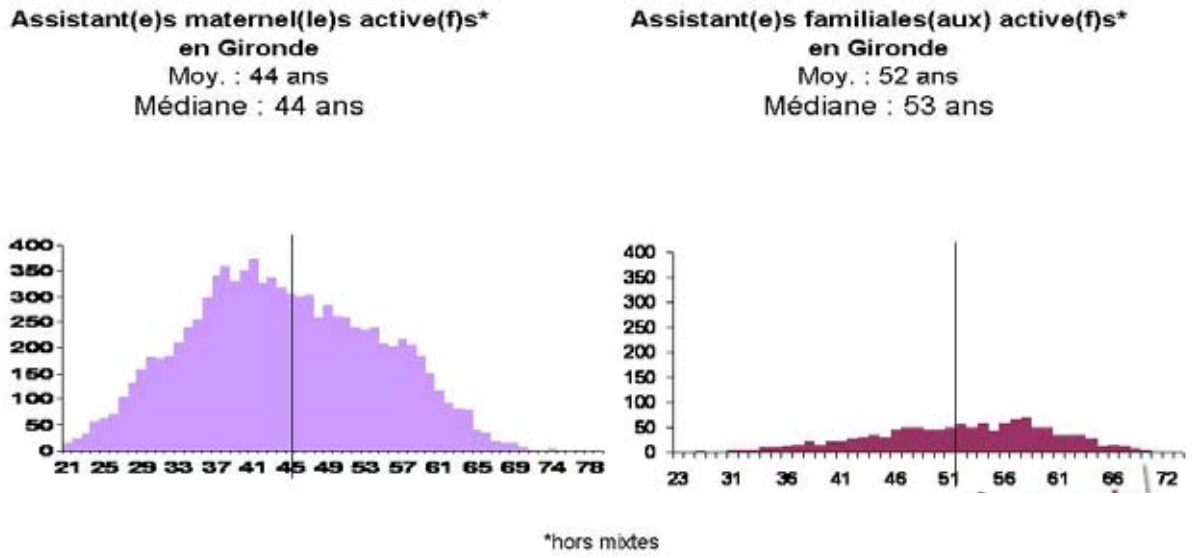


Tableau 30 : Statistiques relatives ˆ l□agr□ment des assistants familiaux/ Source DAS/PMI

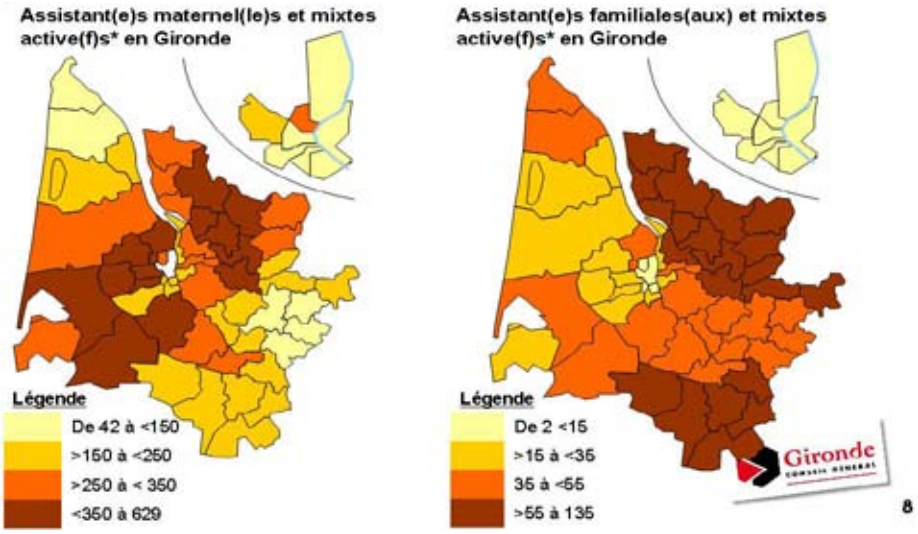
Agr□ment des assistants familiaux	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Demandes Assistants Familiaux	205	259	272	290	245	194	211	179	183
Nouveaux Assistants Familiaux agr□□s				87		54	67	88	89
Places d□accueil correspondantes				101		74		120	127
Total Assistants Familiaux agr□□s (AF + Mixtes)	**1254** (1124+130)	**1306** 1168+138	**1354** 1226+128	**1373** 1254+119	**1377** 1238+139	**1309** 1204+105	**1344** 1256+88	**1330** 1242+88	**1321** 1238+83
Total places Assistants Familiaux agr□□s et actifs	**2167**	**2257**	**2319**	**2497**	**2468**	**2411**	**2487**	**2479**	**2510**

Graphique 14 - l□âge au 31/12/2010 des assistant(e)s maternel(le)s et familiales active(f) s



Source DAS/PMI

Graphique 15 - Nombre total assistants maternels et assistants familiaux d'après la base dans les 37circonscriptions (MDSI) au 31/12/2010)



Source DAS/PMI

Malgré un léger mieux dans le nombre d'agréments d'assistants familiaux délivrés en 2010 et 2011, le chiffre des départs (cessation définitive d'activité) reste équivalent à celui des entrées, ce qui ne permet pas d'augmenter le nombre total d'assistants familiaux (AF) agréés et la capacité d'accueil offerte à ce titre en Gironde. La répartition des AF reste très hétérogène dans le département. La réflexion entamée, pour susciter des vocations d'une part et revisiter la procédure d'agrément de l'autre, nous paraît devoir se poursuivre.

L'évaluation des informations préoccupantes En outre les professionnels de PMI sont impliqués dans l'évaluation des informations préoccupantes au niveau des MDSI, mais la direction attire souvent l'attention des partenaires sur le fait de distinguer les informations préoccupantes qui nécessitent une évaluation dans le cadre de la Protection de l'enfance et les liaisons entre professionnels, qui proposent un accompagnement aux familles qui le souhaitent.

De plus, la direction regrette que la participation d'un interlocuteur médical au sein du Bureau Enfance en Danger (BED) ne soit pas formalisée, ce qui nuit à ce que la première décision d'évaluation des informations préoccupantes soit prise par le BED en pluridisciplinarité.

Recommandation n°11 :
L'ODPE recommande de positionner un Médecin PMI à la CRIP, comme personne ressource des professionnels de santé et en conseil technique auprès de la CRIP, pour faciliter les échanges avec les médecins, autour des situations d'enfants en risque et ou en danger caractérisé.

3. La Direction de la Jeunesse, de l'Éducation et de la Citoyenneté (DJEC)

a. La Prévention spécialisée

La prévention spécialisée est une forme d'action éducative en direction des jeunes et des groupes de jeunes, prioritairement âgés de 16 à 21 ans, en rupture ou en souffrance, en voie de marginalisation ou déjà marginalisés, qui est menée dans le milieu naturel des jeunes.

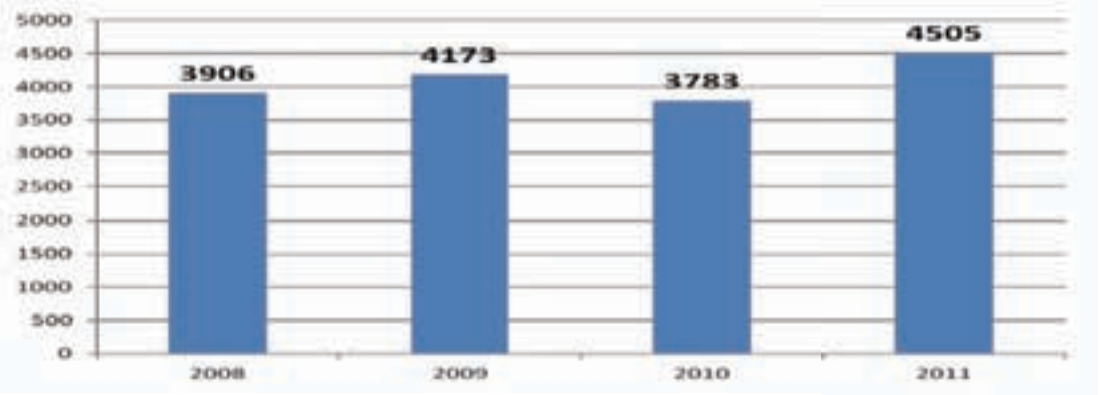
Sa pratique de terrain spécifique *via* le travail de rue, est le point de départ des accompagnements éducatifs. La prévention spécialisée s'inscrit dans les missions d'Aide sociale à l'enfance et complète les mesures plus individuelles ou familiales de prévention.

Le cadre d'intervention de la prévention spécialisée se caractérise par une absence de mandat nominatif, la libre adhésion des jeunes, le respect de l'anonymat et la non institutionnalisation des activités.

En Gironde : 9 associations sont habilit□es par le Conseil g□n□ral de la Gironde pour exercer cette mission de service public et d□int□r t g□n□ral. La pr□vention sp□cialis□e est pr□sente sur 20 communes et 67 quartiers. 94 Equivalents Temps Plein (ETP) de travailleurs sociaux interviennent sur ces territoires.

Son activit□ avec □l□ments chiffr□s : Une hausse continue du nombre de jeunes rencontr□s depuis 2005.

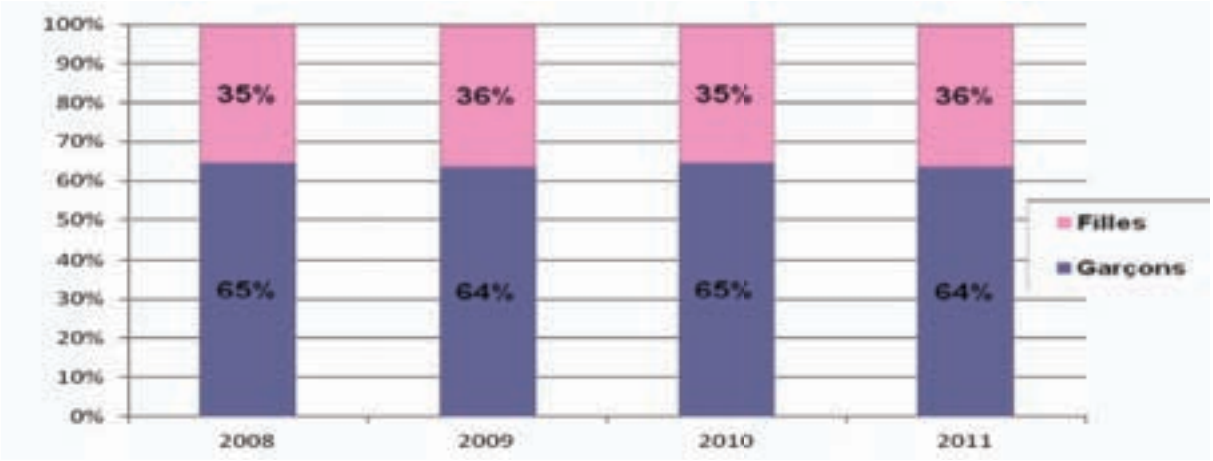
Graphique 16 □Nombre de jeunes rencontres



Source DJEC

En 2011, 4 505 jeunes ont □t□ rencontr□s.
On constate une augmentation globale des jeunes rencontr□s entre 2008 et 2011 : 600 jeunes de plus, rencontr□s par la pr□vention sp□cialis□e. Parmi ces jeunes, plus de la moiti□ b□n□ficie d□un suivi (autour de 55%). Cas particulier pour 2010 : impr□cision dans la collecte des donn□es (confusion dans la collecte des donn□es entre jeunes suivis et rencontr□s).

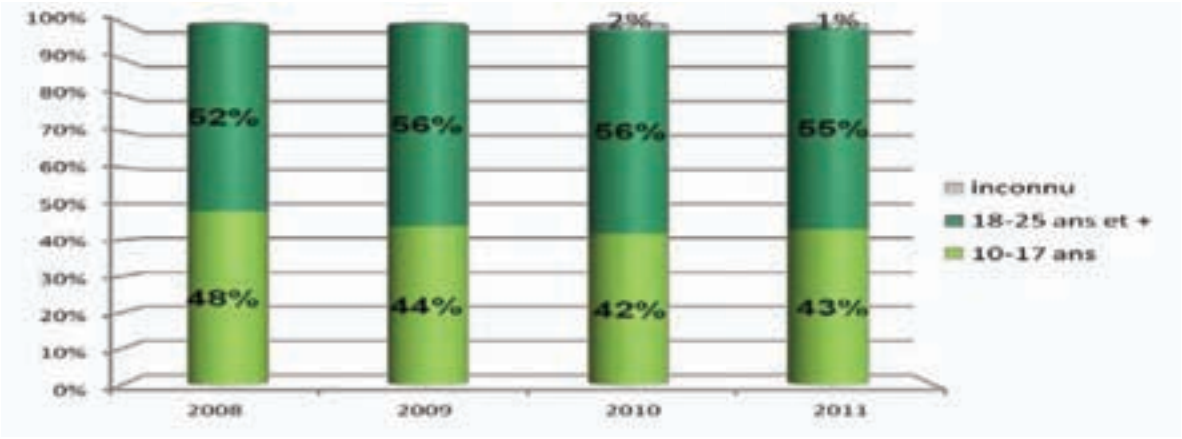
Graphique 17 □R□partition par sexe des jeunes rencontr□s



Source DJEC

M□me constat depuis 2008 et m□me avant, les filles sont moins rencontr□es par la pr□vention sp□cialis□e que les gar□ons. (36% en 2011) ; cependant elles le sont ˆ des %ges plus jeunes que les gar□ons.
20% des filles contre 16% des gar□ons entre 13 et 15 ans ; ˆ l□inverse, 20% des gar□ons sont rencontr□s entre 22-24 ans contre 15% des filles.

Graphique 18- Les jeunes rencontr□s par tranche d□%ge

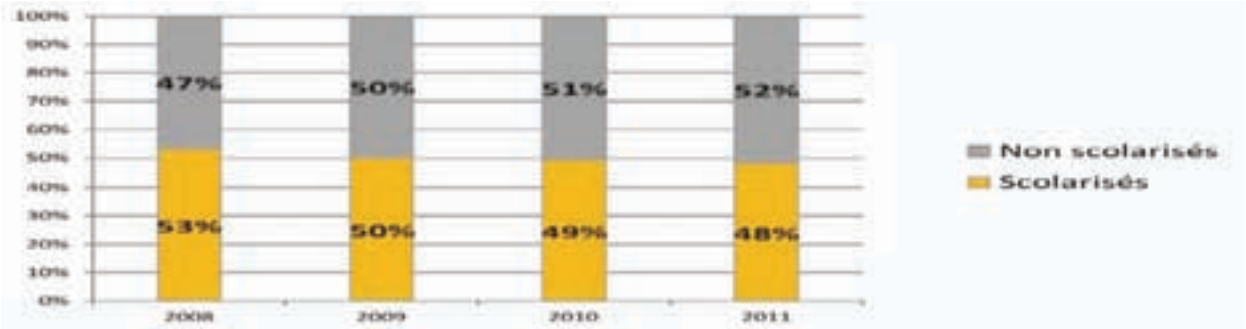


Source DJEC

Les jeunes rencontr□s sont globalement, en premier lieu, majeurs (55% en 2011).
Depuis 2008, on constate n□anmoins une □volution dans la r□partition des %ges des jeunes rencontr□s :
- Baisse des 16-21 ans, c□ ur de cible du public, ils repr□sentent moins de la moiti□ des jeunes rencontr□s en 2010 et 2011 soit 48% et 46%,
- Au profit des 10-12 ans, 22-24 ans, et 25 ans et plus.

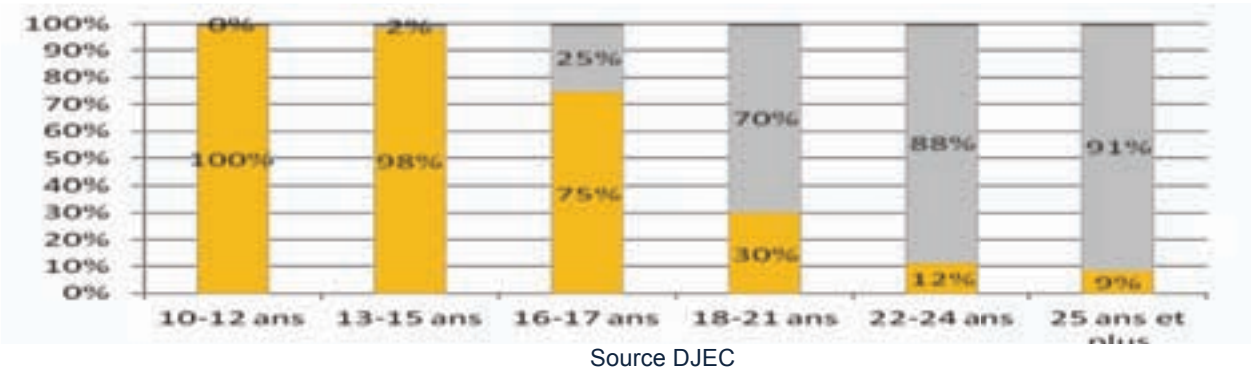
Graphique 19 - Les jeunes et l□□cole : au global, source DJEC

Source DJEC



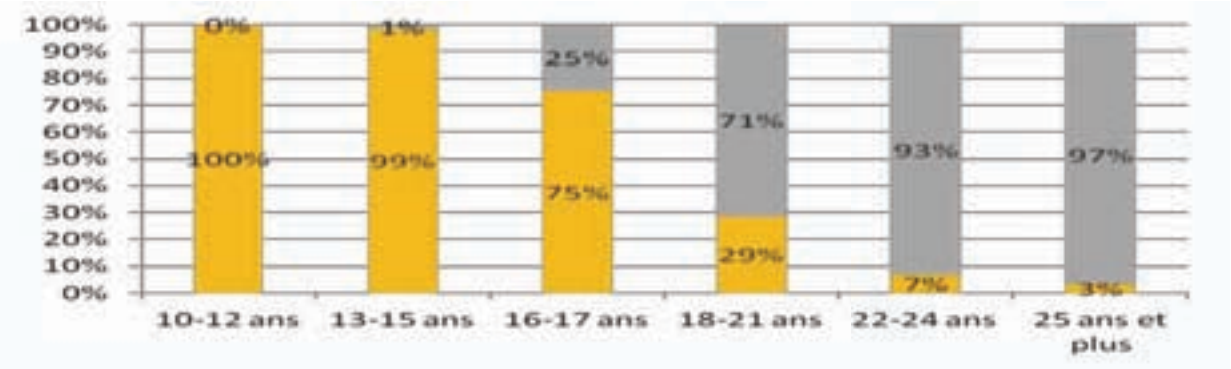
Parmi les jeunes rencontr□s par la pr□vention sp□cialis□e, 52% ne sont pas scolaris□s, chiffre stable dans le temps.

Graphique 20 - Les jeunes et l□□cole en 2010 : par tranche d□%ge



Source DJEC

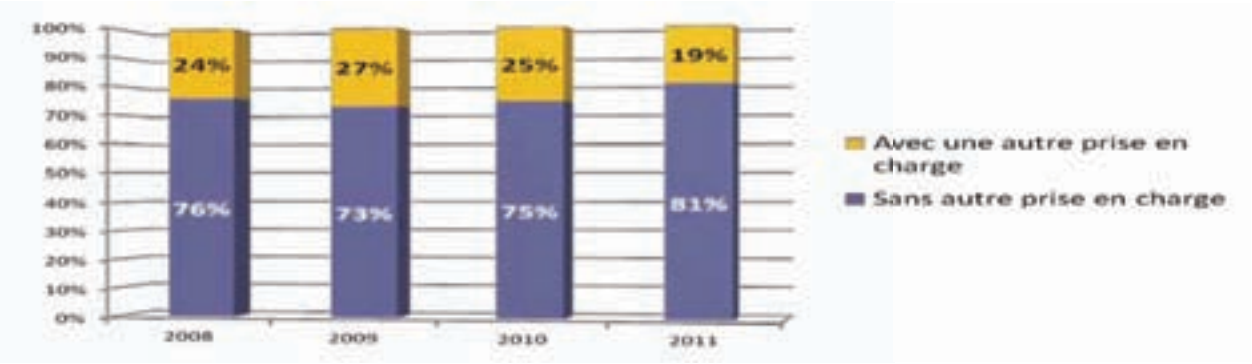
Graphique 21 - Les jeunes et l'école en 2011 : par tranche d'âge /Source DJEC



En 2010 ou en 2011, les jeunes rencontrés par la prévention spécialisée, 25% des jeunes âgés de 16-17 ans, sont plus déscolarisés que les jeunes girondins (6%).

Constat identique pour les 18-21 ans, 70% des jeunes rencontrés par la prévention Spécialisée ne sont plus scolarisés contre 31% des jeunes girondins. Par ailleurs, on constate pour chaque tranche d'âges que les garçons sont davantage déscolarisés que les filles.

Graphique 22 - Jeunes bénéficiant d'une autre prise en charge au global



Source DJEC

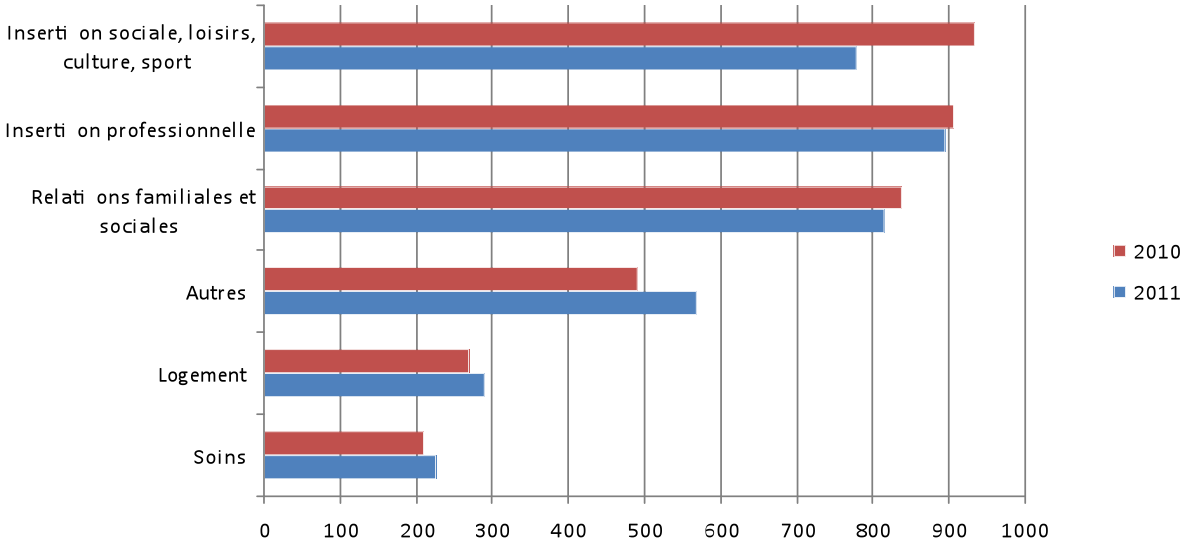
Les garçons rencontrés sont davantage concernés que les filles par une prise en charge autre:

- Les 10-15 ans sont concernés à 78% par les aides éducatives et le placement familial (chez les filles et les garçons)

- Pour les 16-17 ans, les prises en charge des filles diffèrent :
  60% des filles : mesures d'aides éducatives plus placements familiaux contre 47% chez les garçons,
  45% des garçons : mesures pénales contre 20% chez les filles

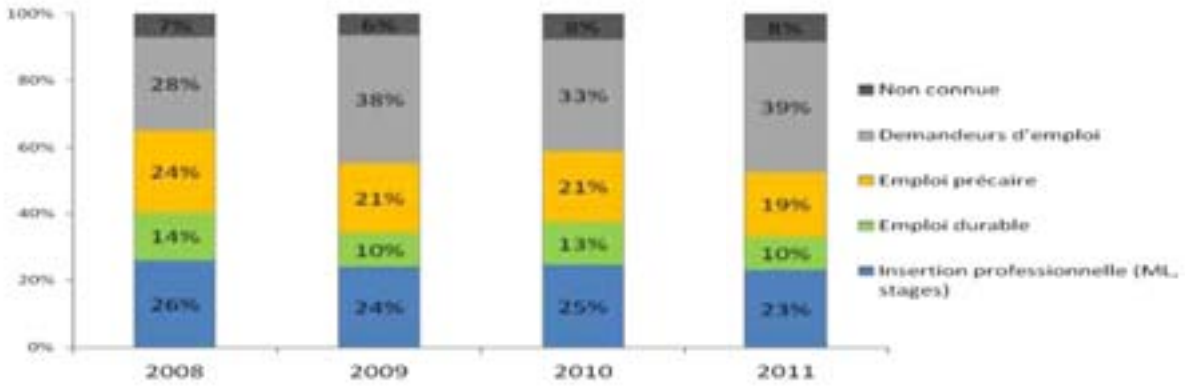
- Au-delà des 18 ans :
  80% des garçons sont concernés par des mesures pénales contre 44% chez les filles.
  37% des filles sont concernées par des mesures de soins spécialisés contre 15% chez les garçons.

Graphique 23 - Les probl□matiques de jeunes rencontr□s par la pr□vention sp□cialis□e -



Source DJEC

Graphique 24 -: Les jeunes et l□emploi : au global -



Source DJEC

Parmi les jeunes de 16-25 ans et plus, la part des demandeurs d□emploi est pass□e de 28% ˆ 39%. La situation en 2011 est plus d□t□rior□e que celle de 2010 pour chaque groupe d□%ges. Les gar ons rencontr□s sont davantage marqu□s par cette pr□carit□ que les filles, au m me %ge.

Tableau 31 : Donn□es R□capitulatives/ Source DJEC

Jeunes rencontres	**2010**	**2011**
Nombre de jeunes rencontr□s	3783	4505
Part des 16-21 ans	48%	46%
Gar ons	65%	64%
Chez les parents	68%	66%
Hors scolarisation	51%	52%
En demande d□emploi	33%	39%
Avec une autre prise en charge	25%	19%
Jeunes suivis		
Nombre de jeunes suivis	2050 (54% des jeunes rencontr□s)	2504 (55% des jeunes rencontr□s)
Jeunes suivis rencontr□s par le travail de rue	68%	63%

- ✓ **Les nouvelles offres de service de la DJEC/SPIA/Prévention spécialisée :**

Elaborer des outils performants afin d'évaluer les problématiques et les besoins des jeunes sur la commune ou territoire demandeur et d'apporter ainsi une réponse rapide et pertinente aux demandes d'intervention de prévention Spécialisée.

Pour l'année 2012/2013 : construire une démarche méthodologique permettant :

1. de réaliser un diagnostic du territoire sur les politiques mises en place à destination des jeunes, les ressources et moyens disponibles.
2. d'évaluer les besoins du territoire et d'identifier les problématiques, afin de faire des préconisations et conduire éventuellement des actions de prévention spécialisée adaptées.
3. Participation des directeurs et chefs de service des associations de prévention spécialisée aux comités d'objectifs locaux organisés par les inspecteurs de l'Aide Sociale à l'Enfance.

b. Les Points Accueil Écoute Jeunes (PAEJ) et les réseaux santé :

Les PAEJ et les Réseaux Santé sont des services de proximité dédiés au mal être des jeunes et à la prévention des conduites à risques (structures associatives). Leur rôle se situe dans l'accueil, l'écoute, le soutien, la sensibilisation, l'orientation des jeunes et la médiation avec leur entourage adulte. Ces structures interviennent en amont de toute intervention médicale ou sociale.

Elles développent un accueil inconditionnel, anonyme et gratuit des jeunes âgés de 12 à 25 ans et des parents, sans formalité administrative. En milieu rural des liens forts existent avec les établissements scolaires : collèges, lycées, mais aussi avec les structures d'animation et d'accueil des jeunes.

Le public rencontré est constitué de jeunes, de parents ou proches et des acteurs locaux :

- jeune qui ressent le besoin de parler, d'être écouté, de ne pas rester seul avec ses inquiétudes, son mal être ou difficultés en lien avec les tensions familiales, l'usage de cannabis ou d'alcool, les difficultés scolaires ou d'insertion, crise. ..
- parents ou proches inquiets pour leur adolescent ou pour un jeune de leur entourage, qui se posent des questions sur son comportement, et comment l'aider ?
- acteurs locaux (enseignants, soignants, travailleurs sociaux, animateurs) qui ont des interrogations, des difficultés, un besoin d'information pour aider un jeune ou pour des demandes d'interventions collectives.

La DJEC a poursuivi le développement des structures, conformément aux recommandations de l'ODPE et aux objectifs de la Direction de la Jeunesse, à savoir :

- l'extension de l'action dans le Blayais sur tout le territoire de la mission locale du Blayais, cantons de Bourg, St Ciers, Blaye, St André, St Savin,

- la perspective de mise en œuvre de ce même type d'actions sur le Médoc pour 2013,

- le tout en lien avec la mise en place de la Maison Départementale des Adolescents pour 2013.

L'objectif à terme étant d'implanter sur l'ensemble du territoire des lieux d'écoute, d'accueil en étroite collaboration avec les services du Département et les partenaires locaux en débutant sur les territoires dépourvus de service où la question du mal être des jeunes a été fortement pointée.

- ✓ **Les Points Accueil Ecoute Jeunes (PAEJ) :**

Passerel : sur le territoire de la Communauté d'Agglomération du Bassin d'Arcachon Sud (COBAS), développé par l'Association Laïque du Prado avec un double financement du Conseil général pour la prévention spécialisée et de l'Etat pour le point accueil jeunes. Le rapport d'activité de 2011 vient appuyer l'importance de l'action éducative sur la COBAS ainsi que les sollicitations et attentes des partenaires locaux. L'installation de populations nouvelles sur les quartiers et l'agrandissement de certaines résidences du parc social entraînent un élargissement des zones d'interventions éducatives et des problématiques à traiter concernant l'absence de structures d'hébergement ou l'accès aux soins (physiques et psychiques) du public jeune marginalisé. Au cours de l'année 2011, 267 jeunes ont bénéficié d'un accompagnement éducatif, 154 jeunes ont été rencontrés dans le cadre du travail de rue en 2011 et 68 jeunes par l'équipe de renfort estival.

L'association Cygnes de Vie (service ARRPEJ) sur les cantons de Castillon et Pujols : en 2011, a accueilli 247 jeunes dont 174 nouveaux, 130 filles et 117 garçons ; 89 d'entre eux sont scolarisés en collège.1006 entretiens ont été réalisés.

✓ **Les structures du Réseau Santé :**

Le Réseau Santé Social Jeunes en Libournais : En 2011, le Réseau a connu une forte progression des demandes et a accompagné 211 jeunes et 55 familles. Il est à noter une demande très forte des jeunes âgés de moins de 15 ans. Les jeunes filles représentent 65% des jeunes accueillis par le réseau, et les parents 20% de la population concernée. En 2011, 30 professionnels de l'éducation, du social, de l'emploi et de la santé ont orienté des jeunes en souffrance psychique vers ce réseau.

L'Espace d'Accueil Ecoute Jeune (EAEJ) : est situé sur le territoire de la mission locale des Deux Rives. 250 jeunes ont participé à des informations collectives, 166 personnes ont été accueillis dont 143 pour la première fois, 81 jeunes de 16 à 25 ans et 49 jeunes de 11à 15 ans. Des liens se sont tissés avec les réseaux jeunesse du territoire et les établissements scolaires.

Le centre de santé de Bagatelle pour les communes de Talence, Bègles, Villenave d'Ornon, Pessac, et Réseau Santé en Haute Gironde, depuis janvier 2012, interviennent sur les mêmes principes, l'accueil y est assuré par des psychologues.

Les projets :

La couverture départementale se poursuit, prévoyant l'élargissement de l'action d'EDAEJ vers le Sud Gironde en complémentarité avec l'action du Réseau d'Education pour la Santé (RESAIDA), qui réunit les professionnels de la santé, du social, de l'insertion, de l'éducation, de l'animation, bénévoles et élus.

La mise en place d'une réflexion pour une action sur le Médoc s'intensifie suite à la fermeture du Groupement de Recherche et d'Intervention sur les Conduites Addictives à Bordeaux (GRICA).

La mise en place d'une réflexion également sur le Bassin d'Arcachon, suite à la demande conjointe de la commune de Salles, et des partenaires hors intervention sur la Communauté d'agglomération du Bassin Sud (COBAS).

D. Les acteurs institutionnels ou associatifs concourant à la prévention

Aux côtés des services de l'Etat et du Conseil général, nombre d'acteurs institutionnels et associatifs, concourent à la prévention auprès des familles, enfants et adolescents.

1. La Caisse d'Allocations Familiales de la Gironde, branche Action Sociale

✓ **Les domaines et modalités d'intervention :**

La politique d'appui à la parentalité développée par la branche Famille se fonde sur l'accompagnement des familles dans leurs responsabilités éducatives et sur la valorisation de leurs compétences parentales. Sur cette base, la branche Famille combine différentes modalités d'intervention pour concrétiser cette politique et pour répondre à la pluralité des situations :

- un soutien à des actions ou à des dispositifs spécifiquement dédiés à l'appui à la parentalité,
- des interventions des travailleurs sociaux Caf visant à soutenir les familles dans leur fonction éducative,
- l'intégration de la dimension d'appui à la parentalité dans l'action des structures ou des équipements financés par la Caf, quelque soit leur domaine d'activité.

Chaque dispositif ou offre de service vise un objectif spécifique qui tient compte des évolutions de la famille et de l'émergence de nouveaux besoins :

- prévenir la rupture du lien familial,
- favoriser la qualité des liens parents-enfants,
- soutenir les parents par la création et le renforcement des liens sociaux,
- renforcer le lien entre famille et école,
- soutenir les familles confrontées à des changements familiaux, ayant des impacts sur l'équilibre de la cellule familiale.

- ✓ **Description détaillée des activités :**

- Accompagner les parents dans leurs fonctions:

- Les Lieux Accueils Enfants-Parents (LAEP) .Ils participent à l'accompagnement de la fonction parentale en développant une approche particulière de l'accompagnement précoce basé sur l'écoute et l'échange autour du lien familial et social. Ils contribuent à l'éveil et à la socialisation de l'enfant. 32 LAEP existent en Gironde, ils sont cofinancés par le Conseil général, la MSA et la Caf (dont 23 situés sur la CUB).

- Les Réseaux d'Ecoute, d'Appui et d'Accompagnement des Parents (REAAP). Ils ont pour objectif d'apporter un soutien aux parents dans l'exercice de leur fonction parentale par le biais d'actions collectives favorisant le dialogue et l'échange entre parents, entre parents et professionnels.

Ce dispositif poursuit deux objectifs principaux :

- promouvoir les initiatives qui soutiennent les parents par la création et le renforcement des liens sociaux,

- favoriser la mise en réseau des actions et des acteurs intervenant dans le champ de la famille.

72 structures ont été cofinancées par la CAF et la DDCS.

Ces structures ont mis en œuvre 444 actions (ex groupes de paroles, activités parents/enfants...) auxquelles ont participé 16 298 parents en Gironde.

- Les Contrats Locaux d'Accompagnement à la Scolarité (CLAS). Ils visent à soutenir les enfants en difficulté scolaire mais privilégient également un appui aux familles. Les actions d'accompagnement à la scolarité sont mises en œuvre en-dehors du temps scolaire. Elles offrent aux côtés de l'école l'appui et les ressources dont les enfants ont besoin pour réussir leur scolarité, appui qu'ils ne trouvent pas toujours dans leur environnement familial et social. Le dispositif se donne également pour objectif d'accompagner les parents dans le suivi et la progression scolaire de leurs enfants en facilitant les relations famille-école.

En 2011, 95 opérateurs financés par la CAF (associations, Mairie, communautés de communes...) mobilisent 427 cycles, 4986 enfants ont été concernés par ces actions d'accompagnement.

- Les vacances : La Caf 33 a toujours favorisé le départ en vacances des familles et des enfants. Il s'agit de faire des départs en vacances un levier de soutien à la parentalité et un facteur d'intégration sociale, de privilégier le départ en vacances des familles. 3165 familles et 1474 enfants ont bénéficié du dispositif vacances.

- Un départ «accompagné » au domaine de Françon: Un projet à vocation sociale qui permet aux familles les plus fragilisées de passer des vacances de fin d'année dans un environnement propice au renforcement des liens familiaux. 16 familles ont participé à ce séjour soit un total de 62 personnes.

- Accompagner les familles fragilisées par des événements ou des difficultés fragilisant la vie familiale :

Au regard de l'augmentation du nombre de divorces et de séparations, l'appui à la parentalité vise aussi à prévenir la rupture du lien familial et proposer des solutions alternatives aux situations de conflits familiaux.

Une offre de service en direction des parents séparés et de leurs enfants a été mise en place.

- La Médiation Familiale

Le recours à la médiation familiale est indiqué dans toutes les situations exposant les personnes à un risque de rupture et dans les conflits au sein de la famille lorsque des désaccords se sont installés.

Elle peut être volontaire lorsque les personnes saisissent directement le médiateur. Elle peut également être ordonnée par un magistrat dans le cadre d'une procédure de divorce ou de fixation de pension alimentaire.

Quatre services sont financés pour exercer les mesures de médiation sur le département de la Gironde : AGEP, Alternative Médiation, Familles en Gironde et la CAF sur 27 lieux d'entretiens répartis sur le territoire girondin.

En 2011, 414 mesures de médiation ont été exercées : 103 dans le cadre judiciaire, 321 dans un cadre conventionnel.

- Le Logement Temps Partagé :

Ce dispositif créé en 2006, a pour finalité de conforter les liens de l'enfant avec ses deux parents et de favoriser la coparentalité dans l'intérêt de l'enfant par le maintien ou la reprise du lien avec le parent «non hébergeant » se trouvant dans l'incapacité de l'accueillir. Le lieu du logement est déterminé en fonction des besoins de la

famille et peut être négocié avec une résidence hôtelière, un gîte de vacances ou tout autre prestataire. Une participation financière est demandée au parent.

28 familles ont pu bénéficier de ce dispositif en 2011 et ainsi renouer des relations régulières avec leurs enfants.

L'intervention sociale :

Le travail social constitue une composante incontournable de l'offre globale de service. Au-delà ou en complément des prestations et des équipements et services, les familles peuvent avoir besoin d'un autre type d'intervention «à dimension humaine » qui contribue à la cohésion familiale et qui participe à la cohésion sociale.
Ainsi la CAF peut proposer aux familles, en se fondant sur les événements connus au titre des prestations, une offre d'accompagnement social :

- pour les familles en situation de séparation,
- pour les familles confrontées à un événement grave fragilisant la vie familiale (décès d'un parent ou d'un enfant, maladie...),
- pour les familles vulnérables lors de l'arrivée d'un enfant (famille monoparentale, naissances multiples).

Un peu moins de 200 familles ont bénéficié d'un accompagnement social dans ce cadre.

- L'aide à domicile :

L'aide à domicile des familles de la Caisse d'Allocations Familiales s'inscrit depuis de nombreuses années dans un cadre partenarial aux cotés du Conseil général et de la MSA.

L'aide au domicile est une intervention préventive et réparatrice à travers des activités d'aide à la vie quotidienne et à l'éducation des enfants, Elle est temporaire et destinée à permettre de résoudre les difficultés ponctuelles liées à des événements qui fragilisent la cellule familiale (séparation, décès d'un parent ou d'un enfant, maladie...).

Trois associations d'aide à domicile sont réparties sur le département pour exercer cette activité :

859 familles ont bénéficié de 52 458 heures d'intervention AVS/TISF (d'auxiliaires de vie sociale et/ou de techniciennes de l'intervention sociale et familiale.

2. L'Enseignement privé

Direction Diocésaine de l'Enseignement Catholique de Gironde.

Des actions de sensibilisation et d'information ont été organisées auprès des élèves, au sein des établissements scolaires, sur des thématiques diverses. Elles ont porté sur les thèmes suivants : responsabilité pénale des mineurs, citoyenneté, droits et devoirs, violences, racket, bizutage, discriminations, drogues (alcool, tabac, produits stupéfiants), jeux dangereux, dangers d'internet, maltraitance.

L'ODPE regrette le défaut de formation initiale et continue des membres de l'enseignement privé en matière de prévention et de protection de l'enfance.

L'ODPE reste en attente des données de la Direction Diocésaine, relatives à la prévention et la protection de l'enfance ; il souhaite que 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, lui soit étendu.

Recommandation n°3 :
L'ODPE recommande une amélioration de la formation des professionnels de l'Enseignement privé en matière de protection de l'enfance et l'organisation auprès de ces professionnels d'un recueil de données relatives à l'enfance en danger ou en risque de l'être.

3. L'Association les Amis des Voyageurs de la Gironde (ADAV 33)

Les domaines d'intervention de l'ADAV 33 sont triples, ils concernent **:**

- l'intervention sociale territoriale sur toute la Gironde auprès de l'ensemble des familles gens du voyage, qu'elles soient voyageuses ou sédentaires ou semi-sédentaires (17000 personnes recensées dans le cadre du schéma départemental 2011-2017),

- l'appui technique auprès des services sociaux et médico-sociaux du département et auprès des écoles pour les familles sédentarisées,

- l'organisation de sessions de formation pour les acteurs des services de droit commun.

L'activité de l'ADAV 33 consiste à intervenir directement en matière d'accès aux droits et à la prévention pour 1000 familles de gens du voyage en élection de domicile à l'ADAV33 (sur 3 sites : Talence, Libourne, Langon). Ce service participe à des signalements d'enfants en danger ou à la mise en place de mesure de protection (entre 25 et 30 situations/an) sur l'ensemble du territoire. L'ADAV concourt à la mise en place de la scolarisation des enfants (travail avec les familles et avec les écoles), résultat : 1500 à 1800 enfants scolarisés en primaire.

L'ADAV a réalisé :

- une médiation avec les services d'AEMO - médiation pour la mise en place de mesures.

- une intervention à l'Ecole Nationale de la Magistrature auprès des auditeurs de Justice.

- une intervention-formation auprès des personnels du CG. 33.

4. L'Association de Défense de la Famille et de l'Individu victimes de sectes (ADFI) Bordeaux

L'ADFI est chargée de la prévention et de l'aide aux victimes de groupes ou d'individus face aux dérives sectaires qui constituent des atteintes aux droits fondamentaux des individus.

L'ADFI concourt dans différents domaines à l'information face aux dérives sectaires, la prévention auprès des jeunes, l'accueil des victimes et de leurs familles, l'écoute. L'ADFI offre un soutien concret aux sinistrés des sectes, et constitue un relais avec les structures institutionnelles de protection familiale et juridique.

L'ADFI intervient selon les modalités suivantes :
- permanences : accueil le jeudi de 11h à 17h (sauf vacances scolaires),
- informations dans les lycées sur une tranche d'âge 16/18 ans.

L'ADFI donne les outils aux jeunes pour leur permettre de comprendre les phénomènes sectaires (signes qui alertent, armes légales pour agir). Cette association travaille par ailleurs avec les travailleurs sociaux d'entreprises, de l'Education Nationale ou des Maison Départementales de la Solidarité et de l'Insertion, l'Ordre des Médecins, dans les cas de pratique illégale de la médecine, les services de police et de gendarmerie.

Sur les deux dernières années 2010 et 2011, l'ADFI a relevé des problèmes par rapport à 6 situations d'enfants et parents impliqués dans des mouvements sectaires à divers titres concernant la santé physique et mentale, le droit de résidence ou de droit de visite et d'hébergement des enfants, proches de l'Université de la Relation, un mouvement religieux hindouiste, les témoins de Jéhovah, l'assemblée de Dieu.

5. Le Lieu d'Aide à la Relation Parent Enfant (LARPE/AGEP)

LARPE traite de la prévention des mauvais traitements aux enfants, de l'accompagnement des souffrances familiales et des difficultés éducatives.

Ses modalités d'intervention consistent en des entretiens individuels et familiaux de manière libre, confidentielle et gratuite, avec des enfants, des adolescents, des jeunes et des parents, des groupes de parents et des groupes de professionnels de l'enfance et de l'éducation en formation ou pour concevoir et mettre en œuvre des projets sur des établissements ou des territoires.

Tableau 32 : Activité de LARPE

Année	Nombre d'entretiens	Nombre de familles	Nombre de personnes
2010	889	185	317
2011	962 Dont 80 au téléphone.	246 dont 175 sont « arrivées dans l'année » et 97 ont vu l'accompagnement à LARPE se terminer.	425

Source LARPE

Le Lieu d'Aide à la Relation Parent Enfant voit son activité augmenter auprès des familles, plus ou moins régulièrement depuis sa création en 2000.

Avec aujourd'hui une équipe d'environ 3 équivalents temps plein (éducatrices et éducateurs spécialisés et psychologues) pour une mission départementale financée en très grande partie par le Conseil général de la Gironde, il anime 7 lieux d'écoute qui se répartissent sur le « Grand Est » du département : Bordeaux, Haute Gironde, Libournais, Sud Gironde.

Pour ce qui concerne le travail auprès d'associations ou de structures d'accueil d'enfants, le service met en œuvre entre 40 et 50 projets d'ampleurs différentes : l'intervention ponctuelle auprès de parents sous forme de débats sur les aléas de la relation entre parents et enfants, les cycles d'interventions auprès de parents et de bénévoles d'associations d'insertion sociale, l'organisation de sessions de formation, le plus souvent sous la forme d'analyse des pratiques professionnelles, auprès d'acteurs divers de l'éducation, de l'animation socio culturelle ou de l'insertion.

En mai 2011, suite à un travail de plusieurs années avec la mairie de Bordeaux, la PMI et la CAF de la Gironde, LARPE a mis en œuvre un Lieu d'Accueil Enfants Parents dans le quartier du Grand Parc : « A petits Pas ». En 28 demi-journées d'ouverture en 2011, ce lieu d'accueil (« A petits Pas ») a reçu 226 adultes et 230 enfants.

6. Le Comité d'Étude et d'Information sur la Drogue et les Addictions (CEID)

Le Comité d'Étude et d'Information sur la Drogue et les Addictions (CEID) est une association d'origine bordelaise/girondine, mais d'implantation régionale. Cette association a pour but la prévention et le traitement des addictions.

A ce titre, elle gère notamment des Centres de Soins, d'Accompagnement et de prévention en Addictologie (CSAPA) en Gironde ainsi que des Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction de risques pour Usagers de Drogues (CAARUD). Ces actions sont financées par l'Assurance Maladie. Elle développe par ailleurs des actions de prévention des addictions, tout particulièrement auprès des jeunes, qui sont financées par l'Etat, l'ARS, le Conseil général et, pour les jeunes sous main de justice, par la PJJ.

Dans le domaine de la prévention/Protection de l'enfance, ses actions se déploient donc dans les axes suivants :

- Evaluation des besoins (étude sur les niveaux de substances psychoactives des jeunes girondins, OFDT/TREND/DaAdd),
- Mise en place d'actions de prévention primaire dans les établissements scolaires et de formation (interventions interactives en groupes classes),
- Interventions de proximité en milieux festifs (festivals, littoral girondin),
- Prévention ciblée sur jeunes à risques (jeunes en errance, jeunes sous main de justice), consultations jeunes consommateurs (CAAN'abus Bordeaux, La Teste, Le Teich, Andernos, Libourne).

En tant que Pôle régional de coordination TREND/OFDT, le CEID possède une mission d'observation des tendances relevées dans la région et a publié en 2011 son 9ème rapport sur les phénomènes émergents liés aux drogues en Aquitaine (Rapport Local TREND 2010) document qui fait partie des outils de référence au plan régional.

Les actions d'information de prévention se déroulent par petits groupes en milieu scolaire. Elles ont concerné des milliers d'élèves (collégiens, lycéens, apprentis) et d'adultes (parents et enseignants).

Concernant notamment les jeunes scolarisés, réalisation de 118 actions en 2011 (75 en 2010), qui ont touché 10 931 jeunes du département (contre 6 176 en 2010).

Par ailleurs, une participation à des manifestations de masse a permis de toucher plusieurs milliers d'adultes et de jeunes, mais de façon plus superficielle.

Suite aux difficultés budgétaires sur les crédits Groupement Régional de Santé Publique, il n'a pas été possible de reconduire en 2011 l'action estivale de prévention des abus d'alcool et de cannabis chez les jeunes vacanciers sur le littoral girondin (Bassin d'Arcachon et Médoc). Cette action sera cependant reprise en 2012.

- ✓ **Interventions de proximité en milieux festifs :**

En 2011 se sont déroulées les 2èmes rencontres nationales « Fêtes, jeunesses et territoires » les 20-21 et 22 avril 2011 à Bourges, sur le thème : *Villes festivalières, apéros géants, rassemblements festifs… Quel partage des responsabilités ?* Les intervenants du CEID auprès des jeunes en errance ont participé à ces journées dans le cadre du « Printemps de Bourges » 2011 pour présenter les actions en Gironde.

Les équipes du CEID interviennent en effet depuis 4 ans sur les « Zones Off » des milieux festifs (lieux de porosité entre jeunesse et jeunesse en errance). En 2011, elles ont participé à 13 festivals en Gironde/Aquitaine (travail de rue en sac à dos avec remise de matériel de réduction des risques). Ces festivals fréquentés par des milliers de jeunes ont permis d'en contacter un nombre important (environ entre 2000 et 3000 personnes). La mise en confiance de la part des organisateurs de ces festivals ont permis à nos équipes d'être sollicitées sur des lieux d'interventions encore plus communautaires et plus en retrait des actions sanitaires et sociales (free-party, hangars…) notamment cette année pour le Reggae-Sun-Ska à Pauillac dans le Médoc, le Festouille à Rions, FestArt à Libourne et le « festival des Confluences » à Coutras.

- ✓ **Jeunes en errance :**

De même, des actions de terrain (travail de rue) auprès des « Jeunes en errance » à Bordeaux se sont poursuivies notamment avec le soutien du Conseil général de la Gironde et de la DDSU de la Ville de Bordeaux. Ce travail de rue est complété d'activités en ateliers culturels (arts de la rue) à raison de 3 après-midi par semaine à **«** La Halle **»**, place Amédée Larrieu, dans des locaux mis à disposition par la Mairie de Bordeaux.

Des activités de médiation, à Bordeaux, particulièrement dans le quartier Victor-Hugo/Mériadec/St-Michel/Saint Jean, en lien avec la Mairie et avec le concours du Fonds Interministériel de prévention de la Délinquance (FIPD) viennent aussi compléter ce dispositif.

En 2011, la file active de l'action « Jeunes en errance » a été constituée de 321 personnes (330 en 2010) dont 95 ont fréquenté les ateliers, 192 personnes ont bénéficié d'un suivi régulier (142 personnes en 2010) et 786 orientations ont pu être effectuées.

- ✓ **Jeunes sous main de justice :**

En 2011 sur les 471 personnes convoquées aux permanences d'accueil/suivi en liaison avec la justice, le CEID a reçu 389 personnes dont 335 jeunes dans le cadre d'injonctions psychosociales. Il est à noter qu'un tiers environ des personnes ainsi orientées vers ce service y bénéficient ensuite d'un suivi ultérieur, ce qui fait de ce dispositif un outil intéressant d'accès aux soins. Il y a eu en 2011 une baisse de cette activité due au changement de la politique du Parquet de Bordeaux en matière du traitement des délits d'Infraction à la législation sur les stupéfiants(ILS). Afin de simplifier la procédure, le Parquet délègue le traitement de ces mesures aux services de Police et de Gendarmerie qui orientent directement les usagers interpellés vers CAAN'abus pour un entretien obligatoire (cf. plus bas). Le nombre des stages de sensibilisation a également augmenté (25 stages pour 250 jeunes en 2011 mis en place avec les Parquets de Bordeaux et Libourne) et il est envisagé d'en mettre en place à destination des mineurs en 2012 en lien avec la PJJ.

- ✓ **Consultations jeunes consommateurs (CAAN'abus) :**

588 jeunes suivis en Gironde en 2011.

- - *CAAN'Abus Bordeaux :*

La consultation avancée d'addictologie dédiée aux nouveaux usages et abus de drogues chez les jeunes (CAAN'Abus) est animée en partenariat avec l'ANPAA 33 et le Département d'Addictologie du Centre Hospitalier Spécialisé Charles Perrens, sous l'égide de la DT33 de l'ARS. Cette consultation a reçu 378 jeunes consommateurs en 2011 (437 en 2010) dont 128 accompagnés par une ou plusieurs personnes de leur entourage et 31 familles seules (sans le consommateur), pour un total de 928 consultations.

Par ailleurs, 17 séances de groupe ont été organisées pour des consommateurs.

- *CAAN'Abus Le Teich :*

En 2011, cette consultation a reçu 94 personnes pour un nombre total de consultations de 126. 7 de ces jeunes consommateurs sont venus avec une ou plusieurs personnes de leur entourage. Les familles de 19 consommateurs ont été reçues seules à leur demande.

- *CAAN'Abus La Teste :*

En 2011, des interventions à la demande de l'équipe dans les locaux du PAEJ PASSEREL sont maintenues.

- *CAAN'Abus Andernos :*

La consultation avancée d'addictologie dédiée aux nouveaux usages et abus de drogues chez les jeunes (CAAN'Abus) à Andernos-les-Bains inaugurée le 20 octobre 2009, s'est développée en 2010 dans les locaux du Point Information Jeunesse à Andernos-les-Bains. Cette consultation assure à la demande du lycée Nord Bassin une permanence dans ses locaux. (Un projet similaire va prochainement être mis en œuvre au Lycée Condorcet à Arcachon).

- *CAAN'Abus Libourne :*

Cette antenne de CAAN'Abus à Libourne, a commencé ses activités fin 2010 en partenariat avec la Mairie de Libourne et CapLib. Après diverses péripéties concernant la recherche d'un lieu d'accueil, elle a pu commencer à accueillir du public dans les locaux de l'association Cygnes de vie, courant 2011 : 31 premiers jeunes ont pu être accueillis pour un total de 124 consultations.

7. Le Centre Psychanalytique de Consultations et de Traitement (CPCT)

Lieu d'écoute gratuit, pour les adolescents de 11 à 25 ans, le CPCT Rive droite à Cenon est un lieu de parole, orienté par la psychanalyse, avec des effets de prévention des passages à l'acte.

C'est un lieu d'écoute gratuit. Le CPCT Lien social à Bordeaux est aussi un endroit où les parents peuvent dire leur mode particulier de parentalité, quand la fonction parentale est mise à mal.

Le CPCT Lien social répond aussi, au cas par cas, à la demande du (des) parent(s) des jeunes reçus au CPCT Rive droite. Distinguer les lieux de rencontre permet que la demande du parent, se décale de celle de leur enfant, afin que soit interrogé leur mode, toujours particulier, de parentalité.

Le CPCT assure en outre, des formations auprès des professionnels appelés à travailler avec les adolescents du champ social et de l'Education Nationale.

Le CPCT Rive droite – adolescents à reçu :

- en 2010 : 238 jeunes, dont 45% de « grands adolescents » (âgés de plus de 16 ans),
- en 2011 : 196 jeunes, dont 70% de « grands adolescents ».

La demande des jeunes de « 16 ans et plus » s'accroît avec une indication de traitement.

Tandis que le CPCT Lien social – adultes distingue une fréquentation stable de 162 et 160 demandes, dont 40% des demandes sont celles de femmes entre 26 et 40 ans, qui interrogent leur « être parent ».

Le CPCT Rive droite a reçu, au cours de ces deux années : 434 jeunes, soit plus de 3 000 heures de consultations. Si pour certains jeunes quelques séances ont produit un effet thérapeutique rapide pour plus d'un tiers de ceux-ci, un traitement par la parole de 12 séances était indiqué, voire pour quelques uns, une reconduite du traitement pour reprendre à nouveau les changements amorcés.

Les professionnels de l'Education Nationale sont cette année encore, les premiers partenaires prescripteurs pour le CPCT Rive droite. Il est enregistré un accroissement des demandes provenant des associations du champ judicaire et médico-social en charge d'accompagner les « grands adolescents ». Si le nombre de jeunes dits « décrocheurs » n'a pas vraiment progressé, force est de constater que de plus en plus de jeunes viennent dire leur désarroi par rapport à l'orientation professionnelle qui leur a été proposée. Démunis face à leur mal-être, et aux injonctions sociales : « être compétent », « avoir un projet », « devenir autonome »,… ils peinent à formuler une demande précise, à envisager un avenir, optant pour : un ne « rien » vouloir et parfois ne « rien attendre » de l'autre. Il s'agit alors de donner place au désarroi pour que s'ouvrent de nouvelles perspectives.

Au CPCT Lien social, 70% des adultes reçus sont des femmes. La plupart viennent interroger leur position de femme et de mère, leurs difficultés voire leurs impasses parentales pour faire face au quotidien, aux situations qui se répètent et qui peuvent constituer un insupportable. Il peut s'agir aussi de situations plus complexes où l'agressivité n'est pas en reste.

8. Le Dispositif d'appui Aquitain drogues et dépendances (DaAdd)

Le dispositif d'appui est une structure de conseils et de ressources destinée à appuyer les chefs de projets drogues et Toxicomanies d'Aquitaine dans l'élaboration, le suivi et l'évaluation des plans MILDT départementaux. Le DaAdd est également un outil au service de tous les acteurs institutionnels et associatifs, et participe à la mutualisation et au partage des compétences en matière de prévention des conduites addictives et au développement de l'approche interministérielle des enjeux.

Le DaAdd s'intéresse à l'ensemble des substances potentiellement impliquées dans la relation de dépendance, qu'il s'agisse du tabac, de l'alcool, des substances illicites, ou encore d'addictions comportementales. Il s'attache à promouvoir une prévention qui prend en compte tous les publics et tous les lieux de vie, qui considèrent l'ensemble des facteurs déterminants individuels, environnementaux et sociétaux ainsi que les facteurs de protection et de vulnérabilité en jeu dans les usages de substances psychoactives.

Le DaAdd participe à la diffusion de ressources sur les addictions, valorise savoirs et savoir-faire sur la thématique, suscite et accompagne les acteurs et/ou les décideurs dans l'élaboration, le montage et le suivi de leurs initiatives en matière de prévention des addictions. Pour ce faire, l'équipe du dispositif développe depuis 2010 ses actions autour de trois grandes missions depuis 2010 :

- ✓ **- L'aide au diagnostic et à l'observation :**

Par L'observation des usages et de leurs conséquences sanitaires, sociales et judiciaires qui vise à fournir aux décideurs et acteurs dans le domaine des usages de substances psychoactives et des dépendances, les éléments préalables à l'élaboration de plans et de programmes territoriaux. Au-delà de la mise à disposition d'éléments d'aide à la décision, il s'agit également de compléter et mettre à jour une base de connaissances pluridisciplinaires dans le champ de l'addictologie.

- ✓ **- L'appui méthodologique :**

Il contribue à la construction d'actions ou de programmes de prévention et à leur évaluation. Cet appui s'adresse aussi bien aux chefs de projets et services interministériels mettant en œuvre les politiques publiques qu'aux structures privées porteuses de projets.

- ✓ **- La diffusion d'informations :**

Le dispositif participe et veille à la diffusion d'informations relatives à l'ensemble des champs concernés qu'ils soient théoriques et/ou pratiques. Il s'agit de partager les compétences et les ressources locales et/ou nationales au travers de la diffusion réactive d'outils de prévention, des actualités en matière de traitements des addictions, des textes législatifs émis, des différents plans des instances publiques, des nouvelles tendances et des nouvelles drogues, des colloques et formations programmés dans les départements ou dans la région.

Il est à signaler la sortie d'une plaquette Fondation de France éditée par le GRITTA et le CEID sur « Famille et addiction » qui vise à informer les familles des possibilités d'accompagnement dont elles peuvent bénéficier concernant la présence de problématiques additives en leur sein. (En ligne sur le site du dispositif d'appui www.daadd.fr).

La consommation de substances psychoactives des jeunes de 17 ans (consommation ponctuelle massive d'alcool, usages de cannabis et de cocaïne pour l'essentiel) est une problématique bien identifiée sur le territoire girondin. La dernière extraction régionale de l'enquête ESCAPAD 2011 confirme les observations des acteurs locaux et témoigne de manière significative des consommations ponctuelles d'alcool, dans le dernier mois et une expérimentation de cannabis chez les jeunes aquitains au dessus des moyennes nationales. Ces jeunes publics captifs sont particulièrement exposés aux risques de blessures, de chutes, accidentologie routière, coma éthylique ou encore inconduites sexuelles pendant les sessions de consommation auxquels se surajoutent quelques fois des vulnérabilités individuelles. En regard du nombre de jeunes concernés : 60% des jeunes de 17 ans déclarent avoir été ivre dans l'année, une stratégie de réduction des risques apparait essentielle à la protection de ces jeunes afin de leur permettre d'éviter les conséquences délétères de comportement, qui bien que ponctuels, n'en sont pas moins dangereux pour leur santé et leur sécurité.

Il apparait donc primordial que l'ensemble des acteurs qui interviennent auprès des jeunes intègre des messages de réduction des risques liées aux usages d'alcool aux cotés des actions de prévention des addictions qu'ils organisent.

Recommandation n°9 :
L'ODPE recommande le maintien de la vigilance et la mise en réseau des différents professionnels autour des risques liés aux addictions chez les jeunes.

9. Le Groupement des Pédiatres de la Gironde et la Section Aquitaine de l'Association Française de Pédiatrie Ambulatoire (GPG/AFPA)

Deux structures associatives regroupent les pédiatres :

Le GPG regroupe la totalité des pédiatres libéraux et un certain nombre de médecins de PMI du département ; ses buts sont l'organisation de séances de formation médicale continue de 2h en soirée (8 par an) et l'organisation de gardes de week-end de pédiatrie, Il est à souligner qu'un pédiatre de PMI du département fait partie du bureau du GPG

Et

La Section Aquitaine de l'Association Française de Pédiatrie Ambulatoire (AFPA). L'AFPA est une Société Savante associative nationale, elle regroupe les pédiatres d'exercice exclusivement ambulatoire ou mixte (ambulatoire et hospitalier ou institutionnel). Ses buts sont la formation médicale continue, donc actuellement, le Développement Professionnel Continu (obligatoire) et la défense de la santé de l'enfant et de l'adolescent. L'AFPA est déclinée en régions : d'où la section Aquitaine.

En Gironde ces deux structures bien que distinctes sont dans les faits mêlées dans leurs buts et actions. L'AFPA étant plus en lien avec les structures nationales en particulier au sein du Conseil National Professionnel de Pédiatrie (CNPP). Cette structure regroupe sociétés savantes et syndicats, libéraux et salariés dont les hospitaliers et les institutionnels (PMI). Une section aquitaine du CNPP va être créée.

- ✓ **Les pédiatres libéraux et la Protection de l'enfance :**

Les pédiatres libéraux, du fait probablement du caractère libéral de leur exercice, font état de leur impression d'agir sur une population assez homogène, relativement favorisée socialement, et de leur sentiment d'être peu souvent confrontés à des situations de danger grave de l'enfant, au sens où semble l'entendre l'ODPE. Ils regrettent toutefois les difficultés d'accès aux soins libéraux des populations très précaires en Gironde et seraient favorables à une mobilisation des pédiatres par le biais de la branche Aquitaine de pédiatres du monde de l'ONG Pédiatres du Monde.

Les pédiatres libéraux considèrent cependant que les risques de danger, les dangers et les nécessités de protection de l'enfant, existent non seulement parmi les publics précaires mais également dans les couches sociales favorisées, pour lesquelles le diagnostic est parfois difficile à évoquer et à poser. Par ailleurs pour les pédiatres libéraux la protection de l'enfant inclut les situations à risque médical (handicap, psychopathologie, maladies graves menaçant la santé physique à long terme), à risque psychologique (trouble de la parentalité ou relationnel intrafamilial menaçant l'équilibre psychique de l'enfant), à risque social (troubles des apprentissages menaçant l'insertion ultérieure) Les pédiatres ambulatoires se sentent donc acteurs des actions de la prévention de l'enfance en danger et estiment assurer une part de la prévention et de la prise en charge dans le cadre de leurs domaines et modalités d'intervention. Une proposition est faite pour que l'affichage d'information et de prévention sur le bébé secoué soit effectué dans tous les cabinets de pédiatrie.

Recommandation n°8 :
L'ODPE recommande, au regard de la recrudescence observée des situations relevant du syndrome du bébé secoué, que soit réactivée la campagne de prévention à l'attention des parents, notamment dans les maternités, ainsi que de tous les professionnels de la petite enfance, exerçant dans des structures collectives ou à leur domicile.

- ✓ **L'action de l'AFPA en direction des familles**

L'AFPA a mis en place, en novembre 2012, un site internet d'information des familles www.mpedia.org, sur les questions de santé et de parentalité, financé par l'INPES : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, établissement public administratif, acteur de santé publique plus particulièrement chargé de mettre en œuvre les politiques de prévention et d'éducation.

L'AFPA par ailleurs intervient sur l'information et la sensibilisation des familles via les médias par des communiqués de presse ciblés (le dernier sur les questions de parentalité). Ces communiqués de presse génèrent des articles dans la presse grand public.

- ✓ **L'activité des pédiatres en Gironde**

Globalement un pédiatre libéral effectue en moyenne 3500 consultations par an.

Le nombre de pédiatres libéraux en Gironde est de soixante. Les départs en retraite sur les années à venir, et le manque de visibilité sur le nombre d'installations prévues, ne permettent pas de savoir si le service pourra être identique en terme de chiffre.

L'activité des pédiatres libéraux peut se décliner autour de plusieurs axes :

Les consultations de pédiatrie en libéral : prise en charge du nouveau né, de l'enfant et de l'adolescent :

Les maternités privées :

- consultations anténatales : avis parfois demandé en cabinet, sur le dépistage d'une anomalie par les Centres de Diagnostic Prénatal (CDPN).
- prises en charge du nouveau né à la naissance,
- réanimation éventuelle (prévention handicap),
- consultations de naissance et sortie de maternité : dépistage des anomalies / prévention par repérage des enfants à risques et conduite à tenir dans la prise en charge ultérieure,
- prise en charge des pathologies, avec si besoin transfert éventuel à l'hôpital,
- lien avec la PMI pour les situations à risque social,
- participation au Réseau périnatal,
- lien avec le pôle de psychiatrie mère – enfant,

Le suivi des enfants et des adolescents :

- suivi précoce (J 8 à J 15), après la sortie de maternité (consultation d'autant plus précoce et importante que la sortie de maternité s'est faite, après hospitalisation, en lien avec la sage femme dans le cadre du PRogramme d'Accompagnement du retour à DOmicile (PRADO). L'accompagnement du retour à domicile après hospitalisation est l'une des nouvelles offres de l'Assurance Maladie. Son objectif : proposer aux patients, en fonction de leur état de santé et de leurs souhaits, un suivi des accouchées et de leurs enfants par une sage-femme libérale, dans le cadre d'une sortie précoce de la maternité,

- suivi ultérieur par des consultations prévues : ces consultations concernent le dépistage des anomalies et des troubles du développement somatique, psychologique, affectif et social,

- prévention des pathologies organiques (suivi de la croissance, vaccinations, alimentation : prévention obésité infantile),

- prévention des troubles des apprentissages par le dépistage précoce des déficits sensoriels, des déficits neuromoteurs, et psychologiques,

- prévention des troubles psychologiques par la guidance parentale et le dépistage des situations familiales à risque.

Les soins aux enfants et adolescents :

- Prise en charge de pathologies aigues et chroniques : à la demande des parents, à la demande des médecins généralistes (rarement car ceux-ci sollicitent directement l'hôpital), et à la demande d'un médecin hospitalier pour suivi conjoint dans le cadre de pathologies chroniques.

Service de garde ambulatoire de week-end (samedi et dimanche de 8h à 20h).

Les consultations dans le cadre de la garde libérale de week-end à la Clinique Bordeaux Nord Aquitaine, représentent une file active de 5 000 consultations par an, qui ne sollicitent pas le service d'urgence hospitalière. Toutefois ce service de garde de week-end est menacé dans son existence, parce qu'il repose sur

l'accueil bénévole de la clinique Bordeaux Nord Aquitaine. Or les pédiatres considèrent que ce système de garde protège l'enfant dans la mesure où il évite beaucoup de passages aux urgences et rend un vrai service de proximité en matière de santé physique.

- ✓ **Participation possible à des réseaux de soins :**

Les RéPOP sont des réseaux qui réunissent des professionnels de santé, libéraux, hospitaliers, de santé scolaire et de protection maternelle et infantile autour de la prise en charge et de la prévention de l'obésité pédiatrique de l'enfant et de l'adolescent en Aquitaine. Il propose une prise en charge de proximité et multidisciplinaire, réunissant les professionnels de santé de ville, les hospitaliers et les institutionnels.

Cette prise en charge dure deux ans, durant lesquelles, le patient peut bénéficier d'un suivi médical régulier, accompagné éventuellement d'un suivi diététique et/ou d'un suivi psychologique. Le RéPOP, fonctionne remarquablement et son action en matière de protection vis à vis des risques somatiques et psychosociaux de l'obésité est indéniable.

L'association Réseau Santé Langage (RSL):

Aujourd'hui disparue, l'association Réseau Santé Langage était un réseau de santé, créé pour contribuer à réduire le nombre et la gravité des troubles du langage et/ou de la communication chez le jeune enfant (0 à 6 ans révolus) en Gironde. Il était financé par des fonds publics.

Les acteurs du RSL étaient :

• les médecins : médecins généralistes, médecins scolaires et de PMI, pédiatres et autres spécialistes.

• les paramédicaux : orthophonistes, psychomotriciens, psychologues…

• les autres professionnels de la petite enfance,

qui connaissaient le fonctionnement du réseau, ses procédures et les outils mis à leur disposition.
Les missions du Réseau consistaient à :

- améliorer le dépistage précoce des troubles du langage et/ou de la communication,

- sensibiliser les parents à leur rôle dans le développement du langage et de la communication de leur enfant : réunions « Invitation au langage » dans les structures d'accueil,

- développer l'information et la formation des professionnels de la petite enfance,

- améliorer le suivi des patients en renforçant la coordination des professionnels.

Le RSL a connu des difficultés de fonctionnement notamment, faute de moyens financiers alloués suffisants.

Le RSL : a assuré un rôle primordial au niveau des soins et de la prévention des troubles des apprentissages facteur essentiel de protection sociale. Sa disparition est très dommageable pour l'enfant, en terme de protection de ses capacités cognitives.

C'est la raison pour laquelle, il est suggéré :

- une réflexion sur de nouvelles bases de fonctionnement du Réseau Santé Langage afin de favoriser sa reprise.

- l'étude de création de nouveaux réseaux (par exemple, prise en charge des troubles des apprentissages scolaires),

Les relations avec les autres médecins institutionnels participant à la Protection de l'enfance

L'AFPA et le GPG souhaiteraient que soit renforcé le partenariat entre les différents professionnels de santé (le pédiatre, le médecin généraliste, le médecin de PMI, le médecin scolaire, le pédopsychiatre des CMP, les médecins des établissements, les médecins de la MDPH…) autour des enfants en danger ou en risque de l'être. L'articulation avec le pédiatre, est d'autant plus indispensable quand l'enfant présente un problème de santé, organique ou psychologique, le mettant en danger.

Les difficultés de communication et de coordination entre ces professionnels exerçant auprès des enfants et des adolescents sur un territoire sont d'une part, dues, à une méconnaissance respective et d'autre part à une prise en charge trop segmentée de l'enfant au détriment d'une prise en charge préventive et curative globale, prenant en compte sa famille, son environnement scolaire ou institutionnel, sa culture…..

Le GPG et l'AFPA proposent que soit organisée une réunion annuelle, par secteur avec l'ensemble de ces professionnels médicaux et que les coordonnées de chacun soient connus de tous (répertoire, site É) autour des thématiques en lien avec la prévention et la protection de l'enfance.

De même, ces associations sont en demande de rencontres (réunions, synthèses É) autour de situations d'enfant ou d'adolescent, avec une planification programmées très en amont avec les pédiatres.

Recommandation n°6 :
L'ODPE recommande, que, dans le cadre de la Protection de l'enfance, soient améliorées, la coordination et la communication entre les médecins, pédiatres libéraux, médecins PMI et médecins scolaires.

10. Médecins du Monde Gironde Délégation Régionale Aquitaine

✓ **Les domaines et modalités d'intervention de cette association**

Ils sont relatifs à l'accueil médico-social, l'orientation et les accompagnements vers le droit commun, des personnes en situation de précarité.

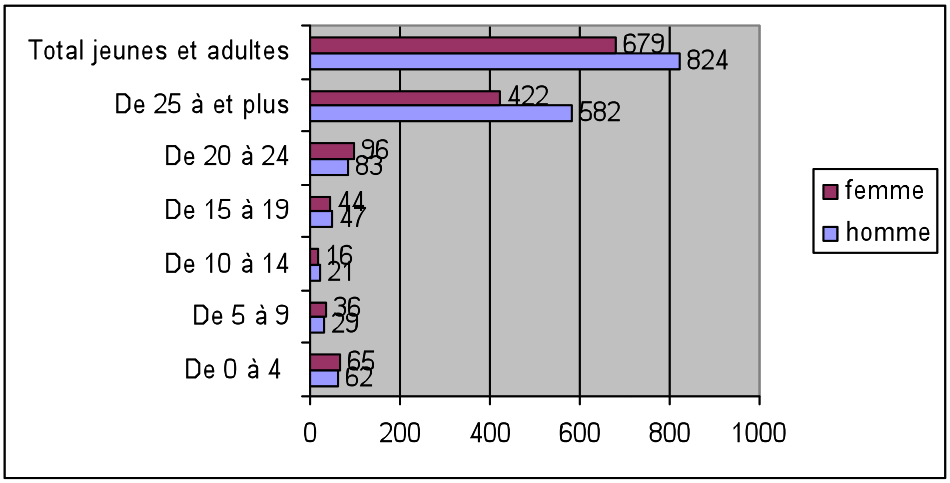
MDM organise des consultations médicales, sociales, dentaires, infirmiers, sage-femme, dépistage TROD (Test Rapide d'Orientation et de Dépistage pour le SIDA), et des permanences : CPAM, cours de français de langues étrangères. L'offre de la MDM s'est élargie avec : une consultation supplémentaire hebdomadaire de sage-femme, et une consultation chez les Roms.
Au niveau de l'activité de la MDM à souligner une augmentation des mineurs reçus depuis 2009 et confirmée en 2011, avec 12,2% de patients reçus, âgés de moins de 18 ans.

Tableau 33 : Tranches d'âge et nombre de patient

Année 2011 / âge	Nombre	%
De 0 à 4 ans	127	8,4 %
De 5 à 9 ans	65	4,3 %
De 10 à 14 ans	37	2,5 %
De 15 à 19	91	6,1 %
De 20 à 24 ans	179	11,9 %
De 25 à et plus	1004	66,9 %
Total jeunes et adultes	1503	100 %

Source Médecins du Monde

Graphique 25 - taux de réponse /tranches d'âge et nombre de patients



Source Médecins du Monde données issues des dossiers sociaux.

L'association souligne la prise en compte nécessaire de la problématique linguistique et de l'extrême complexité des législations concernant les protections maternelles et infantiles des pays d'origine très différents de la notre.

Elle relève un défaut d'information des publics en situation irrégulière sur leur accès au droit.

Elle attire l'attention sur les difficultés d'accès à l'Aide Médicale d'Etat (AME) et aux soins en général notamment pour les enfants et les jeunes femmes mineures enceintes, étrangers en situation irrégulière sur le territoire français, vivant avec leurs parents, sans domicile fixe, (en ce moment beaucoup de roumains et de bulgares).

Les raisons de ces difficultés sont plurielles :

- la barrière linguistique : toutes les associations ou institutions ne disposent pas d'un système de traduction permettant une compréhension suffisante.

- la crainte des familles d'une expulsion du territoire, dès lors qu'elles s'inscrivent dans une démarche administrative auprès des institutions, notamment la domiciliation dans une association ou dans un CCAS.

- les contraintes diverses (problème de transport, recherche de moyens de subsistance, d'hébergement) qui parasitent les démarches administratives à réaliser, d'où les non suites données par les familles, aux demandes de constitution de dossier d'aide médicale d'état.

- des jeunes filles (13 à 15 ans) enceintes vivant maritalement avec leurs compagnons également mineurs, sans autorité parentale, sans tuteur légal, sans parent proche sur le territoire français, sans possibilité donc de se voir accorder l'aide médicale d'Etat. Bien souvent il s'agit de jeunes filles matures, bénéficiant le plus souvent d'un entourage communautaire, de ce fait non demandeuses d'un hébergement dans le cadre de la Protection de l'enfance. Dans ces cas MDM est dans une impasse pour faire accéder ces personnes à une aide médicale d'Etat.

- des demandes de justificatifs non règlementaires pour la constitution des dossiers d'aide médicale d'Etat, (notamment domiciliation et RIB)

L'association relève également l'absence de Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS) pédiatrique et périnatale, ce qui conduit à des orientations par défaut dans les services d'urgences pédiatriques et obstétricales. Le suivi des vaccinations s'avère, en outre problématique, car les parents en provenance de la Bulgarie ou de la Roumanie par exemple, n'ont pas tous un carnet de santé pour leurs enfants, les vaccins peuvent ou pas, être à jour, MDM l'ignore. Comment y remédier ?

Les parents ne connaissent pas ou ne comprennent pas les dispositifs de prévention mis en place sur le territoire français. Il manque de documents informatifs traduits en multi langues pour ceux ayant un accès à la lecture.

- ✓ **MDM apporte deux situations afin d'illustrer les problématiques soulevées :**

La première porte sur un défaut de compréhension, lié à la barrière de la langue et de l'absence de coordination des différents partenaires ; la seconde sur les problèmes en lien avec la non présentation du carnet de santé.

Le jeune A : A est un nourrisson âgé de 10 mois d'origine bulgare, né en France, mais qui n'a pas de droits ouverts. Ses vaccinations ne sont pas à jour. Ses parents sont arrivés en France il y a deux ans et ne parlent pas bien le français. Ils vivent dans un squat à Bordeaux. En février 2011, A consulte aux urgences pédiatriques de Bordeaux pour une gastro-entérite aigue d'origine virale évoluant depuis 4 jours. Son examen est rassurant, il sort des urgences avec un traitement classique. Aucune orientation vers le réseau extrahospitalier, n'est proposée ; ni la PMI, ni l'équipe mobile de MDM n'ont été averties de cet événement. Le traitement remis a été expliqué à ses parents, mais sans traduction dans leur langue maternelle, ils ne l'ont donc, pas bien compris Il s'ensuit une erreur de préparation du traitement par les parents du petit A et donc un traitement inefficace. Quelques jours après, l'état de A se dégrade. Ses parents appellent les secours. A l'arrivée du SAMU, l'enfant est en état de choc nécessitant une prise en charge agressive et un transfert dans le service de réanimation médicale. La durée de séjour en réanimation est de 3 jours. Son état s'améliore progressivement. Il sortira de l'hôpital 4 jours après. Heureusement A n'aura pas de séquelles de cet événement. En

dehors d'une consultation aux urgences pédiatriques légitime, devant la grande difficulté voire l'impossibilité de recourir à une traductrice aux urgences pédiatriques et par le manque d'orientation et de suivi, en définitive A aura bénéficié d'une intervention du SAMU, d'un séjour de 3 jours en réanimation et 4 jours en service conventionnel. Cette prise en charge aura coûté environ 10 000 euros au système de soins pour une simple gastro-entérite initialement sans signes de gravité. »

Le jeune E : appel du Secours Catholique d'une ville proche de Bordeaux concernant le petit E ressortissant roumain qui doit partir en classe de découverte avec sa classe. Les enseignants ont instruit un dossier auprès du secours catholique pour qu'il puisse partir avec ses camarades. L'assistante sociale scolaire a financé une assurance scolaire spécifique, l'aide médicale d'Etat des parents couvre l'enfant, la pièce d'identité et domiciliation sont effectives. Il ne manque que le carnet de vaccinations de l'enfant, à jour, pour que son inscription soit prise en compte. Les parents sont dans l'incapacité de fournir le carnet de santé roumain et/ ou français. Il faut faire vite le départ est prévu deux jour plus tard. L'équipe mobile de Médecins du Monde intervenant sur les squats, a répondu à cette sollicitation car elle assure un suivi régulier avec les familles et en particulier avec les enfants ; elle a assuré que les vaccins « obligatoires » étaient à jour. Le jeune E a pu ainsi donc, se joindre à sa classe pour partir.

L'accès aux soins des mineurs étrangers doit être une préoccupation essentielle des pouvoirs publics. Il faut rappeler que les mineurs peuvent bénéficier de l'Aide Médicale d'Etat dès leur arrivée sur le territoire français et non après 3 mois de séjour, comme pour les majeurs comme l'a rappelé le Conseil d'Etat dans un arrêt du 7 juin 2006. En outre, la Convention Internationale des Droits de l'Enfant (CIDE) dispose en son article 26 que « Les Etats reconnaissent à tout enfant le droit de bénéficier de la sécurité sociale y compris les assurances sociales, et prennent les mesures nécessaires pour assurer la pleine réalisation de ce droit en conformité avec leur législation nationale. » Cet accès aux soins des mineurs étrangers doit être effectif sur le territoire français.

Pour assurer cette effectivité, on peut envisager la mise en place d'une Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS) pédiatrique, dans tous les hôpitaux pédiatriques et généraux, avec une consultation de pédiatrie générale et un accès inconditionnel à l'ensemble du plateau technique pour les enfants n'ayant pas de droits sociaux, au moment de la consultation. Le PASS périnatalité pourrait en outre être développé avec des réseaux efficaces et efficients ; la PASS générale pourrait être adaptée aux spécialités de la prise en charge médico-sociale des femmes enceintes ou en suite de couches. L'accès aux soins des mineurs étrangers gagnerait en outre à faire l'objet d'un travail partenarial entre les institutions (Hôpitaux, services du Conseil général et l'équipe mobile Médecin du Monde) qui pourrait notamment se traduire par l'instauration d'une fiche de liaison commune à toutes les associations ou institutions œuvrant auprès de ce public, pour communiquer ce qui est déjà entrepris ou à faire.

Recommandation n°7 :
L'ODPE recommande la mise en place de mesures, pour rendre effectif, l'accès aux soins de tous les mineurs et les femmes enceintes, quel que soit leur statut, au regard de l'ouverture de leurs droits sociaux et sans que leur situation, relative aux règles de séjour des étrangers, ne constitue un obstacle. L'ODPE recommande particulièrement la mise en place d'une PASS materno-infantile dans les maternités, les hôpitaux pédiatriques et généraux, avec une prise en charge médico-sociale adaptée aux besoins spécifiques des femmes, des familles et des enfants en situation de précarité, et un accès inconditionnel à l'ensemble du plateau technique, pour les enfants et les femmes enceintes ou en suite de couches.

11. L'Union Départementale des Associations Familiales de la Gironde (UDAF)

Ce service fédère les associations familiales qui sont actrices de la prévention et de l'accompagnement éducatif. Aussi, l'UDAF est partie prenante du soutien à la parentalité et membre actif du REAAP. L'UDAF assiste les différentes associations familiales dans leurs actions dans ces domaines.

L'UDAF a mis en œuvre dans le cadre de la convention d'objectif des services innovants :

- l'Espace Information Nouveaux Parents (EINP) mis en œuvre dans 2 maternités Bordeaux Nord et Lormont. C'est un dispositif de prévention précoce, ce dispositif est animé par des professionnels et des bénévoles formés. Action qu'il serait souhaitable d'étendre dans d'autres maternités.

- Lire et Faire lire, action en partenariat avec la ligue de l'enseignement, animée par des bénévoles de l'UDAF.

Ces deux actions sont des services propres à l'UDAF.

En 2011 L'UDAF a mené une réflexion autour de son projet associatif, dans ce cadre, ce service a mis l'accent sur l'enfance, l'adolescence et la parentalité avec en action prioritaire, la mise en œuvre de la Maison des adolescents, porté en partenariat avec Rénovation et le CHU[11].

L'UDAF s'est attachée à donner une place significative aux familles dans ce projet, avec les relais d'appui à la parentalité.

[11] *Infra* MDA 33 page 198

Chapitre II : L'évaluation du danger ou du risque de danger

Dans l'objectif d'actualiser les données relatives à l'enfance en danger ou en risque de danger, ont été examinées, les avancées réalisées par le comité de suivi du protocole, l'analyse des données de la CRIP 33 ainsi que celle des principaux partenaires et enfin l'activité judicaire des tribunaux pour enfants.

Section 1 : Le protocole départemental

Le protocole d'accord relatif au recueil, au traitement et à l'évaluation des Informations Préoccupantes (IP) et des signalements concernant les mineurs en danger ou en risque de l'être, a été signé le 10 décembre 2009 entre le département de la Gironde et les institutions publiques, concourant aux missions de protection de l'enfance.
Ce protocole a été signé entre les partenaires les plus proches concernant le dispositif enfance en danger :

- le Président du Conseil général,
- le Préfet de la Gironde,
- les Présidents des tribunaux de grande instance de Bordeaux et Libourne,
- les Procureurs de la République des tribunaux de grande instance de Bordeaux et Libourne,
- l'Inspecteur d'Académie de la Gironde,
- le Directeur Départemental de la Protection judiciaire de la jeunesse.

Le Bureau de l'Enfance en Danger (BED), créé en Gironde en 2003 est donc devenu le noyau central de la CRIP 33.

Un comité de suivi du protocole a été mis en place, afin de veiller à son application, à sa pertinence .Il proposer les aménagements ou les modifications nécessaires et accompagner sa mise en œuvre.

A. Le comite de suivi et les conventions annexes

Comme il était prévu dans le protocole départemental, le comité de suivi est composé des représentants des institutions signataires, mais il a été élargi dès le départ à d'autres partenaires de la Protection de l'enfance dans le département, notamment les services du Centre Hospitalier Universitaire de Bordeaux (CHU : urgences pédiatriques et CAUVA) et les représentants des services d'Action Educative en Milieu Ouvert (AEMO).

Un partenariat de qualité existait déjà dans le département mais la création de l'ODPE et l'élaboration du protocole départemental a renforcé cette dynamique.

Les réunions du comité de suivi ont permis de resserrer ces liens partenariaux, grâce à une meilleure connaissance des interventions des uns et des autres et de leurs limites, développant ainsi une culture commune.

L'augmentation de la remontée des Informations Préoccupantes (IP) a nécessité d'engager un débat autour de cette notion, afin d'en redéfinir les contours et de redonner du sens aux liaisons de travail.

De même, l'augmentation des demandes d'évaluation du Parquet suite à des saisines du juge des affaires familiales concernant des conflits autour des droits de visite des parents, fait l'objet de questionnements.

Si le principe de subsidiarité de l'autorité judiciaire est tout à fait pertinent pour mettre en place les aides appropriées avec l'accord des familles, il peut aussi avoir des limites qu'il convient d'étudier de façon approfondie.

La connaissance et la reconnaissance des membres du comité de suivi, permettent l'émergence d'une réflexion riche et ouverte favorisant les réajustements nécessaires.

Le comité de suivi avait défini, comme prioritaire, l'élaboration d'une convention avec les services du CHU assurant la prise en charge médicale des enfants, en annexe au protocole.

C'est à cette tâche que s'est consacré un sous groupe de travail, composé de représentants des services du département (inspecteur enfance, responsable de MDSI, médecin de PMI, responsable du BED) et des services sociaux des différents pôles du CHU …

La collaboration avec les services du CHU a été riche d'enseignement et a permis l'élaboration d'une convention, qui est en cours de signature entre le Président du Conseil général et le Directeur Général du CHU. Cette convention sera annexée au protocole.

Les travaux du comité de suivi vont se poursuivre sur tous les points de régulation à aborder, avec un sous groupe de travail, en vue de l'élaboration d'une convention avec les centres hospitaliers spécialisés.

B. L'articulation avec l'Education Nationale

En ce qui concerne les données de l'Education Nationale relative à l'enfance en danger, des avancées en matière de recueil de données sont à remarquer.[12].

De même, il convient de noter l'engagement de l'Education Nationale à deux niveaux :

- *sa participation au comité de suivi* 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: L'assistante sociale et le médecin, conseillers techniques auprès de l'Inspecteur d'Académie participent au comité de suivi du protocole d'accord, ce qui permet une véritable articulation entre le protocole départemental et le protocole interne de l'Inspection Académique (protocole interne présenté, lors de la conférence annuelle de 2010).

- *l'accompagnement de la mise en œuvre du protocole départemental* « Protection de l'enfance » interne à l'Inspection Académique, avec :

- Intervention auprès des inspecteurs de l'Education Nationale (IEN),
- Intervention dans le cadre de la formation des nouveaux directeurs d'école,
- Intervention auprès des médecins et des assistantes sociales de l'Éducation Nationale,
- Intervention lors du stage d'adaptation à l'emploi des infirmières de l'Éducation Nationale,
- Intervention à l'École Nationale de la Magistrature dans le cadre d'un atelier sur le partenariat et la mise en place de protocoles.

Section 2 : Les informations préoccupantes et signalements : données et analyse

La CRIP centralise à l'échelle de la Gironde, toutes les informations préoccupantes (IP) concernant des enfants en danger ou en risque de l'être des services du département, des acteurs concourant à la protection de l'enfance et des particuliers.

La CRIP qualifie l'IP et transmet la demande d'évaluation aux MDSI (services sociaux éducatifs et PMI) et ou aux services habilités. Elle est garante du traitement et de l'évaluation des IP.

Elle transmet les signalements émanant des services du département à l'autorité judiciaire sur décision de l'inspecteur enfance. La CRIP, par ailleurs doit en principe recevoir copies des signalements directs adressés au Parquet par les autres professionnels concourant aux missions de protection de l'enfance conformément à la loi du 5 mars 2007.

Au-delà des données centralisées de la CRIP 33, il est essentiel d'analyser et de valoriser l'activité, dans ce domaine, des autres acteurs concourant à la Protection de l'enfance.

A. La Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes (CRIP 33)

La CRIP 33 constate une diminution du nombre d'informations préoccupantes (IP) reçues et donc du nombre d'enfants pour lesquels une IP est transmise au Conseil général. Cette diminution des informations dites préoccupantes peut être attribuée au dispositif de filtrage des IP mis en œuvre au niveau du BED à partir de juillet 2011, et aux effets de régulation que ce dispositif a induit sur les territoires.

Pour autant, le nombre de signalements à l'autorité judiciaire reste stable, mais la proportion des saisines en urgence a nettement augmentée.

---

[12] I*nfra* page 200

La proportion des enfants en risque de danger (71%) et des enfants en danger caractérisé (8%), après évaluation de l'IP, reste la même qu'en 2010.

Les difficultés éducatives parentales sont toujours au 1er plan des risques de danger évalués, et on note une forte augmentation des éléments risquant d'entraver la santé psychologique de l'enfant.

Les violences sexuelles constituent cette année le 1er type de danger caractérisé, suivies des violences physiques qui sont en nette augmentation.

Parmi les problématiques familiales à l'origine du danger ou du risque, les carences éducatives parentales restent très prégnantes mais les conflits parentaux liés à la séparation et les violences familiales et /ou conjugales affectent gravement les conditions de vie des enfants.

Tableau 34 : Nombre d'enfants concernés par une information préoccupante en fonction de l'âge et du sexe pour l'ensemble du département de la Gironde au cours de l'année 2011

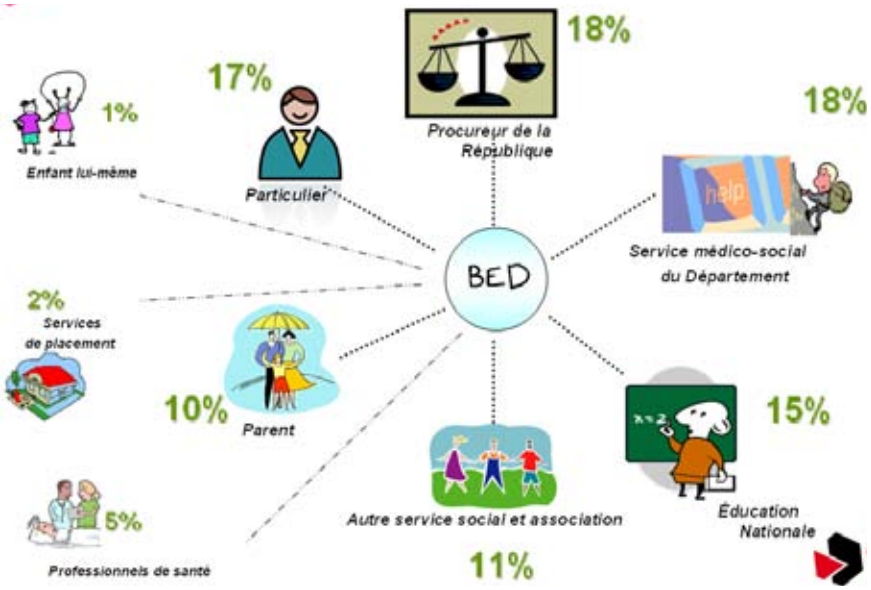
Année 2011	0-2 ans	3-5 ans	6-10 ans	11-14 ans	15-17 ans	non renseignée	Total
Filles	214	200	365	414	246	29	1468
Garçons	262	261	499	410	205	27	1664
Sexe inconnu	1	6	8	8	1	2	26
TOTAL	477	467	872	832	452	58	3158

54%

Source DGAS/DEF-BED Rapport d'activité

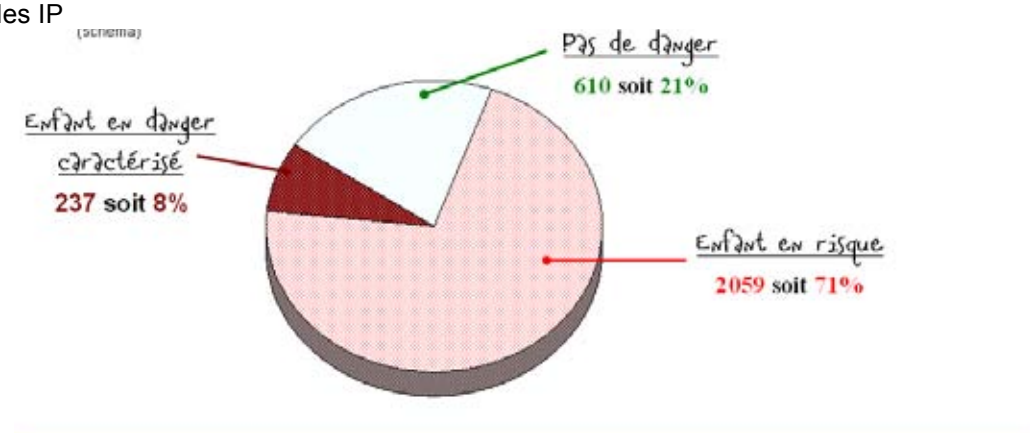
Le Bureau de l'Enfance en Danger a été destinataire d'une ou plusieurs informations préoccupantes (3541 IP), concernant 3158 mineurs en danger ou en risque de danger entre le 1er janvier et le 31 décembre 2011. *Soit moins de 124 enfants et moins de 166 IP par rapport à 2010 (en 2010 : 3282 enfants / 3707 IP)* - 62% des familles, dont sont issus ces enfants, ont déjà bénéficié d'une aide au titre de l'ASE. (*Source Système d'Information Décisionnel).*

Graphique 26 - Origine des 3541 Informations préoccupantes transmises au Bureau de l'Enfance en Danger du 1er janvier au 31 décembre 2011



Source DGAS/DEF-BED Rapport d'activité

Graphique 27 - Caractérisation de la situation en terme de « risque / danger / absence de danger », après évaluation des IP



Source DGAS/DEF-BED Rapport d'activité

Il s'agit des évaluations réalisées, au cours de l'année 2010, et qui concernent des IP transmises au BED en 2011 ; mais également des IP qui ont été transmises au BED en 2010 et dont l'évaluation a été réalisée en 2011.

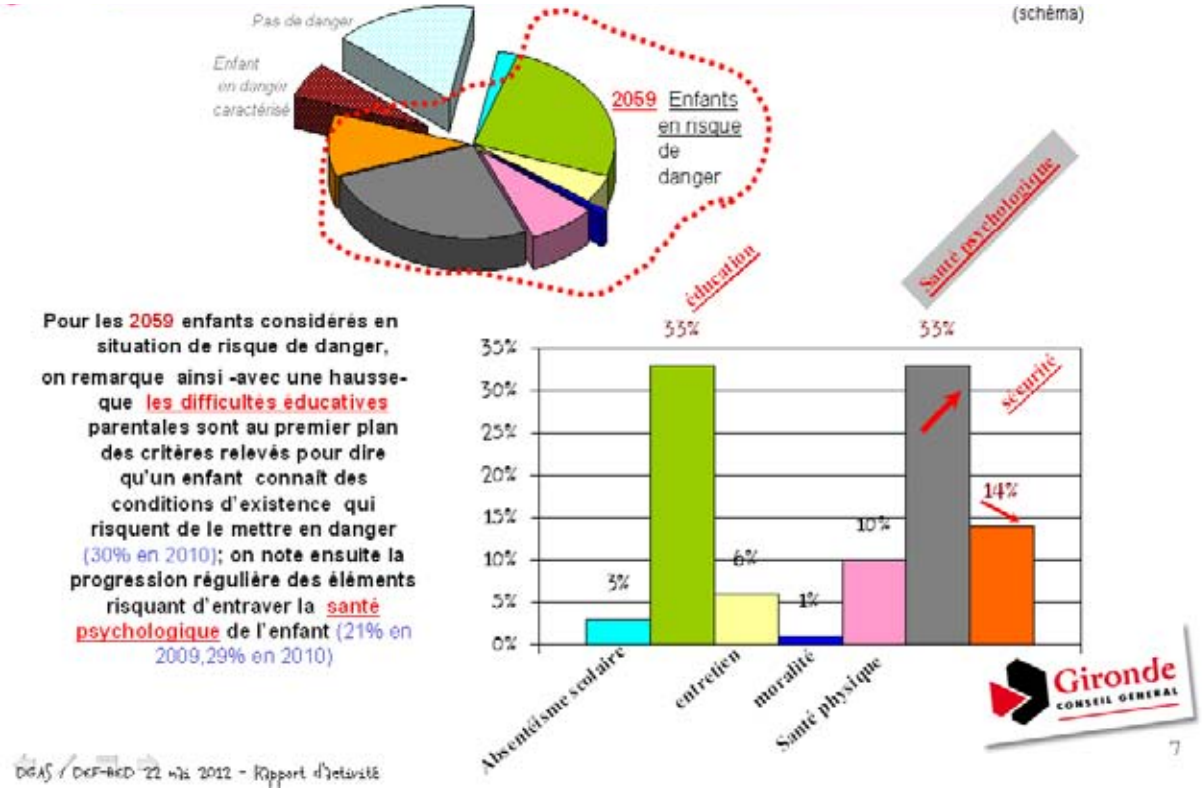
Au vu des éléments mis en évidence au cours de l'évaluation, on observe que :

- 71% des enfants dont la situation a été évaluée, connaissent des conditions d'existence qui risquent de les mettre en danger, *(72% en 2010).*
- 8% sont considérés comme connaissant une situation de danger, *(9% en 2010)*.
- et 21% sont considérés comme n'étant pas en danger, *(19% en 2010)*.

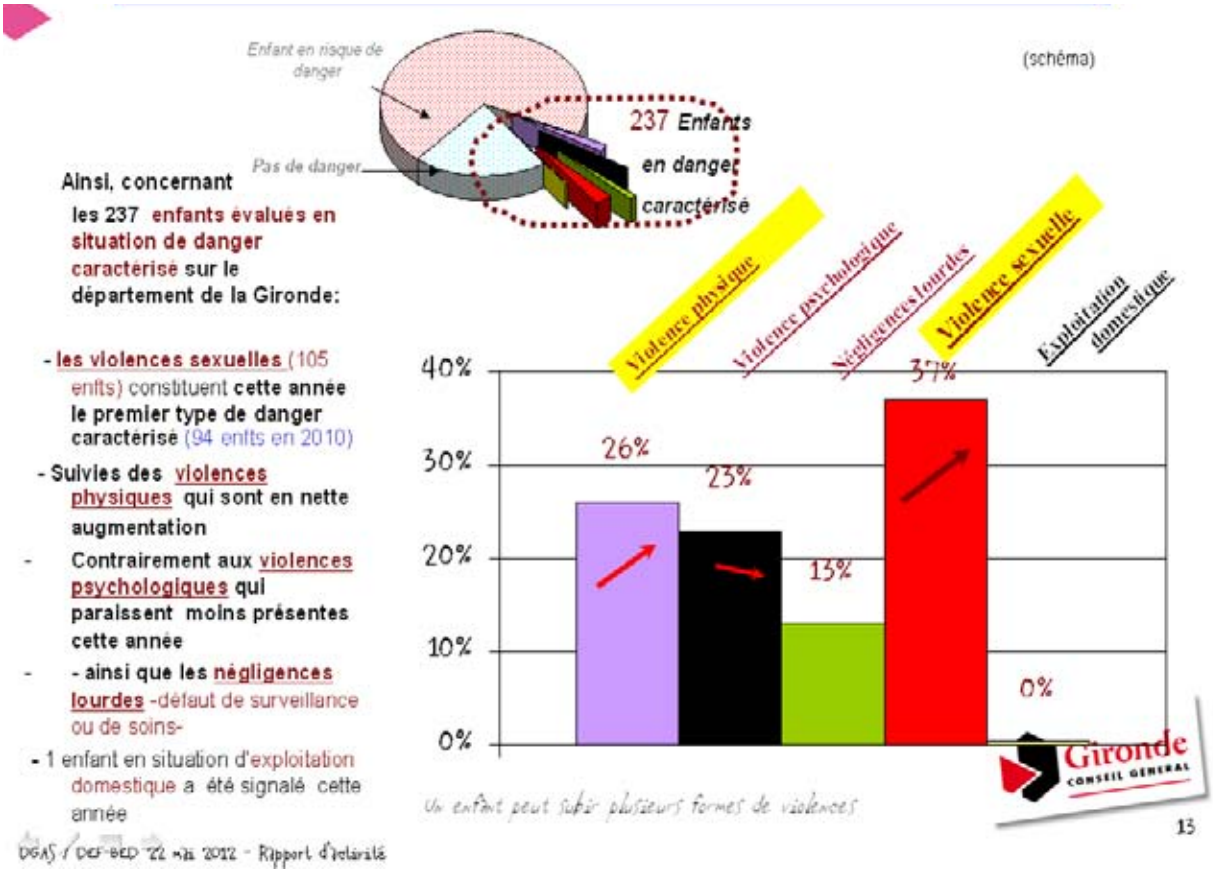
Typologie du risque principal pour les 2059 enfants considérés en risque de danger, après évaluation :

Il s'agit des évaluations réalisées au cours de l'année 2010 et qui concernent des IP transmises au BED en 2010, mais également des IP qui ont été transmises au BED en 2009 et dont l'évaluation a été réalisée en 2010.

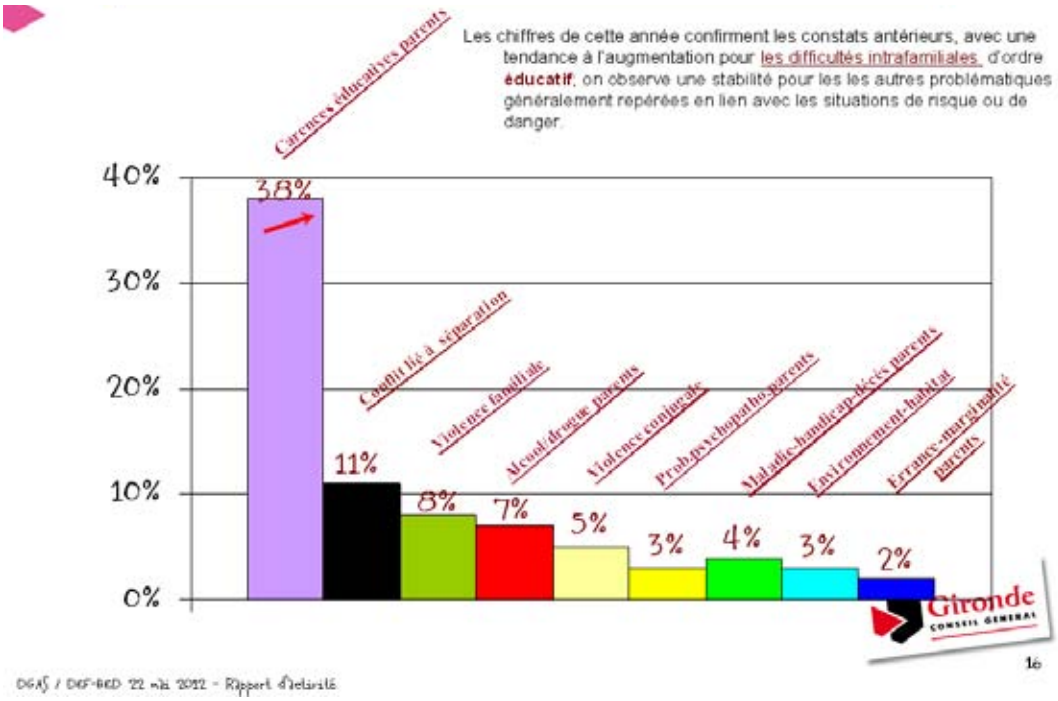
Graphique 28 – Typologie du risque principal pour les 2059 enfants considérés en risque de danger après évaluation. :



Graphique 29 - Typologie du danger principal pour les 237 enfants considérés en danger caractérisé après évaluation



Graphique 30 - Typologie des problématiques familiales à l'origine du danger ou du risque, repérées dans le cadre de l'évaluation



Graphique 31- D□cisions administratives prises en 2011 suite ˆ l□□valuation d□une IP

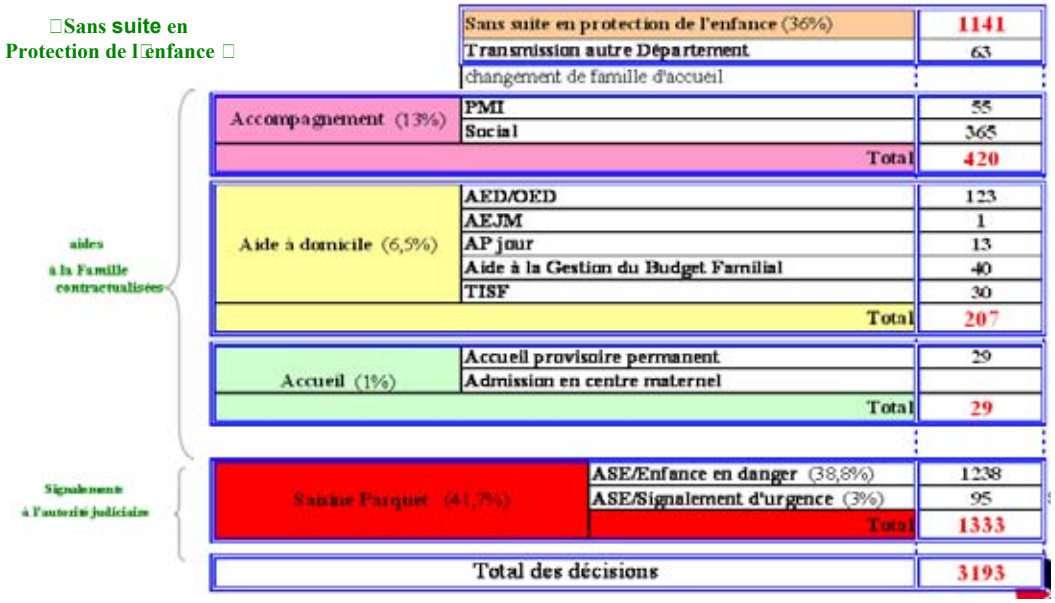


Tableau 35 : Evolution du nombre de signalements ˆ l□autorit□ judiciaire au cours des 3 derni res ann□es

	2009	2010	2011
ASE/Enfance en danger	1361	1286	1238
ASE/Signalement urgence	78	63	95
	1439	1349	1333

Source DGAS/DEF-BED Rapport d□activit□

A noter en 2011 par rapport ˆ 2010, une augmentation des 1/3 des signalements dits □en urgence □, c□est-ˆ-dire pr□sentant des □l□ments d□extr me gravit□.
Les d□cisions dites □sans suite en protection de l□enfance □ appellent le m me type de commentaire que les ann□es pr□c□dentes :

Le terme de □ sans suite □ en protection de l□enfance, ou □classement sans suite □ correspondant ˆ la d□cision administrative qui peut cl□turer un dossier Enfance en Danger peut recouvrir plusieurs r□alit□s tr s diff□rentes, en terme de risque ou de danger :

- La d□cision □sans suite □ peut correspondre bien entendu ˆ des situations relevant de l□**absence de danger** au temps T de l□□valuation;

- Mais elle peut aussi signifier que l□inspecteur enfance n□a pas pris de nouvelles mesures, au titre de l□ASE, parce que la situation □tait d□jˆ prise en compte dans le cadre d□une aide ou d□une mesure administrative ou autre prise en charge priv□e, ou bien encore dans le cadre d□une mesure judiciaire y compris p□nale. Il peut donc s□agir de situations de **risque, ou de danger** caract□ris□, pour l□enfant;

- Elle peut □galement signifier qu□une aide aurait □t□ souhaitable et propos□e ˆ la famille, mais cette derni re l□a d□clin□e; la situation ne pr□sentant pas pour autant d□□l□ments de danger mais g□n□ralement des □l□ments de **risque**, le dossier est cl□tur□ par un □sans suite □, c□est-ˆ-dire sans d□cision au titre de l□Aide Sociale ˆ l□Enfance.

<u>En r□sum□</u> : ***- la situation de l□enfant ne pr□sente aucun danger***
- l□enfant connaît des conditions de vie qui risquent de le mettre en danger
- ou l□enfant subit un danger caract□ris□
- ou enfin, l□information n□est pas exploitable, ou encore le jeune a atteint sa majorit□ et sa situation sera trait□e hors circuit enfance en danger

Graphique 32- Décisions judiciaires Procureur et Juge des enfants prises sur l'année en 2011

Procureur de la République	2011
Enquête pénale	141
OPP	35
Saisine juge des enfants	1112
Sans suite au signalement	10
Sans suite enquête pénale	10
Transmission autre Parquet	15
Transmission JAF	6
Total	1329

Juge des Enfants	2011
Bilan SIOE	354
Enquête sociale	210
Expertise psy des parents	11
Non lieu assistance éducative	57
Accueil de jour (art 375)	1
Action Educative en Milieu Ouvert	206
Aide à la gestion du budget familial	11
Mineur confié (art 375)	78
Ordonnance Placement Provisoire	17
Placement à l'autre parent	
Placement direct en établissement	1
Placement direct tiers digne de confiance	7
Ordonnance de 1945	1
Total	954

Source DGAS/DEF-BED Rapport d'activité

Lorsqu'une situation connue par l'un des services partenaires nécessite, du fait de sa gravité, un signalement direct à l'autorité judiciaire, la Cellule doit en être informée par copie.

Le BED reçoit les copies des transmissions directes en provenance des principaux partenaires comme l'Education Nationale et le C.H.U, mais également en provenance d'autres institutions, (120 pour 2011).

Le nombre de ces copies est toutefois inférieur au total des signalements directs déclarés par les acteurs institutionnels : l'Hôpital et l'Education Nationale. Nous pouvons donc en déduire que les acteurs institutionnels de signalements directs n'envoient pas systématiquement des copies à la CRIP33, même s'il est certain que depuis deux ans des efforts importants ont été réalisés dans ce sens. Il serait particulièrement opportun que ces efforts soient intensifiés, pour une meilleure connaissance des signalements directs, d'autant que pour des raisons techniques, cette information ne peut être fournie par le Parquet.

B. Les données enfance en danger ou en risque de l'être, transmises par les partenaires concourant à la protection de l'enfance à la CRIP

Aux côtés des services du département, d'autres acteurs concourent à la protection de l'enfance, et fournissent des données qualitatives et quantitatives (intégrées dans le bilan de la CRIP 33) particulièrement intéressantes.

1. Le Centre Hospitalier Universitaire de Bordeaux

Le Centre Hospitalier Universitaire de Bordeaux assure une mission de prévention et de protection de l'enfance, et ce, de manière permanente.

Accueillant les enfants ou les familles, en urgence, dans le cadre de l'hospitalisation complète ou de jour, et en consultations, cette mission s'intègre dans la prise en charge hospitalière par l'équipe soignante et sociale.

Les enfants sont amenés à être reçus plus spécifiquement à l'Hôpital des Enfants, à la Maternité, au CAUVA (Centre d'Accueil en Urgence des Victimes d'Agression) et au Centre Jean Abadie. D'autres services spécialisés du CHU (tous sites concernés) accueillent également des enfants tels que la Cardio-pédiatrie, la Neurochirurgie, le Centre des brûlés, les Urgences adultes pour les mineurs de plus de 15 ans et 3 mois, et tout autre service spécialisé comme le CAMSP (Centre d'Action Médico Sociale Précoce) et l'Accueil Sourds Langue des Signes Française. Plus indirectement, l'hospitalisation de certains parents du fait de leur état de santé peut révéler des états de vulnérabilité pour les enfants ou un contexte de vie « à risques » à partir du recueil de données des soignants ou du service social.

Différents professionnels sont acteurs de la protection de l'enfance au CHU, en accueillant et prenant en charge l'enfant lors de son hospitalisation. Ils participent à l'évaluation de la situation de risque ou de danger à partir d'approches professionnelles spécifiques et complémentaires : médecins, sages-femmes, infirmiers, puéricultrices, auxiliaires puéricultrices, assistantes sociales, psychologues…

Les différents niveaux d'intervention passent par le repérage de la problématique, le recueil de données, l'analyse et la prise de décision concertée, sur les suites à donner.

Au niveau de l'activité, les chiffres présentés ci-dessous émanent du recensement effectué par le service social pour l'ensemble du CHU afin d'en donner une vision à l'échelle de l'institution.

Tableau 36 : Activité du service social pour l'ensemble du CHU

	signalements		informations préoccupantes	
services	**2010**	**2011**	**2010**	**2011**
CAUVA	42	43	24	12
Hôpital des enfants	22	28	34	19
Maternité/néo-natal	3	7	10	9
Cardio-pédiatrie	1	1	5	
Centre Jean Abadie UMPAJA, SUHEA, UTCA	10 4	5 3 1	1 12 2	3 3
Autres services (service des brûlés, CAMSP audio infantile, CAMSP Polyvalent)		1	3	
Total CHU	**82**	**89**	**91**	**46**

Source CHU Bordeaux

Les écrits concernant la prévention et la protection de l'enfance, sont principalement rédigés par les assistantes sociales qui ont la responsabilité de les transmettre aux autorités compétentes. Néanmoins, compte-tenu de l'accueil des enfants à l'hôpital 24h/24, les situations d'extrême gravité et d'extrême urgence peuvent faire l'objet d'un signalement au Parquet des mineurs par le médecin ou le directeur de garde, notamment pendant la nuit et/ou le week-end. Une évaluation médico-psycho sociale plus complète est alors transmise, dans un deuxième temps au Parquet des mineurs. Un double du signalement est systématiquement transmis au Bureau Enfance en danger

Les chiffres montrent, au-delà d'une légère augmentation, une stabilité du nombre de signalements entre 2010 et 2011, quel que soit le secteur.

Les signalements sont effectués en majorité :

- par le CAUVA, pour suspicions d'agression sexuelle, négligences et carences éducatives graves, instrumentalisation de l'enfant dans un contexte de conflit parental, suspicions de maltraitance physique ou psychique, agression avérée…
- par l'hôpital des enfants pour suspicion de maltraitance suite à des constats de fractures inexpliquées, d'hématomes corporels, d'hématomes sous-duraux et traumatismes associés évoquant des lésions de secouage, maltraitance avérée, suspicion d'agression sexuelle, négligences et carences éducatives entrainant des conséquences graves pour la santé de l'enfant…
- par les services du Centre Jean Abadie lorsque la situation des enfants ou des adolescents relève, à l'occasion de leur hospitalisation, de la nécessité d'une mesure de protection ou d'une enquête pénale.
- par la maternité, pour les enfants dont la sécurité et le développement seraient gravement compromis de par les troubles psychiatriques ou les conduites toxicomaniaques de leurs parents, situations, souvent associées à de nombreux facteurs de précarité sociale.

Le nombre des informations préoccupantes a, quant à lui, significativement baissé (près de 50%) entre 2010 et 2011. Le nombre de signalements n'ayant pas augmenté, il ne peut s'agir d'un transfert des situations vers un traitement judiciaire. L'hypothèse d'un changement de pratiques face à l'information préoccupante semble plus probable, avec un recours moins fréquent mais plus approprié à ce circuit, et également au profit d'une recherche de liens professionnels plus efficients et directs avec les MDSI dans le cadre de la prévention.

Les autres services sont moins souvent à l'origine des démarches d'informations préoccupantes et de signalements. Certains n'en participent pas moins à la prévention et à la protection des mineurs qu'ils prennent en charge, en particulier concernant des enfants handicapés comme au CAMSP (Centre d'Action Médico-sociale Précoce) Polyvalent et au CAMSP Audiologie.

Focus sur ces deux services :

Dans le cadre du CAMSP Polyvalent, la prévention s'effectue auprès d'enfants en situation de handicap, donc en situation de particulière vulnérabilité. Ces enfants sont suivis par le service, dès leur plus jeune âge et jusqu'à leurs 6 ans. Au cours de cette période, qui correspond à l'annonce du handicap, les parents doivent prendre des décisions importantes concernant les soins et l'orientation de leur enfant. Ils ont besoin d'être informés et soutenus face au problème de santé mais aussi face aux conséquences sociales qui y sont liées. Pour cette raison, le CAMSP propose une intervention pluridisciplinaire et peut se mettre en lien avec les partenaires (MDSI, Cellule Ressource Handicap, Education Nationale (enseignant référent, instituteur, RASED), services et établissements médico - sociaux, CAMSP hors département, CMP, MDPH, Service social Hôpital des Enfants, Aide sociale à l'enfance).

La période de 0 à 6 ans correspond aussi au début de la socialisation dans le cadre de la crèche, de l'école. Cette socialisation précoce doit souvent être accompagnée de manière pluridisciplinaire, pour se faire dans de bonnes conditions. Certains parents doivent être soutenus dans leurs demandes pour ne pas se décourager.

Enfin, le problème de santé de l'enfant peut conduire à l'épuisement de certains parents, à les exclure socialement. L'accompagnement social consiste alors à être vigilant sur ces points afin de prévenir l'aggravation d'une situation familiale.

Concernant le CAMSP Audiologie, dans un contexte de surdité chez l'enfant**,** l'assistante sociale de l'équipe est également particulièrement attentive à l'environnement familial, social et aux événements susceptibles de le fragiliser, entre autres, dans différentes situations :

- de monoparentalité,
- d'isolement social ou familial,
- de précarité socio-économique (condition de vie difficile, surendettement),
- de mésentente conjugale, familiale,
- de parents présentant des troubles mentaux ou du comportement,
- d'absence de suivi de la santé de l'enfant,
- de différence culturelle.

Les synthèses pluridisciplinaires privilégient l'échange entre professionnels, l'objectif étant la construction d'une analyse partagée des situations et l'élaboration d'un projet individualisé.

Les différents intervenants apportent leurs évaluations spécifiques (éléments et projets médicaux, suivis en psychomotricité, orthophonie, prise en charge psychologique…).

Des partenaires extérieurs connaissant la situation peuvent être conviés (équipe des MDSI, équipe de foyer maternel, équipe du Centre Départemental de l'Enfance et de la Famille…), en vue d'échanger sur le travail déjà engagé.

En cas de situations complexes, l'assistante sociale peut se rendre aux instances d'évaluation extérieures, dans les MDSI.

En 2011, 10 situations ont été traitées dans ce contexte de prévention-protection dont une demande de foyer maternel et une information préoccupante. Il s'agit de situations de précarité, relationnelle et/ou des conditions de vie, ayant pour effet des difficultés à différents niveaux de répercussions sur l'enfant.

Tableau 37 : Recueil des données IP/Signalement hospitaliers de la Gironde

Etablissements	secteurs	signalements		Informations préoccupantes	
		2010	2011	2010	2011
CHU DE Bordeaux	CAUVA	42	43	24	12
	Hôpital des enfants	22	28	34	19
	Maternité/néo-natal	3	7	10	9
	Cardio-pédiatrie	1	1	5	
	Centre Jean Abadie UMPAJA SUHEA UTCA	10 4	5 3 1	1 12 2	3 3
	Autres services (service des brûlés, CAMSP audio infantile, CAMSP Polyvalent)		1	3	
	Total CHU	82	89	91	46
CH spécialise Charles Perrens	Réseau de psychiatrie périnatale	+	3	-	4
CH Libourne		3	5	5	12
Clinique Bordeaux-Nord Aquitaine	Maternité				4
	Total	**85**	**97**	**96**	**66**

Source : CHU

Le CHU demeure très investi dans la Protection de l'enfance, ses acteurs étant en constante recherche de l'amélioration du repérage et du traitement à y apporter, en lien avec les autres institutions.

Le projet de 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, entre le département et le CHU, en tant qu'institution publique concourant aux missions de protection de l'enfance, est en cours de finalisation.

Par ailleurs, une attention particulière est portée aux jeunes patients consultant de façon récurrente aux urgences pédiatriques. Cette information est désormais accessible par informatique et apporte des éléments d'observation et de compréhension importants sur le parcours de soins des enfants.

Le CHU attire l'attention sur la problématique des hospitalisations sans motif médical mais dans l'intérêt de la protection de l'enfant.

Le CHU, de par ses missions, accueille le public 7 jours sur 7, jour et nuit, ce qui conduit certains enfants à être admis aux urgences sans motif médical nécessitant une consultation. Dans ces cas, et en grande majorité, l'enfant y est accueilli pour être :

- soit physiquement protégé en l'éloignant au plus vite de l'environnement qui le mettrait en danger,
- soit pour que ce laps de temps permette de poursuivre l'évaluation en cours ou d'attendre une prise de décision sur les suites à venir (enquête sociale ou pénale en cours, organisation de placement…),
- soit parce qu'il est momentanément privé de la présence de ses représentants légaux, suite à leur hospitalisation, et en l'absence d'autre personne ressource de son entourage.

Ces situations, difficiles à chiffrer, n'en requièrent pas moins une grande disponibilité des équipes hospitalières sur place. Elles se produisent souvent sur des heures non ouvrables, relèvent d'un certain niveau de complexité et demandent beaucoup de surveillance, dans un lieu où l'activité médicale est intense.

Cette thématique, primordiale pour les médecins urgentistes des urgences pédiatriques, va faire l'objet d'un travail en vue d'améliorer la coordination du CHU avec les services du Conseil général, notamment le CDEF.

2. Le Centre Hospitalier Charles Perrens Pôle Universitaire de psychiatrie adulte Réseau de Psychiatrie Périnatale

Ce service correspond à un service d'hospitalisation conjointe mère-enfant sur des temps pleins et des temps partiels, avec des soins psychiques des mères. L'activité de ce service correspond à :

- 30 dyades hospitalisées par an en moyenne en temps plein, sur une durée moyenne de séjour de 35 jours.

- 650 venues de janvier à aout 2012 en temps partiel.

Une nouvelle offre de service, correspondante à l'accueil en hospitalisation de jour sur le site de Pellegrin (maternité), est mise en place dans le cadre d'une convention CHU-Centre Hospitalier Charles Perrens.

Le service d'hospitalisation conjointe mère enfant Journées souligne l'importance des journées annuelles de la Société Marcé Francophone, et son site : www.marce-francophone.fr/.

Ce service souhaite traiter de manière formelle :

- la réflexion sur la collaboration ASE-PMI-RPP (Répertoire Partagé des Professionnels de Santé (RPPS) pour les cas complexes mettant en jeux ces différents partenaires, notamment les enfants en OPP et/ou la mise en place des modes de garde.

- le recueil d'activité en protection de l'enfance dans le secteur sanitaire pourrait être intéressant à élargir vers les autres établissements publics du département et vers les établissements privés.

En 2011 trois signalements et quatre informations préoccupantes ont été traitées par Service d'Hospitalisation conjointe mère enfant.

3. La Direction des Services Départementaux de l'Education Nationale (DSDEN 33)

Pour la première fois en 2010 / 2011, l'Inspecteur d'Académie a pu disposer de données statistiques sur toutes les informations préoccupantes et signalements effectués par différents professionnels de l'Education Nationale : Assistantes sociales, Médecins, Infirmières, Directeurs d'école, Chefs d'établissement. Les statistiques « Protection de l'enfance » 2011 / 2012 permettront une comparaison avec l'année précédente et donneront ainsi des indications sur l'évolution de cette problématique.

L'Inspection Académique s'engage, à partir de l'année 2012, conformément aux préconisations du rapport 2011, à communiquer des données relatives aux signalements en année civile et non en année scolaire.

Tableau 38 : Nombre d'informations préoccupantes et signalements justice dans le 1er et le 2nd degré

	Informations préoccupantes		Signalements		Total
1er degré	187		27		214 (42 %)
2nd degré	234		59		293 (58 %)
Total	421	83 %	86	17 %	507

Source : DSDEN 33

Tableau 39: Répartition par service

	Informations préoccupantes	Signalements Justice	Total	
Social (2nd degré)	159	39	198	40 %
Médical (1er et 2nd degré)	109	21	130	26 %
Infirmier (1er et 2nd degré)	17	4	21	4 %
Directeurs d'école (1er degré)	98	15	113	22 %
Chefs d'établissement (2nd degré)	38	7	45	8 %
Total	**421**	**86**	**507**	

Source : DSDEN 33

Le Service Social en Faveur des Élèves est le premier transmetteur d'informations préoccupantes et de signalements au sein de l'Éducation Nationale.

Le nombre d'informations préoccupantes est passé de 105 en 2009 / 2010 à 159 en 2010 / 2011, soit une augmentation de 51 %.

Le nombre de signalements est passé de 81 en 2009 / 2010 à 39 en 2010 / 2011, soit une baisse de 50 %. Cette baisse correspond à l'esprit de la loi du 5 mars 2007 réformant la Protection de l'enfance qui précise que la saisine de l'autorité judiciaire doit rester subsidiaire.

Tableau 40 - Nombre d'I P transmises à la Cellule Départementale du Conseil général

	Nombre d'Informations Préoccupantes	% par rapport au total
1er degré	187	44 %
2nd degré	234	56 % (dont 77 % de collégiens et 23 % de lycéens)
Total (1er et 2nd degré)	**421**	

Source : DSDEN 33

Depuis l'année scolaire 2007 - 2008, le nombre d'informations préoccupantes est en constante augmentation. Cette évolution correspond à l'esprit de la loi du 5 mars 2007.

Les statistiques du Service Social en Faveur des Élèves confirment la croissance de l'activité du service social dans le domaine de la Protection de l'enfance. Le nombre d'élève suivis par le service social dans le cadre de l'enfance en danger a augmenté. Le nombre de visites au domicile des parents dans le cadre de la Protection de l'enfance a augmenté également.

Tableau 41 - Nombre d'IP Hors et en éducation prioritaire

	Hors éducation prioritaire		Éducation prioritaire		Total
1er degré	154		33		187
2nd degré	159		75		234
Total élèves	313	74 %	108	26 %	421
	Classement RAR (Réseau Ambition Réussite)		Classement hors RAR		Total
1er degré	3		30		33
2nd degré	18		57		75
Total élèves	**21**	**20 %**	**87**	**80 %**	**108**

Source : DSDEN 33

Parmi les 26 % d'élèves scolarisés en éducation prioritaire, ayant fait l'objet d'une IP, seuls 20 % sont scolarisés dans les établissements classés en Réseaux Ambition Réussite (RAR).
74 % des situations ayant donné lieu à une IP, concernent des élèves hors éducation prioritaire.
On ne peut donc mettre en corrélation l'enfance en danger et les élèves scolarisés en zone d'éducation prioritaire.

Tableau 42- Répartition IP par Sexe

	Filles		Garçons	
1er degré	73		114	
2nd degré	131		103	
Total élèves	**204**	**48 %**	**217**	**52 %**

Source : DSDEN 33

En 2010, les garçons font davantage l'objet d'une information préoccupante que les filles (52 %), alors que de 2008 à 2010, les filles étaient majoritairement représentées.

Tableau 43 - Milieu de vie de l'enfant

	Père / mère		Parent seul		Famille recomposée		Autres		Total
1er degré	86		70		25		6		187
2nd degré	55		103		61		15		234
Total élèves	**141**	**34 %**	**173**	**41 %**	**86**	**20 %**	**21**	**5 %**	**421**

Source : DSDEN 33

La proportion d'enfants issus de familles monoparentales est nettement surreprésentée (41 %). Si l'on ajoute les enfants issus de familles monoparentales et ceux issus de familles recomposées, on obtient un fort pourcentage : 61 %.

L'instabilité familiale est un critère de fragilité que l'on retrouve fréquemment dans les situations d'enfants en danger.

Tableau 44 : Motifs

	Éducation	Comportement	Négligences lourdes	Violences physiques	Violences psychologiques	Violences sexuelles
1er degré	56	58	59	63	19	4
2nd degré	101	87	70	66	41	10
Total	**157**	**145**	**129**	**129**	**60**	**14**

Source : DSDEN 33

Les deux motifs les plus fréquents à l'origine des informations préoccupantes sont les carences éducatives et les problèmes de comportement des mineurs.

L'analyse comparative avec les statistiques depuis 2008 démontre que le motif « éducation » reste majoritairement représenté. Les informations préoccupantes ont pour objectif la demande de mise en place d'actions de prévention à domicile (action éducative, bilan psychologique…).

Tableau 45 : Lieu où se dérouleraient les faits

	Intra familial		Extra familial		Institutionnel		TOTAL
1er degré	78		35		74		187
2nd degré	148		80		6		234
Total élèves	**226**	**54 %**	**115**	**27 %**	**80**	**19 %**	**421**

Source : DSDEN 33

La majorité des faits sont générés dans le cadre familial (54%).

On note aussi que les violences s'exerçant au sein de l'institution sont très importantes dans le 1er degré. La très grande majorité des violences au sein de l'institution concernent des violences exercées par des élèves envers d'autres élèves.

Tableau 46 - Signalements au Procureur de la République/Source : DSDEN 33

	Nombre de signalements	% par rapport au total	
1er degré	27	**31 %**	
2nd degré	59	**69 %** Dont	83 % de collégiens 17 % de lycéens
Total (1er et 2nd degré)	**86**		

Le nombre de signalements ne cesse de diminuer. Même les situations d'enfants en danger font fréquemment l'objet d'une information préoccupante, dès lors qu'il ne s'agit pas d'une situation extrême gravité et que les parents acceptent d'être aidés.

Tableau 47 : Signalements/ Source : DSDEN 33

	Hors éducation prioritaire		Éducation prioritaire		Total
1er degré	20		7		27
2nd degré	39		20		59
Total élèves	59	69 %	27	31 %	86
	Classement RAR (Réseau Ambition Réussite)		Classement Hors RAR		
1er degré	0		7		7
2nd degré	3		17		20
Total élèves	**3**	**11 %**	**24**	**89 %**	**27**

69 % des situations concernent des élèves hors éducation prioritaire.
Parmi les 31% d'élèves scolarisés en éducation prioritaire, seuls 11 % le sont dans les établissements classés en Réseaux Ambition Réussite (RAR). On peut donc faire le même constat que pour les informations préoccupantes : il n'y a pas de corrélation forte entre enfant en danger et enfant scolarisé en éducation prioritaire.

Tableau 48 : Répartition IP par Sexe/ Source : DSDEN 3

	Filles		Garçons	
1er degré	16		11	
2nd degré	37		22	
Total élèves	**53**	**62 %**	**33**	**38 %**

Les filles sont largement majoritaires au niveau des signalements (62 %). Depuis 2007 / 2008, les filles sont toujours majoritairement représentées dans les signalements et ce pourcentage augmente chaque année.

Tableau 49 : Milieu de vie de l'enfant/ Source : DSDEN 33

	Père / mère		Parent seul		Famille recomposée		Autres		Total
1er degré	12		9		6		0		27
2nd degré	24		15		16		4		59
Total élèves	**36**	**42 %**	**24**	**28 %**	**22**	**25 %**	**4**	**5 %**	**86**

La proportion d'enfants issus de familles où les deux parents sont présents, est majoritaire (42 %), contrairement aux informations préoccupantes. La proportion d'enfants issus de familles monoparentales et reconstituées est de 43 %, proportion inférieure à celle des informations préoccupantes (61 %).

Tableau 50 : : Motifs/Source : DSDEN 33

	Violences physiques	Violences psychologiques	Violences sexuelles	Comportement	Éducation	Négligences lourdes
1er degré	12	6	4	7	3	2
2nd degré	24	19	15	13	10	7
TOTAL	**36**	**25**	**19**	**20**	**13**	**9**

La violence sous ses différentes formes représente le 1er motif. Cela concerne les faits pouvant être qualifiés au pénal et qui nécessitent une protection immédiate.

Tableau 51 : Lieu o se d□rouleraient les faits

	Intra familial		Extra familial		Institutionnel		Total
1er degr□	19		4		4		27
2nd degr□	44		12		3		59
Total □l ves	**63**	**73 %**	**16**	**19 %**	**7**	**8 %**	**86**

Source : DSDEN 33

73 % des situations signal□es concernent des faits qui se seraient d□roul□s en intra familial. Or la famille devrait tre le premier lieu qui assure la protection de l□enfant.

Les situations de violence au sein de l□institution ayant fait l□objet d□un signalement sont beaucoup moins nombreuses que celles qui ont fait l□objet d□une information pr□occupante, y compris dans le 1er degr□.

Les informations pr□occupantes et les signalements sont plus nombreux dans le second degr□ (58%). La pr□sence du Service Social en Faveur des El ves dans le second degr□ explique en partie cet □tat de fait. Dans le 2nd degr□, les coll□giens repr□sentent 80 % de l□ensemble des mineurs ayant fait l□objet d□une information pr□occupante ou d□un signalement.

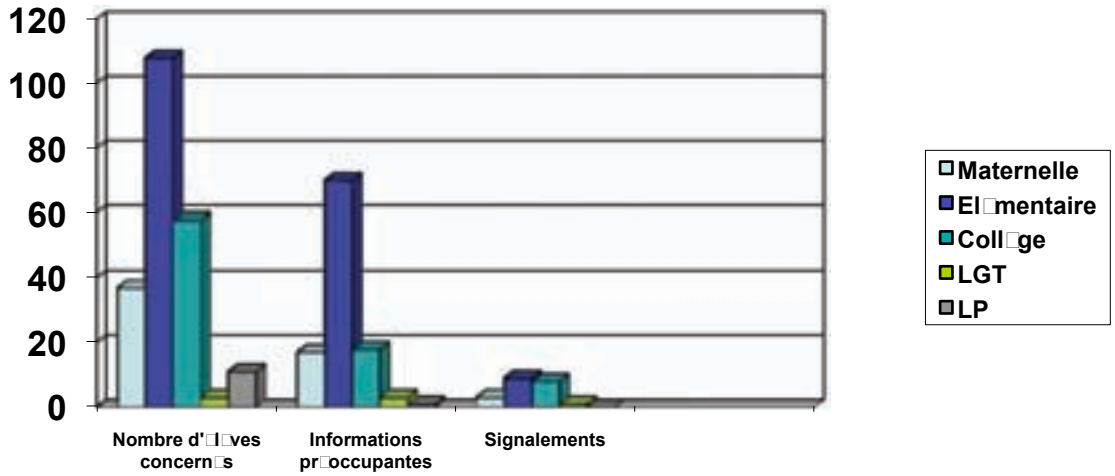
La tranche d□%ge la plus vuln□rable est celle des 14 / 16 ans.

Les situations d□enfants en danger sont majoritairement g□n□r□es au sein du milieu familial (54 % pour les informations pr□occupantes, 73 % pour les signalements).

Les violences qui sont commises au sein de l□institution sont beaucoup plus fr□quentes dans le 1er degr□ et donnent lieu, dans la grande majorit□ des cas, ˆ des informations pr□occupantes et non ˆ des signalements.

Parmi les 217 □l ves rencontr□s par les m□decins □ducation nationale dans le cadre de la Protection de l□enfance (145 dans le premier degr□ et 72 dans le second degr□) 109 situations ont fait l□objet d□une information pr□occupante au Pr□sident du Conseil g□n□ral et 21 d□un signalement au Procureur de la R□publique. Un □crit a □t□ r□dig□ dans 59.91% des situations trait□es.

Graphique 33 - Statistiques M□decins □ducation Nationale



Source : DSDEN 33

Le m□decin aide l□□quipe □ducative ˆ effectuer une premi re □valuation de la situation de l□□l ve. Dans le cadre d□un travail en r□seau, il participe ˆ l□□valuation de la gravit□ de la situation. Dans certaines situations, il est amen□ ˆ effectuer un examen clinique et ˆ r□diger un certificat m□dical. Il participe ˆ la mise en place des mesures n□cessaires ˆ la protection de l□enfant.

Section **3 : La phase d'enquête et d'investigation**

A. Les Parquets des mineurs

1. Le Parquet des mineurs de Bordeaux

Selon le Parquet des mineurs de Bordeaux, il est difficile de fournir des chiffres exhaustifs, compte tenu du manque de système d'information automatisé ; cependant des comptages manuels, fournissent les données suivantes :

Tableau 52 - Activité Parquet Mineurs de Bordeaux

Nombre dossiers traités par le Parquet	2010	2011
Signalements de fugues de mineurs	187	337
Signalements de mineurs en danger (hors CG)	429	553
OPP[13]* Parquet / Totaux	116	168*
Viols sur mineurs (dossiers)		134
Dossiers d'agressions sexuelles sur mineurs		345
Dossiers de violences ou maltraitances sur mineurs		739
Dossiers de corruption de mineurs ou pédopornographie via internet		91

Source : Parquet Mineurs de Bordeaux

Ces chiffres ne comptabilisent pas les signalements, qui émanent des services de police ou gendarmerie, à l'occasion d'enquêtes et qui peuvent donner lieu à la fois à des réponses pénales données pour les infractions commises, mais aussi à une demande d'évaluation sociale faite à la DEF ou à une saisine directe du Juge des Enfants en Assistance Educative, (exemple les procédures de violences conjugales entre les parents adultes).

*Parmi les 168 OPP concernant les 172 mineurs, on compte 70 OPP DROMIE (Dispositif de recueil et d'observation des mineurs isolés étrangers), pour 72 mineurs isolés étrangers.

Beaucoup de ces mineurs sont "orientés" vers Bordeaux par les départements de la région parisienne.
Il semble clairement exister des "réseaux" mis en place dans certains pays africains (Congo, Nigéria, Cameroun) ou maghrébins (Maroc) ou le Pakistan afin que des familles envoient leurs jeunes en France afin de bénéficier d'une prise en charge matérielle mais sans besoin réel d'aide éducative.
Par ailleurs, un nombre important de ces jeunes qui se déclarent mineurs, sont en réalité majeurs mais il n'existe aucun moyen fiable pour l'établir.

A noter une augmentation notable de toutes les données du Parquet des mineurs.

- S'agissant des fugues, il semble que les mineurs fuguent beaucoup plus facilement qu'avant, sans crainte ni réflexion sur les dangers encourus (notamment pour les filles), et sans "raison valable" obligatoire. Il n'y a pas forcément de conflits familiaux à l'origine du départ, mais plus souvent des départs pour aller retrouver des « copines ou des copains » rencontrés sur le Net. ...

- Le nombre de signalements de mineurs en danger s'accroit aussi, mais faute de pouvoir affiner l'origine de ces signalements, il est difficile de faire une analyse. A remarquer cependant depuis quelques mois, un regain des signalements de l'Education Nationale et une saisine beaucoup plus importante par les juges des affaires familiales ou la Chambre de la famille de la Cour d'Appel de Bordeaux (dans des contentieux parentaux très exacerbés),

- Les OPP prises par le Parquet : l'augmentation provient sans doute des OPP DROMIE : L'afflux massif de ces mineurs chaque semaine met à mal l'organisation mise en place avec le Conseil général, tous les foyers d'accueil étant surchargés.

[13] Ordonnance de Placement Provisoire (OPP)

2. Le Parquet des mineurs de Libourne

Au Parquet de Libourne, le magistrat chargé des mineurs (mineurs en danger, mineurs auteurs d'infractions pénales et mineurs victimes d'infractions) est également chargé du Parquet civil (conflits de filiation, adoptions, délégations d'autorité parentale, hospitalisations sous contrainte...), des tutelles (majeurs et mineurs), des agressions sexuelles et violences intrafamiliales, et du droit pénal de la famille (abandons de famille et non représentations d'enfants).

Cette organisation présente l'avantage de permettre au magistrat du Parquet chargé des mineurs et de la famille, d'aborder chaque situation, sous tous ses aspects, d'autant plus que la taille du tribunal permet des contacts réguliers et informels avec les collègues et partenaires, et notamment le Juge des enfants et le Juge aux affaires familiales. Elle permet également un meilleur suivi des dossiers, puisque ce magistrat assure une permanence quotidienne spécifique sur ces dossiers et assure toutes les audiences du Tribunal pour enfants. Cependant, ce même magistrat se voit également confier d'autres contentieux et notamment la permanence pénale générale jour et nuit une semaine sur trois, ce qui réduit considérablement le temps disponible pour l'activité "Parquet des mineurs", qui ne devrait théoriquement représenter qu'un mi-temps, quand, dans les faits, il représente bien plus.

Rappelons que le redécoupage du ressort (secteur Blayais auparavant rattaché à Bordeaux) n'a pas entraîné de réévaluation des effectifs du Parquet de Libourne (magistrat et greffe), alors même que les dossiers issus de ce secteur, représentent prés de la moitié des dossiers traités, que ce soit en matière d'assistance éducative, de tutelle, ou d'agressions sexuelles et violences intrafamiliales.

Aucun outil informatique spécifique ne permet un suivi efficace de l'activité du Parquet des mineurs, d'autant plus qu'aucun personnel de greffe n'y est affecté.

Cependant, même en l'absence de données chiffrées, le Parquet de Libourne remarque que s'agissant des mineurs en danger, il est directement destinataire de nombreux signalements hors protocole et que s'agissant des affaires pénales en cours, il est actuellement saisi, à divers stades d'enquête, de plusieurs dossiers préoccupants de « bébés secoués ».[14]

B. Les acteurs concourant aux investigations judiciaires

1. La Brigade de Prévention de la Délinquance Juvénile (BPDJ) de Bordeaux-Mérignac :

Ses domaines d'intervention concernent l'audition de mineurs victimes d'agression sexuelle.

Dès sa création en 1998, la BPDJ de Bordeaux-Mérignac a fait le choix de s'investir dans le domaine des auditions de mineurs victimes d'agression sexuelle pour mettre en œuvre la loi du 17 juin 1998. Un travail étroit avec les deux Parquets de Bordeaux et Libourne a permis de dégager une ligne de conduite. Ainsi les enquêteurs des unités de gendarmerie de la Gironde, saisies sur plainte directe, soit-transmis du Parquet ou commission rogatoire, peuvent bénéficier du concours de la BPDJ pour le recueil de la parole des mineurs victimes d'agression sexuelle dans le cadre de la procédure filmée dite «Mélanie ».

Tableau 53 - Auditions et entretiens des mineurs victimes d'agression sexuelle/ Source BPDJ 33

BPDJ	2010	2011
Mineurs entendus filmés	157	140
Mineurs entendus non filmés	5	15
Total	**162**	**155**
- Auditions	79	83
- Entretiens	83	72
- Filles	109	99
- Garçons	53	56
Intra familial [15]	107	101
Extra familial	55	54

Le *distinguo* « auditions » et « entretiens » se fait par rapport à l'âge des mineurs victimes et à leurs capacités émotionnelles et cognitives.

[14] *Supra* page 58 recommandation n°8
[15] *Intra* familial : correspond à une situation où le mis en cause fait partie du cercle familial.

81

- *l'audition,* qui consiste à consigner directement le témoignage du mineur par écrit, requiert de l'enfant des capacités à soutenir une relation duelle, à être interrompu, et à rester assis le temps de l'échange. En général, c'est le cas, à partir de 8-9 ans.

- *l'entretien* pour les plus jeunes (moins de 8 ans), est le format retenu. La méthode consiste à dialoguer avec l'enfant et à prendre des notes, sans utiliser l'ordinateur, afin de ne pas obérer la qualité et la spontanéité de l'échange. Le procès-verbal d'entretien est rédigé à l'issue.

Les auditions et entretiens non filmés correspondent aux dossiers de maltraitances graves.

Les chiffres sur les deux années sont sensiblement identiques.

Les victimes de sexe féminin sont deux fois plus nombreuses.

2/3 des personnes mises en cause, majeures et mineures, appartiennent au milieu intrafamilial.

2. La Brigade Départementale de Protection de la Famille

La Brigade Départementale de Protection de la Famille (BDPF) intervient dans les domaines suivants :
- les mineurs en danger moral et physique,
- les mineurs victimes d'agression sexuelle, viol,
- les mineurs victimes de corruption et ou violences par voie de réseau de télécommunication,
-le traitement de fugues et disparitions inquiétantes (enfant dépressif susceptible de passer à l'acte,
- l'exécution des OPP quand le Procureur demande le recours de la force Publique (les acteurs sociaux chargés habituellement de cette mesure se heurtant à la dangerosité du ou des parents),
- les mineurs étrangers isolés.

La BDPF est saisie de plusieurs manières, dont les principales demeurent :

- la présentation spontanée d'une famille pour examen au CHU - Pellegrin de Bordeaux CAUVA. Une orientation est effectuée du CAUVA vers les services de Police, où les mineurs et leur famille sont entendus.

- les suites à une révélation de faits de violences sexuelles ou physiques, au sein de l'institution scolaire, donnant lieu à un signalement au Procureur de la République, la BDPF est amenée à convoquer le mineur et son civilement responsable, dans le cadre l'enquête pénale pour procéder à l'audition (filmée et enregistrée dans les situations de violences sexuelles), le mineur dans ce cas est ensuite dirigé vers le CAUVA.

Tableau 54 - Les principales activités BDPF

Nombre de dossiers traités	2009	2010	2011
Violences intra familiales*(dossiers)	143	102	86
OPP[16] (**dossiers**)*	14	18	22
Viols / agressions sexuelles (**mineurs)**	100	127	143
instructions du Parquet BX*	162	200	177
Fugues établissement	2 647	4 502	3 577
Fugues " famille"	182	198	202

Source BDPF

*Certains dossiers comptent une pluralité de victimes, le logiciel BDPF prend en compte uniquement la valeur numérique ' dossier'.

violences intrafamiliales :
Au niveau des réponses pénales :
- environ 25% des dossiers : sont des dossiers qui aboutissent soit à un déferrement devant le magistrat, soit à la remise de la C.O.P.J[17] devant le tribunal correctionnel, ou CPPV[18]

[16] *OPP : Ordonnance Provisoire de Placement,* nécessité de recours de la force Publique quand les acteurs sociaux se sont heurtés au refus de placement des enfants avec menaces d'atteintes aux biens ou aux personnes. Le Procureur informé par le Juge des enfants donne pour instructions d'apporter appui de la Police/Gendarmerie aux services sociaux.
[17] Convocation par Officier de Police judiciaire
[18] Convocation par Procès-Verbal

- 45% sont classés sans suite, motif 21 (codification du Parquet des Mineurs : « Infraction insuffisamment caractérisée »),
- 30% font l'objet d'une transmission au Procureur, pour étude aux fins d'une décision et d'une enquête sociale, voire d une saisine du Juge des Enfants.

OPP : Ordonnance Provisoire de Placement, nécessitant le recours de la force Publique.
Quand les acteurs sociaux se sont heurtés au refus de placement des enfants avec menaces d'atteintes aux biens ou aux personnes) Le Procureur informé par le Juge des Enfants va donner à la BDPF, pour instructions, d'apporter appui aux services sociaux
Si le chiffre est à peu près constant entre 2005 et 2009, il convient de noter une augmentation des OPP Depuis 2010 qui se confirme en 2011.
Les données 2010 et 2011 concernent environ 50 enfants, résidant sur Bordeaux ou la CUB (zone exclusive de compétence de la BDPF).L OPP (valeur numérique) concerne souvent une fratrie allant de 2 à 4 enfants

Viols et Agressions sexuelles :
Le nombre des saisines (dossiers ouverts : objets d'une enquête ordonnée par le Parquet des Mineurs ou à l'initiative des plaignants), est en augmentation constante depuis 2009.
La BDPF a vocation à établir l'intégralité de la procédure, du recueil de la parole de l'enfant à l'interpellation du mis en cause.
Pour ce type d infraction, le logiciel actuel ne permet pas d'évaluer le pourcentage précis des réponses pénales.

Fugues :

Les chiffres correspondent au « flux migratoire » des jeunes accueillis en établissement, chacune de leur sortie est comptabilisée.

Les fugues dites ' famille' restent constantes. Elles concernent à 90% des adolescents de plus de 15 ans. Tout retour de fugue fait systématiquement l'objet.
- d'une audition de l'enfant et de son civilement responsable, sur le pourquoi de la fugue, les conditions de la fugue : comment s'est passée l'errance du mineur, la nature des difficultés parentales,
- d'un point est ensuite fait avec différents acteurs sociaux,
- de préconisations : les enquêteurs proposent différentes orientations : ARPE, MDSI …
Puis la procédure fait l'objet d'une transmission au Procureur de la République pour information et aux fins de décision (orientations diverses, mesures éducatives, saisine du Juge des enfants)…. Les fugues « famille » sont plus en lien avec le conflit parent / l'adolescent. La BDPF ne fait aucune statistique du 'devenir' du dossier fugue.

Les fugues dites « foyer » : Leurs motivations : fêtes diverses (foire aux plaisirs *etc.*) et variées (festivals de musique, rave -party) auxquelles les mineurs veulent assister, retrouvailles pour boire ensemble et parler. Très souvent ces fugues ne durent que quelques heures.

Depuis deux ans, la BDPF note un rajeunissement du fugueur (13 ans environ), des fugues amoureuses, une meilleure organisation d'hébergement, via les réseaux sociaux (facebook,), *via* l'accueil chez des amis, des jeunes plus facilement mobiles, utilisant le réseau TBC ou SNCF sans souci.
98% des mineurs sont retrouvés dans les 48 heures ; certains sont localisés dans les grandes villes.

Instructions du Parquet: Il s'agit de demandes d'enquêtes pénales du Procureur de la République concernant les mineurs, dans les domaines de violences, maltraitances, agressions sexuelles, errances, mineurs isolés ; Parmi ces demandes, les informations préoccupantes transmises directement au Parquet.
10 % des situations ne concernent que des conditions de vie insatisfaisantes pour le mineur, les 90 % relèvent de maltraitance physique ou sexuelle que l'enquête pénale infirmera ou confirmera en caractérisant l'infraction.

3. La Protection Judiciaire de la Jeunesse, secteur public et secteur habilité

a. La Mesure Judiciaire d'Investigation Educative (MJIE) de la Protection judiciaire de la jeunesse (PJJ) secteur public et secteur habilité

La Mesure Judiciaire d'Investigation Educative (MJIE) remplace l'Investigation Orientation Educative (IOE) officiellement depuis janvier 2012. Cette mesure est une aide à la décision des magistrats .Elle a démarré progressivement dans le service public en 2011 et depuis le 1 janvier 2012, pour deux services associatifs : AGEP et OREAG.

Tableau 55 - Types de mesures

	Secteur public						Secteur associatif habilite					
	Jeunes présents au 31/12/2010			Jeunes présents au 31/12/2011			Jeunes présents au 31/12/2010			Jeunes présents au 31/12/2011		
	O 45	375	Total	O 45	375	Total	45	375	Total	45	375	Total
Investigation	54	51	105	42	80	122	5	289	294	10	250	260
Enquête sociale	2		2	1	1	2	4	54		8	139	147
IOE	33	51	84	9	53	62	1	235	236	2	111	113
RRSE	19		19	17		17						
MJIE				15	26	41	0	0	0	0	0	0
Totaux	**108**	**102**	**210**	**84**	**160**	**244**	**10**	**578**	**530**	**20**	**500**	**520**

Source PJJ

Tableau 56

	Secteur public						**Secteur associatif habilite**					
Entrées	Jeunes entrés du 01/01/2010 au 31/12/2010			Jeunes entrés du 01/01/2011 au 31/12/2011			Jeunes entrés du 01/01/2010 au 31/12/2010			Jeunes entrés du 01/01/2011 au 31/12/2011		
	45	375	Total	45	375	Total	45	375	Total	45	375	Total
Investigation	760	135	895	856	189	1 045	30	842	872	24	706	730
Enquête sociale	2	1	3	2	5	7	23	367	390	22	251	273
IOE	70	133	203	57	156	213	7	475	482	2	455	457
MJIE				15	26	41	0	0	0	0	0	0
Totaux	**832**	**269**	**1101**	**930**	**376**	**1 306**	**60**	**1684**	**1744**	**48**	**1412**	**1 460**

Source PJJ

Le nombre des IOE en 2010 et 2011 est stable.

Les mesures MJIE ont été mises en place sur le Secteur Public en juillet 2011 pour 41 meures en 2011.

Le Recueil de Renseignements Socio-éducatifs *(*RRSE) augmente régulièrement (à peu prés plus de 100 entre 2010 et 2011).

b. La Mesure Judicaire d'Investigation Éducative (MJIE) / de l'OREAG (secteur habilité)

Au niveau de l'OREAG, le travail des MJIE s'effectue en binôme : travailleur social et psychologue. Le service évalue une mise en œuvre des processus de protection de l'enfance, rendue difficile dans le cadre de budgets contraints ; cependant il veille à effectuer un travail de qualité auprès des usagers.

Il réalise des investigations, suite à l'ordonnancement des magistrats pour enfants de Bordeaux ou de Libourne (interventions éducative et psychologique auprès des mineurs suivant l'article 375 du Code Civil ou l'ordonnance 1945).

Le service est habilité, il a traité 380 mesures d'Investigation et d'Orientations en 2010 et 2011.

En 2010, 465 mesures ont été réalisées, soit une activité en excédent de + 26,31%.

En 2011, 489 mesures ont été réalisées, soit une activité en excédent de plus de 28,68%.

Le flux de mesure est régulier sur l'année, avec cependant, un stock important en début d'année.

Ne pouvant juridiquement refuser les ordonnances des magistrats pour enfants, ce service est donc dans l'obligation de les accepter et de faire face à des pics d'activité qui ne sont pas contrôlables et, de surcroit, mobilisent des moyens humains qui doivent être réactifs.

En ce qui concerne la MJIE, une meilleure coordination de l'ensemble des acteurs serait souhaitable, afin d'appréhender de manière commune, le traitement et l'évaluation d'une Information préoccupante.

c. La Mesure Judicaire d'Investigation Éducative de l'AGEP

En 2011 le service d'enquêtes sociales a réalisé 353 enquêtes en faveur de 476 enfants. Au 1er janvier 2012 68 enquêtes étaient en cours.

Le service a conclu à la nécessité d'une mesure de protection dans le cadre judiciaire dans 78% des situations.

Si les carences éducatives constituent l'une des principales caractérisations de danger, le conflit parental est également une cause significative de mise en danger qui a concerné 31% des situations.

Au 1er janvier 2012 l'enquête sociale est, elle aussi, remplacée par la mesure judicaire d'investigation éducative. La circulaire relative à la MJIE prévoit que le service d'investigation doit « assurer la transmission d'informations au service chargé de l'exécution de la mesure éducative » et « élaborer les modalités de mise en œuvre du placement lorsque le placement est décidé par le magistrat ». Il serait souhaitable qu'une réflexion commune soit menée avec l'ensemble des partenaires sur ces modalités.

Tableau 57

	Secteur associatif					
Jeunes entrés au	01/01/2010			01/01/2011		
	45	375	Total	45	375	Total
Enquête sociale	**24** au lieu de 23	**543** au lieu de 367	**567** au lieu de 390	**25** au lieu de 22	**511** au lieu de 251	536 au lieu de 273

Source AGEP

4. Le Centre Accueil d'Urgence des Victimes d'Agression (CAUVA)

Le 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.

Le CAUVA se compose d'une équipe de médecins légistes, de psychologues d'assistantes socio-éducatives, d'infirmières, de puéricultrices.

Le CAUVA offre :

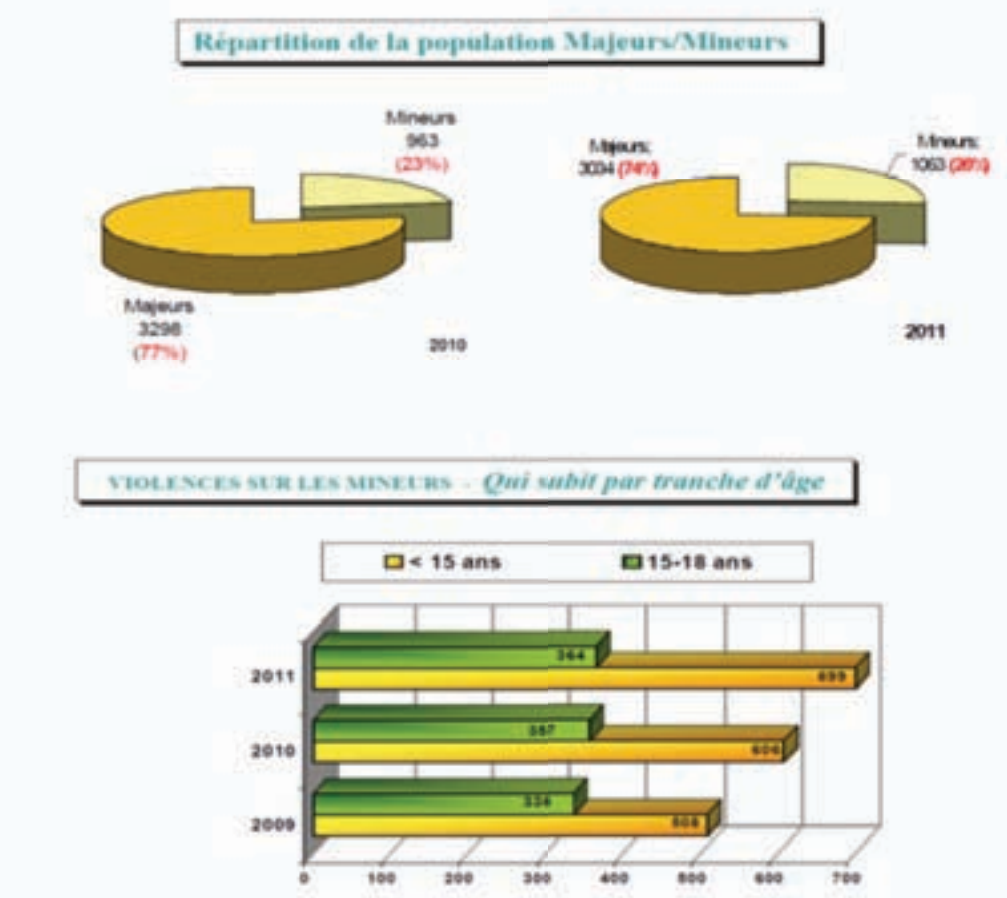
- des prises en charge pluridisciplinaire en un même lieu par l'équipe médico-psycho-sociale.

- des prises en charge paramédicale avec l'arrivée d'une nouvelle infirmières puéricultrice (équipe paramédicale composée dons de deux Infirmières DE et deux IDE-Puéricultrices).

Il organise par ailleurs des réunions de débriefing hebdomadaires, consacrées uniquement aux prises en charge des mineurs.

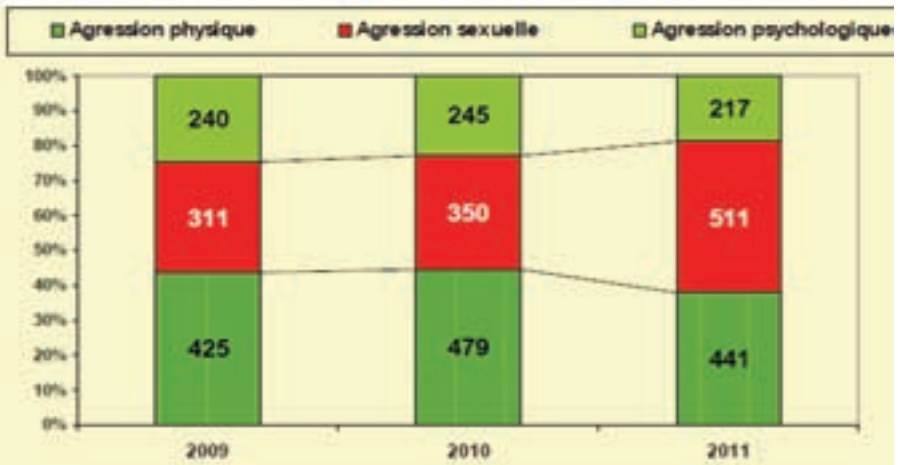
Le CAUVA continue ˆ travailler sur les interactions professionnelles et familiales. Il s□efforcer de mieux recenser par quel biais les mineurs sont venus dans le service, lorsqu□il ne s□agit pas d□une r□quisition de la justice.

Graphique □34 : □l□ments chiffr□s activit□ CAUVA



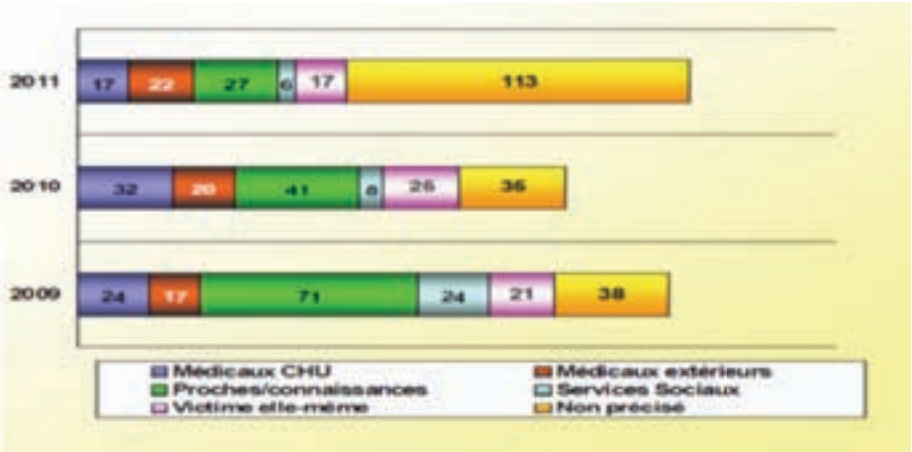
Source CAUVA

Graphique - 35 : Violences sur mineurs : type d□agression ; sachant qu□un dossier peut cumuler les trois types d□agression



Source CAUVA

Graphique 36 : Origine des orientations des mineurs vers le CAUVA



Source CAUVA

5. L'Association Girondine d'Education Spécialisée et de Prévention (A.G.E.P.)

Une prise en charge spécifique est proposée aux mineurs victimes d'agressions sexuelles intrafamiliales, sous la forme d'une AEMO, désignée sur requête du Procureur, et ordonnée par le juge des enfants. Les objectifs sont de garantir à l'enfant un accompagnement éducatif, le long de la procédure pénale, qui s'ouvre suite aux révélations des agressions, et de travailler sur la dynamique familiale incestueuse.

Cette intervention est encadrée par une convention depuis 1993, signée par le Président du Conseil général, le Préfet, les Procureurs de la République près le TGI de Bordeaux et de Libourne, les Présidents du TGI de Bordeaux et de Libourne, les B%tonniers de l'Ordre des avocats de Bordeaux et de Libourne, la responsable du pôle médico-judiciaire du CHU de Bordeaux, le président de l'Institut médico-légal du libournais, le président de l'AGEP.

Cette convention autorise notamment l'éducateur à être aux côtés de l'enfant pendant les actes de la procédure pénale. L'objectif est de faire coïncider pour l'enfant ou le jeune, dans cet espace pénal, un espace éducatif d'écoute, qui prend en compte le traumatisme issu de la problématique familiale.

Le travail éducatif se distingue de l'AEMO par le contenu spécifique de la problématique incestueuse, qui impacte sur les modalités d'intervention éducative :

- une double intervention : accompagnement différencié de l'enfant et de ses parents, avec deux professionnels distincts.
- une relation éducative duelle avec l'enfant. Ne rencontrant ni les parents ni les partenaires, l'éducateur propose ainsi à l'enfant un espace de confidentialité qui lui est réservé, pour reconstruire les limites de son intimité et sa capacité à les poser pour se protéger.
- une écoute particulière des éléments récurrents du vécu de l'inceste et des effets de sa révélation dans la dynamique familiale. A partir d'une clinique du traumatisme et de l'inceste, le travail éducatif se centre donc sur l'individuation, l'intimité psychique et les places intrafamiliales.

Ce dispositif suit 52 enfants et leurs parents sur le département de la Gironde.

Concernant la sensibilisation et la formation des professionnels confrontés à ce type de problématique, le développement du travail en réseau et les partages d'expériences entre équipes, peuvent améliorer la prise en charge globale et la cohérence du parcours pour l'enfant ainsi que la vigilance face au danger.

Dans cet objectif, l'équipe d'accompagnement propose ses compétences techniques pour une nouvelle mission de soutien technique à l'intention des professionnels partenaires sur le département de la Gironde. Il s'agit de :

- mobiliser des compétences professionnelles et la construction de repères méthodologiques face à ces situations.

- améliorer la « bientraitance » des professionnels, en prenant en compte leurs difficultés, leurs résistances face à ces situations reconnues particulièrement complexes.

Section 4 : La phase judiciaire

A. L'activité du Tribunal pour enfants

1. Le Tribunal pour enfants de Bordeaux

A l'assistance éducative, sont affectés 5 greffiers à temps plein et un greffier à temps partiel à 80% (deux agents de catégorie C faisant fonction de greffier) soit 5.8 ETP. A chaque cabinet est rattaché un greffier, ou un agent faisant fonction, qui gère toute l'activité relative à l'assistance éducative. Il assiste aux audiences, gère les communications téléphoniques adressées au secteur, met en forme les dossiers et les décisions, gère l'audiencement et les convocations, reçoit les avocats et les services pour la consultation des dossiers. Un greffier est de permanence toute la semaine pour les urgences en assistance éducative et les consultations de dossier, ce greffier est un des greffiers de cabinet.

- ✓ **L'activité juridictionnelle du Tribunal pour enfants de Bordeaux :**

La mesure précise et rigoureuse de l'activité du Tribunal pour enfants est difficile voire impossible car l'outil statistique informatique, tant au civil (Wineur et tableaux de bord) qu'au pénal (Cassiopée et Infocentre) n'est pas fiable. Les données chiffrées qui suivent résultent des tableaux de bord, pour l'assistance éducative, et pour une grande partie d'un comptage manuel, pour le pénal. Les chiffres repris ont été croisés avec l'activité comptabilisée par le Parquet des mineurs. Les modalités de décompte sont en cours de redéfinition par la greffière en chef et le magistrat coordonnateur en tenant compte de ces difficultés.

L'assistance éducative :

Au 31 mai 2012, 4 462 mesures d'assistance éducative étaient en cours, soit une moyenne de 743 mesures suivies par chaque cabinet. Au jour du dépôt du rapport 2 966 dossiers sont en cours, soit une moyenne de 494 dossiers par cabinet.

En 2010 : 903 requêtes pour 1 412 mineurs nouveaux ; 4 749 décisions.

En 2011 : 1 085 affaires nouvelles pour 1 642 mineurs nouveaux ; 5 614 décisions.

L'activité en assistance éducative est objectivement en augmentation. Le principe de subsidiarité de la saisine judiciaire posé par la loi de 2007 n'a pas eu les effets escomptés sur la diminution des saisines de l'autorité judiciaire, et ce tant au niveau de 2010 que de 2011.

La mise en œuvre de la loi en Gironde s'est en effet inscrite dans les dispositifs de traitement des signalements, déjà existants au sein de la Direction Enfance et Famille du Conseil général de la Gironde et dans les modes de fonctionnement et de concertation déjà établis entre cette direction et le Parquet des mineurs qui concentrait déjà l'essentiel des saisines des juges des enfants et veillait depuis plusieurs années, à la subsidiarité de la protection judiciaire, en s'assurant préalablement que la protection administrative ne pouvait pas être mise en œuvre ou qu'elle avait atteint ses limites.

Après une légère baisse des saisines en assistance éducative en 2007 probablement liée au développement d'une politique de prévention menée par le Conseil général renforcée par la loi du 5 mars 2007, l'autorité judiciaire a été davantage saisie en 2008 avec un maintien du nombre de saisines en 2009 et en 2010 puis une augmentation en 2011.

Les politiques de traitement des informations préoccupantes et de prévention, développées par les services du département de la Gironde, ont généré l'augmentation du nombre des situations portées à leur connaissance et ensuite évaluées et prises en charge par les services sociaux. *De facto,* le niveau d'intervention judiciaire, dans le champ de la protection, pour les motifs prévus par la loi a été maintenu. Au sein de la cellule de recueil des informations préoccupantes, une réflexion est en cours, en lien avec le service social de secteur, sur la systématisation de l'usage par les services sociaux et éducatifs de « l'information préoccupante » au détriment de la liaison professionnelle. Ceci aurait en effet pour conséquence un accroissement inutile de l'activité de la C.R.I.P. et un décalage dans le traitement social ou éducatif de l'information sur la situation familiale.

Le ministère public, lui-même saisi principalement par le Conseil général, est toujours le principal acteur de la saisine du juge des enfants, les autres sources de saisine (parents, mineur, office du juge, dessaisissements) restant en nombre réduit, bien que toujours actives.

Pour 2010 : 1 112 mineurs ont été concernés par la saisine par le Parquet dont 935 mineurs signalés par le Conseil général, 106 par celle des parents, 2 par celle des mineurs, 22 par la saisine d'office des juges des enfants et 184 mineurs ont fait l'objet d'un dessaisissement.

En 2011 : 1 336 mineurs ont été concernés par la saisine par le Parquet dont 1 134 mineurs signalés par le Conseil général, 124 par celle des parents, 5 par celle des mineurs, 44 par la saisine d'office des juges des enfants et 179 mineurs ont fait l'objet d'un dessaisissement.

Les mesures d'aide à la gestion du budget:[19]

Les mesures de protection jeune majeur ont été depuis 2007 progressivement en baisse, puisque jusqu'alors financées par la Protection Judiciaire de la Jeunesse, elles n'étaient plus un axe prioritaire d'intervention de cette direction du ministère de la justice. *Le retrait de la Protection judiciaire de la jeunesse en matière de suivi des jeunes majeurs s'est donc réalisé en 2009.* Les juridictions pour mineurs ont déploré en vain, le retrait de l'Etat dans la prise en charge de jeunes majeurs, encore très en difficulté et ayant besoin de la poursuite d'un accompagnement, tant sur les plans éducatif que social et professionnel, qui se réalisait jusqu'à leurs 18 ans, dans le cadre de la protection judiciaire. Dans le ressort du tribunal de grande instance de Bordeaux, ce désengagement n'a pas généré de conflit avec la Protection judiciaire de la jeunesse. Tel aurait pu être le cas, car les dispositions légales relatives à la protection judiciaire des jeunes majeurs, étant toujours d'actualité, les juges des enfants auraient pu imposer ces prises en charge. Ils ont préféré adopter une position plus réaliste et privilégier une prise en charge effective des mineurs. Il convient de souligner que ce retrait s'est réalisé grâce à une concertation entre le Conseil général de la Gironde, la Protection judiciaire de la jeunesse et le Tribunal pour enfants, et *l'acceptation par le Conseil général de signer des contrats jeunes majeurs* pour permettre une poursuite de la prise en charge de jeunes pour lesquels elle était nécessaire.

Au 02.04.2008, 100 dossiers en cours,
Au 30.03.2009, 79 dossiers en cours.
Au 15.03.2010, 5 dossiers en cours,
Au 25.06.2012, 8 dossiers en cours. Il s'agit de mesures d'A.E.M.O. exercées par les S.A.H. sans rémunération, en continuité des mesures ordonnées au cours de la minorité, dans l'intérêt du mineur.

- ✓ **Les relations institutionnelles du Tribunal pour enfants de Bordeaux :**

Des réunions régulières intra-institutionnelles :

Les juges des enfants se sont réunis régulièrement, en moyenne deux fois par mois, pour évoquer les modalités d'organisation du service, partager les informations internes ou externes au travail juridictionnel, échanger sur les pratiques professionnelles et dégager un socle commun ainsi que des orientations concertées.

Le juge des enfants du tribunal de grande instance de Libourne est associé autant que son emploi du temps le permet, compte tenu de sa charge de travail, aux réunions thématiques ou organisées avec les interlocuteurs extérieurs.

Des réunions sont également régulièrement organisées *avec* le greffe, dès qu'il est nécessaire de revoir l'organisation du service ou la mise en place de pratiques communes dans le traitement des dossiers et la gestion des cabinets.

Des réunions régulières ont lieu avec le Parquet des mineurs, pour assurer une cohérence dans la réponse judiciaire, tant au pénal qu'en assistance éducative.

Ainsi que cela était noté dans le précédent rapport, la configuration des lieux qui établit une proximité géographique entre le Siège et le Parquet, puisque le service du Parquet chargé des mineurs et le Tribunal pour enfants sont situés, ainsi que le PEAT, à un seul et même étage du tribunal de grande instance, favorise le dialogue permanent autour de la situation des mineurs et de leur famille, que ce soit en situation de crise, de déferrement, d'incident d'exécution des peines et des décisions d'assistance éducative, ou de suivi au long cours des dossiers.

Les modalités de fonctionnement du Tribunal pour enfants et l'articulation existant entre les magistrats du Parquet, les services de la Protection judiciaire de la jeunesse et les juges des enfants favorisent le suivi des mineurs délinquants dans leur parcours, la recherche de réponses cohérentes à leurs passages à l'acte et l'anticipation des réponses à de nouveaux passages à l'acte le cas échéant.

Cette communication suffisante entre les différents partenaires, n'a jusqu'alors pas rendu nécessaire la signature d'un protocole pour la mise en place du « *trinôme judiciaire* » prévu par la circulaire du 22 juillet

[19] *Infra* page 112

2010 ; sachant que sur le plan des principes, les modalités de fonctionnement et les objectifs de cette « instance » apparaissent aux juges des enfants du Tribunal pour enfants de Bordeaux, contestables au regard du respect des places de chacun, du respect du contradictoire et de l'égalité des citoyens devant la justice.

Ainsi ont-ils adopté jusqu'à ce jour une position de refus de participer à l'élaboration de la signature du protocole recommandé par la circulaire sus citée. Une réflexion est cependant en cours depuis le second semestre 2011 à propos des modalités selon lesquelles un travail sur les parcours des jeunes réitérants pourrait être institutionnalisé avec la PJJ et le Parquet des mineurs. Les juges des enfants souhaitent faire aboutir cette réflexion au cours de l'année 2012, et notamment au cours du second semestre, compte tenu du renouvellement du tiers des effectifs de la juridiction des mineurs.

La dernière réunion avec les assesseurs du Tribunal pour enfants s'est déroulée en juin 2008. Une rencontre était prévue au cours du deuxième semestre de l'année 2011 mais n'a pu se réaliser compte tenu du renouvellement d'une partie des effectifs des assesseurs et de l'existante d'autres priorités de service notamment la mise en place du tribunal correctionnel des mineurs.

Au mois de mai 2010, à l'issue de plusieurs réunions avec le Vice-président chargé de la Chambre de la Famille, une fiche navette et une note de service ont été établies pour harmoniser les modalités de transmission des dossiers entre les deux juridictions en application du premier alinéa de l'article 1187-1 du Code de procédure civile (CPC) dont la rédaction est issue du décret du 2009-398 du 10/04/1009. Ces modalités s'appliquent sans difficulté à ce jour. Cette modalité est toujours en cours et donne satisfaction.

Une réunion des juges des enfants du ressort de la Cour d'Appel de Bordeaux a été organisée par le Conseiller chargé de la Protection de l'enfance le 16 septembre 2011. Les changements de service et la charge de travail des magistrats de la Cour n'ont toujours pas permis à la Chambre de Mineurs de la Cour d'Appel de Bordeaux d'établir des liens fonctionnels et institutionnels durables et constructifs avec un Conseiller chargé de la Protection de l'enfance.

Au cours de l'année 2011, les juges des enfants se sont investis particulièrement dans un travail d'accompagnement de la réforme des mesures d'investigation pour anticiper la disparition des mesures d'enquêtes sociales et d'IOE et la création de la mesure Judiciaire d'Investigation Educative. Plusieurs réunions ont été organisées avec les directeurs et chefs de service du secteur public et secteur associatif habilité pour échanger sur le contenu de ces mesures, les attentes de ces magistrats, les réponses et prendre en compte les difficultés de fonctionnement des services. Ces échanges se poursuivent au cours de l'année 2012, pour ajuster les attentes et les réponses et prendre en compte les difficultés de fonctionnement des services. Globalement les services, secteur public comme secteur associatif, ont le souci de s'adapter (tant sur les méthodes et que sur les calendriers) aux besoins des juridictions du ressort.

Le Parquet des mineurs et le Tribunal pour enfants ont activement participé à l'élaboration du Schéma Départemental de prévention et de protection de l'enfance 2012-2016. Ils sont très impliqués, par ailleurs, dans les travaux du comité de suivi du protocole d'accord relatif au recueil, au traitement et à l'évaluation des informations préoccupantes, des signalements concernant les mineurs en danger ou en risque de l'être, ainsi que dans ceux de l'Observatoire Départemental de Protection de l'Enfance

Le Barreau spécialisé

Au Tribunal de Grande Instance de Bordeaux et plus particulièrement au Tribunal pour enfants, la défense des mineurs, tant en matière pénale qu'en matière civile, est assurée par des avocats inscrits sur le site du « Centre de Recherche, d'Information et de Consultation sur les droits de l'enfant (CRIC).

L'inscription sur la liste des avocats spécialisés génère la participation aux permanences de défense pénale des mineurs et la possibilité d'être désignés d'office dans les procédures d'assistance éducative.

Entre le C.R.I.C. et le Tribunal pour enfants de Bordeaux il est convenu de longue date qu'en matière pénale le premier avocat désigné d'office ou choisi par les représentants légaux reste l'avocat du mineur pour toutes procédures postérieures.

Par l'effet du rythme et du nombre des audiences et des permanences, des remplacements incontournables, de la présence efficiente de l'avocat en garde à vue, les mineurs (notamment les plus réitérants) peuvent avoir à faire à plusieurs avocats dans leur parcours. A l'épreuve de la réalité, ce principe, auquel magistrats du Siège et du Parquet et avocats adhérents, ne peut donc pas toujours recevoir application, néanmoins le C.R.I.C. comme la juridiction s'efforcent de ne pas y déroger.

Un protocole entre la juridiction et le Barreau pour tenter de le garantir, conformément à la convention nationale du 8 juillet 2011, est en cours d'élaboration et doit être finalisé pour le second semestre 2012.

Les mineurs étrangers isolés. :

Suite à des événements graves survenus sur le Centre Départemental de l'Enfance et Famille, des réunions ont été mises en œuvre auxquelles un juge des enfants a participé très régulièrement pour se concerter sur un dispositif d'accueil concernant les mineurs errants.

Un protocole a été finalisé le 31 juillet 2009 entre le Président et le Procureur de la République du tribunal de grande instance de Bordeaux, et le Président du Conseil général.

Un service de recueil et d'observation des mineurs étrangers isolés a été créé, lequel doit être saisi par les autorités judiciaires ou de police et gendarmerie, aux fins d'accueillir le mineur sur une période de cinq jours pendant laquelle, un bilan sera fait aux fins d'évaluer la nécessité ou la possibilité d'une prise en charge globale au regard de son histoire et de sa motivation. A l'issue de cette période, si le mineur investit la mesure de protection, des ordonnances de placement sont alors prises par le Parquet puis par le Juge des enfants qui saisira le Parquet civil pour que soit ordonné une décision de tutelle d'Etat.

Aux fins de permettre un traitement harmonisé des situations et pour faciliter la lecture et la pertinence du dispositif, les dossiers de mineurs étrangers isolés sont désormais regroupés dans un même cabinet de juge des enfants. Ce choix a été adopté en équipe lors de la resectorisation intervenue début 2010.

Un comité de pilotage suit et évalue la mise en œuvre du dispositif qui est à ce jour saturé, notamment en raison de l'implication du Conseil général et l'efficience du système mis en place. Néanmoins l'afflux d'une population immigrée mineure ou se disant mineure toujours plus importante (en provenance notamment actuellement d'Afrique Noire et d'Asie), confronte le Conseil général à un problème politique et des difficultés économiques qui relèvent également de l'Etat, totalement désengagé. Ces prises en charge, souvent fondées, embolisent pour partie les dispositifs de protection de l'enfance.

Un avenant sera soumis aux signatures au cours de l'année 2012 car les modalités d'accueil ont été modifiées au fil du temps et le Conseil général envisage la création d'un service dédié à cette problématique.

Les relations avec la Direction Enfance et Famille dans le cadre de l'activité juridictionnelle

Le mode de relation repris dans le rapport précédent s'est poursuivi. En effet, de manière générale, les relations avec le Conseil général permettent des échanges réguliers avec les inspecteurs chargés du suivi des mesures en audience où le service gardien est en principe représenté, ou bien dans des contacts épistolaires ou téléphoniques en cas d'urgence ou de besoin pour que chacun puisse mener à bien sa mission de protection de l'enfance mais de manière concertée.

Si des améliorations pourraient être apportées dans le suivi de l'exécution des décisions des juges des enfants par le département et dans l'exécution des décisions de placement qui concernent notamment les adolescents en grande difficulté, les relations partenariales sont globalement de qualité et développées dans la recherche commune de réponses adaptées aux besoins de protection de mineurs suivis.

Il convient d'observer qu'au cours de l'année 2010, la DEF, s'est dotée d'une sous-direction plus spécialement chargée de l'évaluation des dispositifs de protection en vigueur dans le département. Ce service a permis de rationaliser les réponses et de redéployer les moyens en les adaptant aux évolutions de la Protection de l'enfance.

La visite des MECS, services de milieu ouvert et lieux de vie **:**

Les juges des enfants sont conscients de la nécessité de rencontres et de visites sur le terrain et souhaiteraient davantage se consacrer à ces déplacements mais ne disposent pas toujours de temps suffisant.

Les visites engagées au cours de l'année 2010 se sont poursuivies au cours de l'année 2011 et se poursuivrons au cours de l'année 2012.

Le Tribunal pour enfant de Bordeaux travaille avec trois associations en assistance éducative en milieu ouvert, l'AGEP, l'OREAG, le PRADO. Globalement ces services répondent aux attentes des magistrats mais des améliorations pourraient être apportées dans le traitement des incidents, dans les écrits et la préparation des placements lorsqu'ils s'avèrent nécessaires. Ces thématiques ont été abordées au cours de réunions avec un des ces services au cours du second semestre. Ces rencontres doivent se poursuivre avec les autres services de milieu ouvert.
L'AGEP dispose d'un service axé sur le travail auprès des adolescents en grande difficulté, en rupture familiale, scolaire et institutionnelle, une aide renforcée ainsi qu'un lieu d'accueil et des activités diversifiées leur étant

proposées. Ce service spécifique permet de répondre pour partie à des situations relevant d'une pluralité de prises en charge (psychiatrie, éducative, dispositif d'insertion) jusqu'alors toutes en échec. Le travail de ce service est de grande qualité et son évolution est accompagnée par les juges des enfants qui tiennent à son maintien.
Il a reçu au cours de l'année 2011 une habilitation pour l'hébergement ponctuel et exceptionnel des mineurs dont il a la charge, cet hébergement est mis en place depuis le début de l'année 2012.

- ✓ **La Protection Judiciaire de la Jeunesse et la Commission mineurs de la cellule justice-ville :**

Une circulaire du 8 mars 2002 liée à l'amélioration de la coordination de la justice des mineurs rappelle l'articulation nécessaire entre l'intervention judiciaire et les services de la protection judicaire ainsi qu'avec l'administration pénitentiaire et a instauré la Commission mineurs. Celle-ci doit pouvoir favoriser une harmonisation des politiques pénales et de l'assistance éducative.
La commission instaurée au tribunal de grande instance de Bordeaux a réuni depuis, régulièrement les juges des enfants de Bordeaux et de Libourne, les Parquets des mineurs du département, le directeur Inter départemental de la Protection judiciaire de la jeunesse, les directeurs des Centres d'Action Educative, le directeur du SPIP.
L'ordre du jour est arrêté conjointement entre le Tribunal pour enfants et la Protection judiciaire de la jeunesse. Les réunions se tiennent au tribunal de grande instance. Le président du tribunal de grande Instance et le procureur de la République sont membres de droit.
Au cours de l'année 2011, cette commission s'est réunie une fois le 12 septembre 2011 compte tenu de l'actualité et des besoins. La disponibilité de la Protection Judiciaire de la Jeunesse engagée sur d'autres chantiers (restructuration, Schéma Départemental, MJIE) n'a pas permis d'autres réunions, qui ne se sont pas avérées, par ailleurs nécessaires.
Des contacts réguliers entre le Tribunal pour enfants et la Direction Territoriale permettent des échanges d'information sur les besoins de la juridiction et les moyens susceptibles d'être mis en œuvre pour y répondre.
Les tableaux de bord destinés à suivre les capacités d'hébergement et les capacités d'exercer des MJIE sont en cours d'élaboration. Les juges des enfants souhaitent qu'ils soient pleinement opérationnels pour le second semestre 2012.

2. Le Tribunal pour enfants de Libourne

Tableau 58 - Données statistiques du TPE de Libourne et Blaye

TPE Libourne et Blaye	2009	2010	2011
Nombre de dossiers en assistance éducative	409	670	694
Nombre de mineurs suivis en assistance éducative	Non connu	Nc	1163
Tutelle aux prestations sociales et familiales (MJAGBF)	Non connu	68	56[20]

Source : TGI /TPE de Libourne et Blaye

- extraction des données à partir du logiciel WINER pour les dossiers en assistance éducative.

- extraction des données à partir du logiciel CASSIOPEE, pour les dossiers relevant du pénal, pas de possibilité d'extraire les données par mineurs.

- ✓ **Eléments chiffrés recueillis auprès du Tribunal pour enfants :**

Entre 1000 et 1200 mineurs sont suivis en assistance éducative, (il faudrait un comptage manuel, impossible en l'état des effectifs : un juge et un greffier).

En 2011, sur l'ensemble des dossiers : 50% d'AEMO et 42% de placements (le reste en IOE ou ES)

En 2011 : 274 affaires nouvelles, représentant 463 jeunes.

- ✓ **Données qualitatives :**

Si le recueil des données se trouve restreint du fait des limites du logiciel utilisé, il convient cependant de prendre en compte les constats du juge des enfants, dans différents domaines :

[20] *Infra* page 112

- vague de pauvreté grandissante depuis ces deux dernières années, responsable de la dégradation de la situation matérielle des familles, parmi lesquelles les difficultés d'accès aux fournitures d'énergie et au logement,

- des parents carencés en grande difficulté, refusant toute aide, présentant des problèmes psychiatriques et ou d'addictions diverses.

- affaiblissement de la notion de famille et des valeurs de solidarité qui s'y attachent, avec des personnalités parentales plus individualistes et centrées sur elles mêmes, et une propension inquiétante à « abandonner » leur enfant.

- amoindrissement des liens affectifs des parents à l'égard de leurs enfants.

- recrudescence des problèmes d'hygiène (notamment la gale).

- augmentation de la déscolarisation.

- manque de places en ITEP et IME avec des délais d'attente pouvant aller de 1 an à 4 ans .Dans l'attente d'une admission en établissement médico-social , mises en place de différents dispositifs tels que les RASED, les SESSAD, des AEMO, voire les placements insuffisants à répondre aux besoins du mineur.

- manque patent de juge des enfants sur Libourne depuis 2010, avec l'intégration du secteur du Blayais.

✓ **Activité juridictionnelle :**

Le 1er janvier 2010, le Tribunal de Grande Instance de Libourne s'est vu attribuer la compétence des dossiers sectorisés sur l'arrondissement de Blaye (cantons de St Ciers Sur Gironde, Blaye, Bourg sur Gironde et St Savin) jusqu'alors suivis par le tribunal de grande instance de Bordeaux.

Au civil au 31 décembre 2011 :

- 694 dossiers en assistance éducative (contre 409 en 2009 et 404 en 2008),
- 56 dossiers de tutelle aux prestations sociales et familiales.

L'accroissement du ressort territorial du Tribunal de Grande Instance de Libourne a entrainé une augmentation importante et exponentielle du nombre de dossiers du cabinet, qui a pu être évaluée à près de 72 % au civil et 125 %au pénal par rapport à 2008.

Le cabinet, à ce jour, est le plus important du département de la Gironde.

Outre l'apport très ponctuel d'un vacataire en nombre, aucun renfort particulier n'a accompagné cette évolution mais bien au contraire il est à déplorer la perte d'un agent administratif de catégorie C en 2010, puis en 2011, du greffier, remplacé qu'en mars 2012.

La tenue des échéances a obligé le magistrat et le greffe à ne pas respecter un certain nombre d'obligations légales. Ainsi :

- les avis d'ouverture de la procédure faits à la famille et au Parquet (article 1182 du Code de Procédure Civile) ne sont pas donnés. En conséquence, les parents et les mineurs ne sont pas informés de leur droit d'être assistés d'un avocat et de consulter la procédure.

- les mesures provisoires d'investigation sont systématiquement ordonnées hors débat contradictoire au visa de l'urgence si les éléments de la requête nécessitent cette investigation, et ce dans l'irrespect du principe posé par l'article 1184 du Code de Procédure Civile.

- en accord avec le substitut en charge des mineurs, les dossiers (sauf exception particulière indiquant un dossier signalé ou une procédure pénale en cours) ne sont pas transmis au ministère public, celui-ci n'ayant matériellement pas le temps de consulter ces dossiers et de donner un avis éclairé, et ce dans l'irrespect des dispositions des articles 1185 et 1187 du Code de Procédure Civile.

- compte tenu de la charge du cabinet et des autres fonctions du greffier, certaines audiences sont tenues hors la présence du greffier (dossiers simples d'assistance éducative en milieu ouvert, clôture de dossiers, certaines mesures provisoires) et ce en contradiction avec l'article R7-11-1 du Code de l'Organisation Judiciaire.

- certaines mesures d'Assistance Educative en Milieu Ouvert ne comportant pas de difficultés particulières sont renouvelées sur dossier sans audience, après que l'avis des parents ait été demandé par le greffe (avis comprenant un coupon détachable à renvoyer au greffe sous 10 jours). Les familles

qui sont contre les propositions formulées par le service ou qui n'ont pas vu le juge des enfants depuis plus de deux ans, et les situations complexes sont convoquées.

- les décisions sont prises sur des délais de plus en plus longs (mesures à deux ans en nette augmentation).

- des décisions sont prises par simples soit-transmis privant les familles de leur droit de recours (modification ponctuelle des droits de visite et d'hébergement, suspension ponctuelle des droits de visite et d'hébergement en cas de placement).

De surcroit, il a été nécessaire de mettre en œuvre une organisation stricte et draconienne pour permettre la tenue des audiences (tous les jours de la semaine, matin et après-midi) avec le greffier, l'accueil du public et la consultation des dossiers par les services. Ainsi, le greffe a rédigé de nombreux panneaux et enregistré un message téléphonique sur la boite vocale du Tribunal pour enfants afin de ne pas laisser le justiciable sans information et lui indiquer qu'il a la possibilité d'effectuer ses demandes par écrit. Les services quant à eux utilisent le fax ou les courriels pour les urgences. De manière générale, l'accueil physique est aléatoire, voir inexistant.

Toujours pour gagner du temps et des créneaux d'audience, pour les mineurs suivis au pénal et assistance éducative, les dossiers sont regroupés.

Au pénal, pour les mineurs suivis ou connus avec des affaires simples sans victime ne justifiant pas d'être jugées devant le Tribunal pour enfants, les mineurs sont mis en examen et jugés immédiatement. Les comparutions volontaires ont été également utilisées, dès qu'un mineur connu est convoqué devant le Tribunal pour enfants.

Les services de la PJJ sont été confrontés à la modification de leur organisation et de l'équipe en charge des mesures ordonnées par la juridiction libournaise, ce qui a entraîné un retard dans la prise en charge des mesures d'investigation comme de suivis éducatifs. De nombreuses mesures de liberté surveillée n'ont été rencontrées qu'une seule fois le jour de leur jugement.

- ✓ **Activité non juridictionnelle :**

Les relations avec les partenaires (Protection judiciaire de la jeunesse, Conseil général, UDAF, services et établissements) se font de manière informelle (téléphones, mails, rencontres régulières), ce qui permet des échanges directs, simples et rapides.

Le juge pour enfants est censé participer aux réunions relatives :

- à la convention sur les mineurs victimes d'agression sexuelles (AGEP),
- à la cellule de suivi du protocole sur le signalement avec les services d'assistance éducative et le Conseil général, signé en décembre 2009.
- à la cellule justice ville,
- aux Conseils Intercommunaux de Sécurité et de la prévention de la Délinquance (arrondissements de Libourne et de Blaye),
- à l'Observatoire Départemental de la Protection de l'enfance (ODPE).

La participation à toutes les réunions et à d'autres instances traitant de la protection des mineurs est devenue impossible. Le magistrat est en effet en charge seul du cabinet et a donc une disponibilité moindre que ses collègues siégeant dans des juridictions plus importantes comportant plusieurs Juges pour enfants pouvant se répartir les fonctions non-juridictionnelles et administratives.

Pour les mêmes raisons, la visite des établissements recevant les mineurs n'a pas été effectuée en 2011.

Conclusion :

Avec l'accroissement du ressort territorial du tribunal de grande instance, l'augmentation du nombre de dossiers tant au civil qu'au pénal est source d'inquiétude pour l'avenir de la juridiction au regard de l'effectif en magistrat et en fonctionnaire. Les règles procédurales en vigueur ne sont pas totalement respectées par souci d'efficacité et de volonté de tenir à jour l'échéancier des mesures et de suivre tous les mineurs qui en ont besoin. L'agenda chargé du Tribunal pour enfants ne permet pas toujours de revoir les dossiers, lorsque cela s'avère nécessaire (placements en difficulté, modification des droits de visite et d'hébergement), ni de répondre aux demandes d'audience des familles (notamment sur les mesures à deux ans). La participation aux tâches non juridictionnelles est également compromise. A ces difficultés s'ajoutent la dimension émotionnelle du

contentieux et le fait que depuis la loi du 10 mars 2007, les situations sont de plus en plus difficiles et compliquées.

L'ODPE s'inquiète des conséquences particulièrement problématiques, des moyens insuffisants affectés au TPE de Libourne.

B. La défense du mineur : le CRIC

En 2000, les avocats du Centre de Recherche d'Information et de Consultation sur les droits de l'Enfant (CRIC) de Bordeaux ont organisé « Les assises d'avocat d'enfants » et depuis lors chaque année, les avocats spécialisés dans ce domaine, se réunissent autour d'un thème afin d'actualiser leurs connaissances et d'échanger sur leurs pratiques. Ils votent, également en assemblée générale des motions destinées à renforcer, améliorer la défense des mineurs, leur protection et dénoncer des dysfonctionnements.

En 2008, il a été décidé de créer un groupement d'avocats d'enfants qui permet, *via* internet, de faire circuler les décisions, informations nécessaires à la défense des mineurs, tout au long de l'année.

En 2009, il a également été créé, au sein du Conseil National des Barreaux (CNB) un groupe de réflexion national sur le droit des mineurs qui comprend 10 avocats des plus grands Barreaux, dont Bordeaux. Ce groupe de travail se réunit une fois par mois. Il a d'ores et déjà élaboré un kit de formation pour les avocats d'enfants, émis de nombreux avis sur des propositions de loi.

En mai 2012, le CRIC s'est jumelé avec l'association des avocats de la jeunesse de Liège. La convention, qui a été signée, prévoit un échange sur les pratiques, l'organisation de stages et un colloque « mixte » tous les deux ans. Le 1er devrait avoir lieu à Bordeaux en 2013.

Avant la fin de l'année, un site « CRIC » devrait être créé contenant tous les renseignements utiles, pour le contacter, pour informer les jeunes sur leur droits et devoirs, les professionnels sur ses missions. Ce site comprendra également les textes, décisions de jurisprudence, et documents importants pour la défense de mineurs.

Le CRIC assure plusieurs missions d'assistance et de défense dans de nombreux domaines :

- La mission de défense des mineurs ayant commis une infraction : Depuis l'ordonnance 1945, aucun mineur ne peut être poursuivi ou jugé sans l'assistance d'un avocat, mais ce principe n'a été vraiment respecté, en France, que depuis la ratification de la Convention Internationale des droits de l'Enfant en 1989. Cette défense commence dès la garde à vue.
Les avocats du CRIC de Bordeaux ont mis en place des permanences, tous les jours de 9 heures à 19 heures, et, depuis la loi du 14 avril 2011, ils assistent aux auditions des mineurs par les officiers de police ou de gendarmerie. Ils assurent ensuite leur défense lors de leur mise en examen ou devant le juge d'instruction, puis lors des audiences de jugement qui peuvent actuellement se dérouler devant le juge de proximité, le juge des enfants, le Tribunal pour enfants, le Tribunal Correctionnel des Mineurs ou la Cour d'Assises des Mineurs. Ils interviennent enfin lors de la mise en exécution des peines soit devant le juge de l'application des peines, soit devant le juge des enfants.

Au niveau des statistiques, il résulte de celles communiquées par le Bureau du paiement des aides juridictionnelles, qu'en 2010 : 1 264 interventions ont été réglées contre 884 en 2011. Il faut entendre par « intervention » une audience devant le Juge des enfants, soit pour mise en examen d'un mineur, soit pour jugement de celui-ci en cabinet, sachant qu'un même mineur peut avoir été mis en examen plusieurs fois dans l'année.

La baisse importante de 380 interventions entre les deux années peut s'expliquer :

- d'une part, par la procédure de composition pénale étendue aux mineurs par la loi de mars 2007, dont le nombre de dossiers ne cesse de croître. Il y a eu 103 dossiers en 2010 et 153 en 2011(ces dossiers ne sont pas comptabilisés dans les interventions ci-dessus car ils font l'objet d'un paiement différent).

- d'autre part, par le renvoi plus systématique des mineurs en jugement devant le Tribunal pour enfants (ou depuis le 1er janvier 2012 devant le tribunal correctionnel des mineurs) au lieu d'un jugement en cabinet. Le code « Aide Juridictionnelle » pour les procédures devant le Tribunal pour enfants (ou tribunal correctionnel des mineurs) et le tribunal correctionnel pour majeur étant le même, le bureau ne peut pas fournir de chiffre sur ces procédures.

- la mission de défense de l'enfant victime :
Le mineur victime est représenté en justice dans le cadre d'une constitution de partie civile par ses représentants légaux ou l'un d'entre eux.
Depuis 1998, pour les infractions de nature sexuelle, lorsque sa protection est incomplètement assurée par son ou ses représentants légaux, il est désigné un administrateur *ad hoc,* sur demande du Procureur de la République, du juge d'instruction ou de la Juridiction de jugement et un avocat d'office pour le mineur si il n'en a pas été choisi un pour lui. Cet avocat est toujours un avocat du CRIC. Malgré cette avancée législative, il est constaté très souvent et trop souvent que des mineurs victimes sont entendus ou confrontés à leurs agresseurs devant le juge d'instruction, sans être assisté d'un avocat.

Les avocats du CRIC de Bordeaux se mobilisent pour qu'il n'en soit plus ainsi et que tous les mineurs victimes soient assistés d'un avocat y compris ceux victimes de violence ou de maltraitance.

Depuis la loi du 14 avril 2011, les « gardés à vue » (mineur ou majeurs) peuvent être assistés d'un avocat lors de leur audition par les services de police ou de gendarmerie. Les victimes qui sont confrontées à un « gardé à vue » ou si elles sont mineures, les représentants légaux, doivent être informés de leur droit d'être assisté d'un avocat.
Les avocats du CRIC ont obtenu des services de Police et de gendarmerie concernés, qu'ils avisent systématiquement l'avocat de permanence CRIC -garde à vue- lorsque la victime est mineure et que ses représentants légaux n'ont pas fait choix d'un avocat, ainsi aucune victime mineure ne se retrouvera seule face à son agresseur, lui même assisté ou non d'un avocat.

- l'intervention en assistance éducative :

En la matière, l'assistance de l'avocat n'est que facultative et sa présence aux côtés des mineurs est récente (depuis les années 1990) car elle n'a pas toujours été admise ou comprise. Il y a néanmoins une nette amélioration de la situation depuis ces dernières années et actuellement les demandes de désignation d'un avocat pour les mineurs proviennent majoritairement des juges des enfants.

Les avocats des enfants sont de plus en plus souvent sollicités pour assister les parents d'enfants placés devant le Juge et cela permet un débat contradictoire ou les positions de chacun sont entendues et respectées, ainsi la décision du Juge s'en trouve renforcée.

En revanche, les avocats du CRIC n'interviennent jamais dans la phase administrative. Lors du dernier schéma départemental, il a été prévu de pallier cette absence en prévoyant la mise en place de consultations des avocats du CRIC, tant pour les parents que pour les mineurs.

Les avocats du CRIC de Bordeaux souhaitent obtenir un jour une loi rendant, la présence de l'avocat obligatoire, au côté du mineur, en cette matière tant dans les procédures administratives que judicaires.

Il résulte des statistiques du bureau de paiement de l'aide juridictionnelle qu'en 2010, 998 interventions ont été réglées au titre de l'assistance éducative, et 945 en 2011, d'où une légère baisse.

Cependant, ces chiffres ne distinguent pas selon que l'intervention concerne l'assistance d'un mineur ou de son ou ses parents.

La baisse en 2011 peut, également, s'expliquer par le durcissement des conditions d'octroi de l'Aide juridictionnelle à compter d'octobre 2011 pour les majeurs ; les conditions d'octroi de cette aide pour les mineurs étant inchangées.

- L'assistance en matière d'audition de l'enfant devant le juge aux affaires familiales ou la Cour d'Appel Chambre de la Famille.
Cette assistance existe dans la législation depuis 1993, mais jusqu' à la modification de l'article 388-1 du Code civil, par la loi du 5 mars 2007, elle était rare.

Le mineur a la possibilité de se faire assister d'un avocat. Cette possibilité est clairement rappelée sur les convocations et la majorité des enfants entendus dans les procédures de divorce, séparation ou après divorce, sont assistés. Les Avocats d'enfants auraient souhaités que la loi de 2007 rende cette présence obligatoire, dans ces situations où l'enfant se trouve particulièrement exposé et peut être manipulé.

Les statistiques du bureau de paiement de l'aide judiciaire confirment cette augmentation : 241 interventions en 2010 et 328 en 2011.

Chapitre III La Protection de l'enfance stricto sensu

On entend par Protection de l'enfance *stricto sensu*, l'ensemble des mesures de prévention et de protection, prises au bénéfice d'un enfant : aides à domicile, accueils à la demande des familles ou mesures imposées par l'autorité judicaire. Ces mesures peuvent donc être administratives ou judiciaires.

Section 1 : La structure de l'offre girondine

Il s'agit de présenter l'ensemble des services, ayant pour objet la Protection de l'enfance en Gironde, en mettant en exergue les évolutions de l'offre au cours des années 2010 et 2011.

A. L'aide au foyer

L'intervention des TISF[21] : trois associations sont conventionnées en Gironde il s'agit de : l'AAFP : Association d'Aide Familiale Populaire ; l'AFAD : Association d'Aide Familiale à Domicile ; le CAF : Centre d'Aide Familiale avec une capacité totale de 114 750,25 heures en 2011.

B L'accompagnement à la gestion du budget familial administratif et judiciaire :

- L'accompagnement en Economie Sociale et Familiale (AESF).

Ce dispositif a été mis en place par la DEF au 1° juillet 2010, en accord avec les élus lors de la Commission Permanente d'avril 2010 pour 50 mesures. Cette mesure a rencontré un grand succès puisque le nombre de prises en charge financées a augmenté de 50 en 2010 à 75 en 2011 et 100 en 2012.Cet outil se montre pertinent en terme de prévention.

- Les Mesures Judiciaires d'Aide à la Gestion du Budget Familial (MJAGBF).

Les mesures de tutelle aux prestations sociales ont progressivement été remplacées par les MJAGBF, et confiées à, l'A.O.G.P.E. et l'U.D.A.F. selon l'article 375-9-1 du code civil modifié par la loi du 5 mars 2007. – « Lorsque les prestations familiales ne sont pas employées pour les besoins liés au logement, à l'entretien, à la santé et à l'éducation des enfants et que l'accompagnement en économie sociale et familiale prévu à l'article L. 222-3 du code de l'action sociale et des familles n'apparaît pas suffisant, le juge des enfants peut ordonner qu'elles soient, en tout ou partie, versées à une personne physique ou morale qualifiée, dite "délégué aux prestations familiales" ».

C. Les actions éducatives à domicile

L'offre est restée sensiblement la même, par rapport aux années précédentes.

Tableau 59 - L'offre en actions éducatives/ Source DEF/ CG33

	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	3 422	
dont AEMO renforcée	1	0	0		25	
dont pour prise en charge des victimes d'agressions sexuelles intrafamiliales	1	0	0		40	
AEMO avec hébergement	0	0	0			

[21] *Infra* page 107

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

Les Actions Educatives en Milieu Ouvert (AEMO) sont mises en œuvre par trois associations, pour une capacité maximum totale de 3422 enfants;

Ces associations relèvent d'un statut privé : OREAG, Prado et AGEP, qui prennent en charge, à la fois des AEMO renforcées et les victimes d'agressions sexuelles intrafamiliales.

D. L'accueil collectif en 2011

1. Les Maisons d'Enfants à Caractère Social (MECS)

Tableau 60 - L'offre en accueil collectif (MECS) en 2011

	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 nombre de places)	Capacité autorisée (en nombre de places)
Accueil séquentiel		1			10	
Internat pour enfants de plus de 3 ans (MECS)	22	0	1		1 001	42
dont internats scolaires	3					
Lieux de vie	12	2	0	0	69	0

Tableau 61 - Création de places en MECS/Source : DEF/ CG33

Création En internat Etablissement	Services	Nombre de places	âges	F/G/M	Date d'ouverture
Marie de Luze	2 °structure intermédiaire (entre prise en charge collective et en internat et prise en charge individuelle type chambre en ville	4	15 à 21 ans	F	Septembre 2011
Centre Scolaire Dominique Savio Saint-François Xavier	1 groupe à l'extérieur (groupe d'internat dans un pavillon)	7	6 à 11 ans	M	Septembre2011
CRFP	1 groupe supplémentaire (dans la MECS)	10	16 à 18 ans	G	01-mai-11
Fondation d'Auteuil	Groupe supplémentaire à St Estephe	9	4 à 9 ans	M	01-octobre-10
PRADO ESPAAS Robert Pouget	Service hébergement Mineurs supplémentaire en accueil diversifié	16	16 à 21 ans	M	Mai 2011
Total		**46**			

Créations de places en suivi externalise					
Etablissement	**Service**	**nombre de places**	**âges**	**F/G/M**	**Date d'ouverture**
Marie de Luze	suivi externalisé	8	15 à 21 ans	F	Septembre 2011
TOTAL		**8**			

Source : DEF/ CG33

Des créations de places ont été réalisées, afin de répondre à la fois aux problématiques spécifiques des jeunes et au manque de places.

*Un dispositif de suivi externalisé a été mis en place. Il s'agit d'un suivi renforcé du jeune, exercé hors de la MECS, par un ou plusieurs éducateurs et ce sans hébergement, sauf nécessité impérieuse en cas de rupture ou de crise après décision de l'inspecteur enfance,
Il nécessite préalablement l'accord de l'ensemble des parties : ordonnateur du placement, le ou les parents, l'enfant, l'inspecteur, le service de placement. Il fait le plus fréquemment suite à une prise en charge en hébergement, et a pour objectif d'assurer un retour de l'enfant au domicile familial dans des conditions sécures pour l'enfant et ses parents. C'est la maison d'enfants, qui évalue, en lien avec les différents partenaires en charge de la situation, si les conditions d'accueil et de sécurité sont réunies au domicile des parents. Ce mode de prise en charge s'adresse également au public de jeunes majeurs, pour lesquels, il s'agit de favoriser la mise en logement autonome. Un budget complémentaire, versé au jeune sous forme d'aide financière, peut alors être décidé par l'inspecteur. Le travail socio-éducatif doit osciller entre des entretiens destinés à soutenir l'enfant -à conduire de préférence dans l'établissement- et des rencontres au domicile de la famille dans le cadre du soutien à la parentalité. Il doit être complété par un travail de soutien et d'accompagnement psychologique de l'enfant et de sa famille, et par un soutien scolaire de l'enfant dans le cadre d'une remise à niveau, d'une aide aux devoirs ou d'un soutien à l'insertion.

2. Le Centre Départemental de l'Enfance et de la Famille (CDEF)

Le CDEF dispose d'une capacité d'accueil en urgence, 365 jours par an et 24h sur 24h, de 137 places pour les mineurs pour lesquels une mesure de protection est nécessaire. Il accueille, par ailleurs, de jeunes adultes de 18 à 21 ans et des familles (centres maternels).

Les professionnels du CDEF ont pour mission d'assurer l'hébergement, le suivi éducatif, psychologique et social des mineurs qu'ils accueillent. Le Foyer de l'Enfance propose un cadre protecteur et épanouissant, qui permet au jeune de préparer son orientation et d'élaborer son projet personnalisé en lien avec les détenteurs de l'autorité parentale

Les mineurs accueillis sont pris en charge selon leur âge et leurs besoins dans les groupes éducatifs suivants :

- la Pouponnière : 35 enfants de 8 jours à 4 ans, répartis en 7 groupes ;
- la Petite Enfance : 24 enfants de 5 à 10 ans, répartis en 2 groupes ;
- l'Accueil Enfance : 12 enfants de 10 à 13 ans ½ ;
- la Plateforme d'Accueil Immédiat : 9 jeunes de 13 ½ ans à 18 ans sur un séjour de 15 jours maximum dans le cadre de l'accueil d'urgence ;
- le Relais : 9 jeunes de 13 ½ ans à 18 ans ;
- l'Envol : 7 jeunes de 13 ½ ans à 18 ans ;
- l'Unité d'Accueil Diversifié : 11 jeunes de 13 ½ ans à 18 ans.
Ces quatre derniers services sont regroupés dans le cadre d'un Pôle Adolescent.

En complément de ces services d'accueil et d'hébergement :

- l'Espace Famille assure la médiation des rencontres entre les parents et les enfants accueillis au CDEF ;
- le Placement Familial d'Urgence gère l'accueil d'urgence de 30 mineurs de 0 à 18 ans, en famille d'accueil ;
- l'Educalier, attaché à la petite Enfance, Créatelier et l'Atelier Educatif, pour les jeunes de 10 à 18 ans proposent des activités éducatives diversifiées (activités manuelles, sportives, travaux scolaires, insertion professionnelle, etc.).
- l'Unité d'Accueil et d'Hébergement du Médoc, (UAHM) situé à Pauillac, accueille 10 enfants de 6 à 18 ans en internat et peut assurer en plus, des accompagnements en Placement Familial.

Les services d'accompagnement à l'autonomie du CDEF :

- le Service d'Accompagnement des Jeunes (SAJ), dont le pôle administratif est localisé à Bordeaux, assure le suivi de 44 jeunes de 17,5 à 21 ans, ayant signé un contrat d'accompagnement jeune majeur (APJM).
- le Service des Appartements Sociaux gère un dispositif de sous location de 40 logements visant l'accès à un logement autonome. Sa mission est de favoriser l'insertion durable de familles en difficulté.

Au CDEF, les usagers sont pris en charge par des équipes pluridisciplinaires, sous l'autorité de 13 chefs de service : 9 cadres sociaux éducatifs, 2 cadres de santé, et 2 directrices de crèche. Une équipe médicale, paramédicale et de psychologues, garantit le suivi médical et psychologique des usagers. Au total, ce sont près de 350 agents de 35 métiers différents qui concourent tous à la même mission.

3. Les lieux de vie[22]

Tableau 62

Lieu de vie	Jeunes accueillis	Capacités 2011
Mandavit	Mixte de 0 à 21 ans	10
La courte échelle	Mixte de 4 à 16 ans	4
La Pinède	Mixte de 4 à 12 ans	6
Les Grands Rois	Mixte de 6 à 12 ans	6
La Fermette Marillac	Mixte de 14 à 21 ans	6
Le Sudre	Garçons à partir de 12 ans	4
Marchandon	Mixte de 16 à 21 ans	10
Segur	Garçons de 13 à 21 ans	4 + 1 (court séjour)
L'éveil à la vie	Mixte de 5 à 10 ans	7
Interligne (accueil mère-enfant)	3 mères/ 3enfants	6

Source : DEF /CG33

4. Les centres maternels

La Gironde compte 6 foyers et centres maternels, agréés par le Conseil général de la Gironde, gérés par des organismes de statut public ou par des associations de statut privé. 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.

Tableau 63 - Les centres maternels et leur capacité d'accueil

Libellé de la structure	Prestation	Capacité autorisée
Le Centre d'Accueil et d'Accompagnement de la Famille (CAAF) avec le Repos maternel à Gradignan, et le Foyer maternel à Bordeaux	Hébergement	66
Centre maternel « Au Moulleau avec Vincent de Paul »au Moulleau	Hébergement	12
	Aide et accompagnement à domicile	4
Service d'Accueil Mères Enfants (SAME) à Libourne	Hébergement	13
Le Service d'Accompagnement de la Famille et de l'Enfant (SAFE) de bordeaux du CDEF	Hébergement	25
Le Service d'Accompagnement de la Famille et de l'Enfant (SAFE) de Bordeaux	Hébergement	30

Source : DEF /CG33

En plus de ces lieux d'accueil, il existe le Service d'Aide aux Jeunes Parents (SAJP)[23], seuls ou en couple, âgés de 16 à 21 ans, Enfin, le Service des Appartements Sociaux du CDEF[24] accompagne des mères vers l'autonomie dans le logement et la vie quotidienne avec leur enfant à la sortie du centre maternel.
Service d'Aide aux Jeunes Parents de l'Association Laïque du PRADO (SAJP) et sa capacité d'accueil

Tableau 64 - Les centres maternels et leur capacité d'accueil

Les centres maternels et leur capacité d'accueil	Hébergement	22

Source : DEF /CG33

[22] *Infra* page 100
[23] *Infra* page 139
[24] *Infra* page 139

E. Les familles d'accueil

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 l'AOGPE :

- ✓ **Le Service Départemental de Placement Familial (SDAF)**

Le SDAF est un service de la Direction Enfance Famille du Conseil Général, avec une capacité de 1 520 places pour 950 assistants familiaux sous contrat. Ce chiffre est en diminution par rapport à 2009 avec 30 professionnels et 130 placements de moins [25]

- ✓ **Le Service de Placement Familial de l'AOGPE,**

Le Service de Placement Familial de l'AOGPE est une association de droit privé avec une capacité autorisée de 191 places, pour 130 assistants familiaux.

Les locaux du service sont situés à Bordeaux, mais ses modalités d'interventions et ses actions se développent sur l'ensemble du département de la Gironde.

Le Service de Placement dispose de 4 points rencontres à Bordeaux, spécialement équipés et mis à la disposition des familles pour permettre des rencontres parents-enfants, des visites médiatisées ou des visites encadrées.

Le Service de Placement est financé par un budget établi conjointement par le Conseil Général de la Gironde et la Direction Régionale de la Protection Judiciaire de la Jeunesse.

Tableau 65 - Le nombre de placements des mineurs et des majeurs en accueil familial AOGPE

Au 31 /12	2009	2010	2011
Jeunes majeurs (APJM)	22	21	**16**
Mineurs	168	155	**164**
Total	190	176	**180**

Tableau 66 - La répartition des accueils familiaux pour les mineurs selon l'origine de la décision judicaire ou administrative

Au 31/12	**2009**	**2010**	**2011**
Placement judiciaire	168	154	**163**
Placement administratif	22	22	17
Total	190	176	**180**

Source : DEF/CG 33

Ce tableau met en évidence que les placements administratifs, concernent essentiellement les jeunes majeurs. Les placements judiciaires sont majoritairement des placements directs.

Le statut de l'AOGPE est celui d'une MECS, aussi le nombre d'enfants, accueillis au sein des familles d'accueil de ce service, est comptabilisé dans les données chiffrées des établissements.

[25] *Infra* page 116

Section 2 : Les mesures de l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE)

§ 1 - Présentation générale

A. Les mineurs et jeunes majeurs bénéficiant d'au moins une mesure d'ASE

Tableau 67

Les bénéficiaires	2009	2010	2011
Mineurs girondins bénéficiaires de mesure ASE	10 334 3,49%	9 926 3,35%	10 481 3,54%
Majeurs girondins bénéficiaires de mesure ASE	673 1,10%	646 1,06%	639 1,05%
Total et taux des aides à domicile et accueils	**11 007** **3,08%**	**10 572** **2,96%**	**11 120** **3,11%**

Source : DEF/CG33

Les indicateurs pris en compte dans ce tableau et les suivants, concernent l'ensemble des mesures ASE (à l'exception des aides financières [26]) : les mesures administratives d'Accompagnements en Economie Sociale et Familiale (AESF), les actions des Techniciens de l'Intervention Sociale et Familiale (TISF) ou des Auxiliaires de Vie Sociale (TISF/AVS), les Actions Educatives à Domicile (AED), les Accueils de Jour ainsi que les mesures d'Action Educative en Milieu Ouvert (AEMO) ; les mesures de placement administratif et judicaire (avec des accueils en famille d'accueil, en établissement, en lieux de vie et en structure expérimentale et auprès de tiers digne de confiance).L'ensemble de ces mesures est financé par le Conseil général de la Gironde.

Il convient de rappeler que le nombre de mineurs dans le département est estimé selon les sources INSEE à 296 069 mineurs, on compte par ailleurs dans le département 61 088 jeunes majeurs de 18 à 21 ans.
On constate que la proportion des mineurs girondins bénéficiant d'au moins une mesure d'Aide Sociale à l'Enfance, au regard du nombre total de la population des moins de 18 ans girondins, augmente régulièrement. En 2011, cette proportion a dépassé les 3,5 %. Il est difficile de fournir la cause de cette augmentation, mais sans doute peut-on, pour partie, l'attribuer à une meilleure efficacité du système départemental de protection de l'enfance.

Tableau 68 - Détail des mesures ASE : mineurs et jeunes majeurs au domicile

Prises en charge à domicile au 31 décembre (Aides à domicile)	2009	2010	2011
AED (mineur)	1709	1809	**1836**
AEMO	2801	2900	**3019**
AESF	ND	16	**302**
TISF	2691	2081	**2170**
Accueil de jour	163	147	**174**
Total aides à domicile mineurs	7364	6953	**7501**
Total aides à domicile majeurs (AEJ Majeurs)	93	86	**60**
Total aides à domicile	7 457	7 039	**7 561**

Source : DEF/CG33

[26] *Infra* page 106

Tableau 69 - Détail des mesures ASE : mineurs et jeunes majeurs hors domicile

Prises en charge ASE (hors domicile) au 31 décembre	2009	2010	2011
Pupille Etat	35	34	**22**
DAP	73	75	**63**
Tutelle Etat déférée à l'ASE	57	60	**73**
Placement ASE/JE des mineurs confiés au titre de l'assistance éducative	1663	1723	**1810**
AP mineurs	666	629	**594**
Placement /JE -tiers digne de confiance	196	200	**210**
Placement direct par le Juge des enfants en -établissement -	258	227	**183**
DAP particulier -établissement	22	25	**25**
Total des mineurs confiés à l'ASE	2970	2973	**2980**
Accueil Provisoire Jeunes Majeurs (APJM)	580	560	**579**
Total des mineurs et majeurs confiés à l'ASE	3 550	3 533	**3 559**

Source : DEF/CG33

L'évolution des différentes mesures sur les trois années permet de constater une augmentation des mesures à domicile, une diminution des accueils provisoires et une augmentation significative des placements judiciaires.

L'augmentation des placements judiciaires peut certainement s'expliquer par :
- la dégradation des situations familiales (carences éducatives graves, violences intrafamiliales, isolement social, pathologie mentale parentale, problématiques d'addiction),
- le refus d'adhésion des familles aux mesures administratives proposées,
- le degré de danger encouru par l'enfant, nécessitant une protection dans le cadre judicaire.

Tableau 70 - Total des prises en charge des mineurs et des majeurs, au domicile et hors domicile

Prises en charge au et hors domicile au 31 décembre (mineurs, majeurs)	2009	2010	2011
Total	11 007	10 572	**11 120**

Source : DEF/CG33

B. Typologie des mesures :

Tableau 71 - Les mesures selon leur objet et leur origine,

Au 31 décembre	Mesures de placements				Mesures en Milieu Ouvert			
	Administratives		Judiciaires		Administratives		Judiciaires	
2009	666	20,5%	2117	65,0%	1709	37,9%	2801	62,1%
2010	629	19,7%	2150	67,2%	1809	38,4%	2900	61,6%
2011	**594**	**18,7%**	**2203**	**69,2%**	**1836**	**37,8%**	**3019**	**62,2%**

Source : DEF/CG33

Sont seules prises en compte dans cette présentation, les mesures de prises en charge de l'enfant au sens strict, qu'il s'agisse de mesures à domicile (AED et AEMO) ou de mesures impliquant une séparation de l'enfant et sa famille dans le cadre d'un accueil provisoire ou placement judiciaire : assistance éducative : tiers digne de confiance et placement direct établissement.

1. La répartition des mesures selon leur objet : milieu ouvert ou accueil

Tableau 72 - Répartition des mesures à domicile ou hors domicile

Prises en charge à domicile et hors domicile	2009	2010	2011
Total aides éducatives à domicile (AED, AEMO)	4 510 61,80%	4 709 62,90%	**4 855** **63,40%**
Total des mesures de placement	2 783 38,20%	2 779 37,10%	**2 797** **36,60%**
Mineurs girondins bénéficiaires de mesure ASE	7 293	7 488	**7 652**

Source : DEF /CG33

On constate une augmentation des mesures à domicile, qui va dans le sens des dispositions du Code civil, consacrant, le principe du maintien du mineur en danger dans son milieu familial. Il n'en reste pas moins que ces mesures représentent les deux tiers de l'ensemble des mesures.

Tableau 73 - Détail du nombre des mesures à domicile (à l'exception des aides financières) et pourcentage **à** l'échelle de la population girondine des moins de 21 ans.

Nombre et taux par mesure par enfant à domicile au 31décembre			
	2009	2010	2011
AED (aide éducative à domicile) mineurs	1 709	1 809	1 836
AEMO	2 801	2 900	3 019
AESF		16	302
TISF	2 691	2 081	2 170
Accueil de jour	163	147	174
Total des mesures pour les mineurs et %	7 364 2,49%	6 953 2,35%	**7 501** **2,53%**
Total des mesures pour les Jeunes Majeurs de moins 21ans et %	93 0,15%	86 0,14%	**60** **0,10%**
Total des bénéficiaires d'une mesure à domicile	7 457 2,09%	7 039 1.97%	**7 561** **2.12%**

Source : DEF /CG33

On relève une augmentation de toutes les mesures d'aide à domicile, témoignant de l'importance des efforts déployés pour maintenir le mineur à son domicile, notamment par un travail de prévention.

2. La répartition des mesures selon l'origine de la décision

Tableau 74 - Répartition des mesures ASE selon l'origine et pourcentage entre le champ administratif ou judicaire

Au 31/12	2009	2010	2011
AED et Placements administratifs	2 375 32%	2 438 31%	**2 430** 27%
AEMO et Placements judiciaires	4 918 68%	5 050 69%	**5 222** 73%
Total des mesures administratives et judiciaires	7 293	7 488	**7 652**

Source : DEF /CG33

La proportion des mesures judiciaires, eu égard aux mesures administratives, permet de constater que la déjudiciarisation visée par la loi du 5 mars 2007 n'est pas réalisée, puisque plus de 70 % des mesures de protection de l'enfance sont judiciaires (il faut cependant remarquer que ces chiffres ne prennent pas en compte

les mesures d'aides au foyer, exercées par les TISF[27]). En outre, cette proportion est en augmentation depuis 2009, avec une croissance de 3.50 % entre 2010 et 2011.

Tableau - 75 : Nombre et répartition des mesures d'accueil selon leur origine, au 31/12

Nombre et répartition des mesures d'accueil administratives et judiciaires (Juge des Enfants	2009	2010	2011	En France 2009
placements administratifs des mineurs (accueil provisoire)	666 23,9%	*629* *22,6%*	***594*** ***21,2%***	*12.4%*
Placements judiciaires (JE)	2117 76,1%	2150 77,4%	**2203** **78,8%**	87.6%
Total des placements administratifs et judiciaires	2783	2779	**2797**	

Source : DEF /CG33

Tableau - 76 : Nombre et répartition des mesures d'aide à domicile selon leur origine

Nombre et répartition des mesures d'aide à domicile selon leur origine	2009	2010	2011
AED (aide éducative à domicile) mineurs	1 709 37,9 %	1 809 38,4	**1 836** **37,8%**
AEMO	2 801 62,1%	2 900 61,6 %	**3 019** **62,2 %**
Total	4 510	4 709	**4 855**

Source : DEF /CG33

La proportion des mesures judiciaires d'aide à domicile, quoique prépondérante, est moins importante dans le cadre des mesures d'aide à domicile que dans celui des placements. En outre elle ne subit pas la même augmentation régulière, elle a même fait l'objet d'une diminution entre 2009 et 2010 pour revenir au même niveau en 2011.

[27] *Infra* page 107

§2 - La prise en charge, à son domicile, du mineur ou du jeune majeur par une mesure de protection administrative ou judiciaire, au civil

Il s'agit de toutes les mesures d'aide à domicile y compris les aides financières, que ce soit en accord ou à la demande des familles ou que ce soit imposé par l'autorité judicaire.

A. Les mesures administratives

1. Les aides financières

L'attribution de ces aides financières est décidée, en général dans le cadre de mesures préventives par les Inspecteurs Enfance en charge du territoire.
Ces aides concernent : la scolarité, les loisirs, les gardes d'enfants, la santé, les transports, l'alimentation et l'hébergement des familles.

Tableau 77 : Les aides financières par public

Au 31/12	2009	2010	2011
Mineurs	9570	9335	**9203**
Jeunes Majeurs	368	296	**264**
Total	9 938	9 634	**9 604**

Source : DEF /CG33

Tableau - 78 -: Les aides financières détaillées

Au 31/12	2009	2010	2011
Nombre d'aides	9 938	9 634	**9 604**
Nombre de bénéficiaires	5017	4 910	**4 878**
Montant moyen d'une aide	306 €	290 €	**305 €**
Réalisation annuelle	3,0 M€	2,8 M€	**2,9 M€**

Source : DEF /CG33

Au niveau de leur répartition, les aides ont été distribuées majoritairement sur la scolarité, puis les loisirs, ensuite l'hébergement au cours de ces deux années. Cependant une diminution de ces aides s'observe en 2011 pour les deux premières pour voir la charge hébergement augmenter.

Il est à constater une stabilité des montants accordés ; à noter cependant l'augmentation importante au niveau des prises en charge des transports et des hébergements (essentiellement àl'hôtel).
Pour les hôtels, les sommes dépensées en 2010 correspondent à 122 000€, au titre des aides financières, en 2011 elles s'élèvent à 175 000€,

Face au coût élevé des prises en charge de ces hébergements, le Conseil général soutient le projet de création de deux structures d'hébergement pour les familles rencontrant à la fois un problème éducatif et un problème d'hébergement :

- pour la structure du Centre d'Accueil d'Information et d'Orientation (CAIO) : projet le Lion d'Or accueil d'urgence pour 22 chambres dont 13 ASE.
- pour le Centre d'Orientation Sociale (COS) : l'hébergement moyen terme pour 18 familles.

Par ailleurs, est en cours, un projet d'expérimentation sur les aides financières, avec pour objectifs :

- le développement des partenariats locaux,
- une réflexion sur la complémentarité des aides financières Conseil général.
- l'économie solidaire,
- l'analyse de tableaux de bord,
- de nouveaux formulaires.

Il sera assorti d'un audit sur les flux financiers.

2. L'Accompagnement en Economie Sociale et Familiale (AESF)

L'AESF/AGEP : Le service intervient sur tout le département.
Il s'agit d'une mesure de prévention proposée aux familles confrontées à des difficultés financières pouvant avoir des conséquences dommageables sur les enfants.
Elle vise à :

- soutenir l'équilibre financier de la famille et la prise en compte des besoins de l'enfant,
- prévenir une dégradation des conditions de vie des familles
- favoriser l'autonomie budgétaire
- accompagner, étayer les priorités éducatives.

Ce dispositif « mesures AESF » a été mis en place par la DEF au 1° juillet 2010, en accord avec les élus lors de la Commission Permanente d'avril 2010 Ces mesures sont ordonnées pour 6 mois renouvelables une fois et à ce titre chaque mesure peut recouvrir deux suivis.
Ces mesures ont rencontré un grand succès, puisqu'elles ont concerné :

- au 31 décembre 2010 : 92 familles,
- au 31 décembre 2011 : 119 familles.

L'accompagnement de la famille réside dans l'apport d'outils d'aide à la gestion budgétaire, de conseils dans l'accès aux droits ou aux aides. L'intervention repose sur des rencontres régulières au domicile de la famille, et un soutien si besoin de la famille pour réaliser des démarches administratives.
La mesure est mise en œuvre sur une période de 6 mois renouvelable. L'AESF est très majoritairement renouvelée au terme des 6 mois d'intervention en raison du temps nécessaire pour travailler avec la famille sur son fonctionnement budgétaire. Les situations orientées sont souvent très dégradées sur la plan matériel (menace d'expulsion, menace de coupure d'énergie, procédure d'expulsion en cours, coupure d'énergie effective) et nécessitent d'intervenir dans l'urgence sur les 6 premiers mois pour stabiliser la situation financière.

La question du logement, de l'isolement, du surendettement (avec dépôt d'un dossier de surendettement) sont des problématiques caractéristiques et récurrentes des situations suivies.
Cette augmentation est révélatrice du besoin constaté par les professionnels qui se sont saisis de cette nouvelle mesure.
Dans 41% des mesures confiées au service, la famille bénéficie parallèlement à l'AESF d'une aide d'aide à domicile (AED, AEMO, TISF….).
Dans des situations où la conseillère en économie sociale et familiale est le seul intervenant auprès de la famille, l'observation réalisée dans le cadre de l'AESF a souvent permis d'alerter sur des problématiques éducatives.
Cet outil se montre pertinent en terme de prévention.

L'AESF prend aujourd'hui sa place parmi les mesures d'aide à domicile dans le cadre de la prévention. Au vu de la dégradation des situations, une orientation plus en amont serait souhaitable. S'agissant d'une mesure encore récente, on peut penser à une évolution dans ce sens.
En revanche l'AESF reste insuffisamment repéré du côté des services d'action éducative. Il paraît nécessaire de travailler à une amélioration du partenariat pour garantir une meilleure cohésion des interventions auprès des familles.

3. L'aide au foyer

L'aide au foyer implique deux catégories de personnel : les Techniciens de l'Interventions Sociale et Familiale (TISF) et les Auxiliaires de Vie Sociale et Familiale (AVS).

Les techniciens de l'intervention sociale et familiale sont des professionnels qualifiés, titulaires du diplôme d'état, après une formation de deux ans dans les Instituts Régionaux de Travailleurs Sociaux **(**IRTS**).**
Ils interviennent pour renforcer les fonctions parentales en s'appuyant sur des activités de la vie des familles Toutes leurs actions se réalisent avec les parents. Les T.I.S.F. interviennent aussi, au cours des droits de visite accordés par la juge des enfants pour médiatiser les relations entre les parents et les enfants confiés

L'auxiliaire de vie sociale effectue à l'intérieur du domicile, les tâches ménagères courantes, pour le confort de l'ensemble des membres de la famille, tâches selon ses besoins et avec l'aide et / ou son accord. Leurs actions se réalisent également avec les parents.

Ces professionnels tiennent compte des diff□rentes cultures et des savoir faire des parents pour les valoriser et les d□velopper et adaptent leurs interventions aux besoins de la famille

Tableau 79 : Evolution annuelle des interventions TISF sur 3 ans

Interventions TISF/AVS	2009	2010	2011
par enfant	2691	2081	**2170**
par famille	755	825	**1105**

Source : DEF /CG33

Une diminution s□op re depuis 2006 sur cette forme d□aide aux familles (685 enfant de moins en 2011 par rapport ˆ 2006).
Cependant, entre 2011 et 2010 nous notons une □volution positive de 89 enfants b□n□ficiaires soit 4 % en corr□lation d□une augmentation parall le de 1% du nombre d□heures d□intervention et de 3 % de familles suppl□mentaires.

Tableau 80 : Focale sur le nombre d□enfants b□n□ficiaires d□intervention TISF/AVS en 2010 et 2011

Nombre d'enfants	2010	2011	Evolution 2010 / 2011
AVS*	183	215	+ 32
TISF*	1 898	1 955	+ 57
Total	2 081	2 170	+ 89

+ 4 %

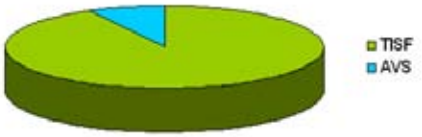
Nombre de familles	2010	2011	Evolution 2010 / 2011
AVS*	82	86	+ 4
TISF*	817	838	+ 21
Total	899	924	+ 25

+ 3 %

Nombre d'heures	2010	2011	Evolution 2010 / 2011
AVS*	7 288	8 335	+ 1 047
TISF*	98 826	99 302	+ 476
Total	106 114	107 637	+ 1 523

+ 1 %

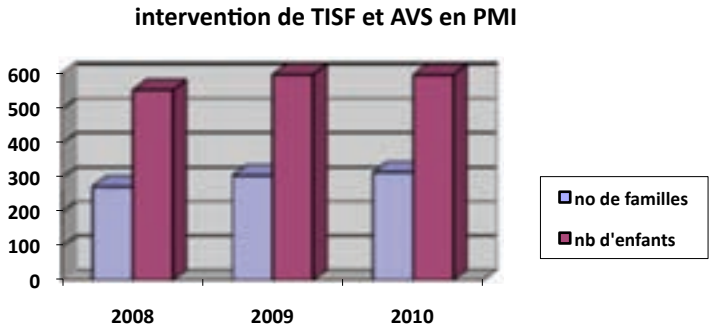
Répartition 2011 des heures



Intervention de la TISF en protection: 177 situations

Source : Rapport d□activit□ 2011 DEF /CG33

Graphique 37 :



Source DAS/PMI

L□intervention ˆ domicile des TISF et AVS au titre de la PMI est un dispositif distinct des aides ˆ domicile offertes au titre de l□ASE. Les objectifs en sont sp□cifiques (lutte contre la pr□maturit□, compensation d□une

difficulté de santé de la mère…). Il s'agit donc plus de prévention précoce que de prévention spécifique de la dysparentalité, même si, des interventions de transition vers une prise en charge de TISF au titre de l'ASE peuvent exister.

L'intervention sociale des TISF au domicile des familles

Cette intervention 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.

Ce sont généralement des familles où se cumulent difficultés sociales et ou psychologiques, isolement social et ou familial, difficultés relationnelles et difficultés quant à l'éducation des enfants. La mise en place de l'intervention peut être vécue comme imposée par le service social ; dans ces situations, l'enjeu pour les TISF est avant tout d'instaurer un climat de confiance afin de mettre en œuvre de façon coopérative, les activités nécessaires à la conduite des objectifs fixés. De fait, les interventions de prévention au domicile s'inscrivent dans la durée.

Le partenariat régulier entre le service social (souvent les assistants sociaux en suivi des familles, les médecins PMI, les puéricultrices) et les TISF est essentiel au bon déroulement de l'accompagnement familial. La présentation auprès de la famille des objectifs et de leur opérationnalité est le préalable nécessaire au bon déroulement du travail de la TISF ; sa place est introduite, c'est aussi le moment privilégié pour la famille d'être directement « impliquée » quant à l'accompagnement qui lui est proposé par le service social, il est le moment d'une identification commune et partagée de la situation et du besoin d'aide.
Globalement, les familles apprécient particulièrement le temps que prennent les TISF pour connaitre et comprendre le groupe familial et son fonctionnement.
C'est la période où vont se définir les modalités d'intervention et où la famille peut s'exprimer sur des besoins non identifiés lors de la phase préliminaire introduite par le service social.

Faire participer les familles à la définition et à l'organisation de l'intervention est la base d'une mission opérante. Trois phases sont nécessaires :

- le temps d'entrée dans la famille pour instaurer la relation avec les membres présents,
- un temps d'observation et de recueil d'information,
- un moment de relation à travers des discussions sur l'avancée des questions abordées lors de la dernière intervention ou bien sur la programmation de la séquence en cours. Ce dernier temps sera toujours plus efficace pour le parent, si son avis et celui de ses enfants est pris en compte.

Chaque séquence d'intervention doit donc s'appuyer, pour atteindre les objectifs, sur le travail précédent, sur la mesure des avancées… Il est donc important que les situations en prévention au domicile des familles s'inscrivent dans une durée, mais aussi sur des objectifs opérationnels précis ; l'objectif visant, du mieux possible l'autonomie de la famille sur des « champs » qui seront spécifiques mais qui pourront être élargis au fur et à mesure des bilans périodiques réalisés avec le service social. Il parait donc opportun, que dès le début de la prise en charge, sa durée soit mentionnée à la famille, en précisant que cette prise en charge fera l'objet d'un bilan pluridisciplinaire pour mesurer l'atteinte des objectifs et ceux à poursuivre ou bien enclencher…

Au regard de leurs missions, au sein du domicile, les TISF œuvrent sur plusieurs domaines souvent de façons concomitantes. L'aide au ménage et à la tenue de la maison, l'aide pour l'action éducative, l'aide à la gestion administrative du foyer, l'aide à la mobilité, à l'insertion sociale…

Les activités d'aide à la tenue de la maison, permettent de développer le rôle de soutien et d'éducation de la TISF à l'égard tant des parents que des enfants. Pour les familles dépassées par ces tâches, ce soutien leur permet de réfléchir sur leur organisation mais, le « faire-ensemble » s'acquiert élément par élément ; toute survenance de difficultés vient vite rompre cet équilibre précaire, qu'il faut sans cesse reconstruire avec la famille.

En ce qui concerne le soutien éducatif, l'aide logistique apportée à des moments clés de la journée (préparation pour le départ à l'école, retour d'école…) est fortement appréciée par les parents. Cependant, beaucoup de prudence s'impose : la dimension d'apprentissage pouvant être peu mise en avant par les parents, les activités de la TISF peuvent être perçues comme substitutives de leur responsabilité parentale. Cela peut entrainer un effet néfaste pour l'intervention : là encore, c'est la durée de la mission auprès de la famille qui lui permet de dépasser « des prérogatives éducatives » peu tolérées en début d'intervention.

Par contre, l'aide à la gestion administrative du foyer, consistant à accompagner les familles au sein de leur environnement (administration, organismes sociaux, médico-sociaux, locatifs juridiques, caritatives, éducatifs, médicaux et paramédicaux pour les enfants, …) est toujours l'objet d'un fort consensus. Les TISF ont un rôle très important dans la relation des parents aux différentes institutions et administrations ; donnant les clés de compréhension et d'organisation aux familles, cela leur permet de s'y confronter plutôt que de se laisser

submerger ; alors que l'on constate, au départ, une forte attitude de fuite de ces familles, vis à vis de la gestion des charges administratives du foyer.

Enfin l'aide à la mobilité est en évolution, une forte demande existe aujourd'hui du fait, généralement, d'une plus grande précarité des familles. Une augmentation importante des objectifs portant sur l'accompagnement en extérieur est constatée ; bien que nécessaires, ils peuvent être associées à une intervention « transport », affaiblissant le sens de l'intervention de la TISF. Aussi ces objectifs doivent-ils être temporaires et s'inscrivent dans un projet visant à l'autonomie des familles.

Les TISF et la scolarisation des enfants :

Les TISF ne sont que rarement en lien direct avec les professionnels de l'Education Nationale.
Toutefois la mission de soutien, auprès des familles, quant à la scolarisation de leurs enfants est relativement fréquente. Les TISF sont amenés à rencontrer des équipes pédagogiques lors d'inscription d'enfants ou de changement d'école.

L'accompagnement scolaire des enfants en maternelle ne pose pas de soucis particuliers. Ce n'est qu'en primaire, qu'apparaissent certaines problématiques, mais plutôt centrées sur la question des capacités parentales pour l'accompagnement aux devoirs. Ces parents peuvent présenter des difficultés intellectuelles, de langage, culturelles, avec une méconnaissance du système scolaire. Ces parents ne savent pas comment s'y prendre vis-à-vis de leurs enfants, puisqu'ils ne comprennent pas eux-mêmes les consignes données par l'école.

En prévention, le rôle des TISF est donc, non seulement d'aider les enfants, mais aussi les parents. Pour les devoirs à la maison, ils vont soutenir les familles dans l'organisation des rythmes, par exemple, en prenant un temps limité pour goûter, afin que l'enfant puisse travailler, dans un temps également limité pour favoriser sa concentration.
Les TISF vont inciter l'enfant à repérer ce qui le distrait ; il arrive en effet qu'un enfant, l'esprit ailleurs, lise une page mécaniquement, sans rien acquérir.
Les TISF sont parfois confrontées à des enfants manifestant beaucoup d'anxiété vis-à-vis de l'école : le travail scolaire est perçu de manière négative : « Je n'y arriverai jamais, c'est trop dur, je vais me planter, je vais encore me ramasser une sale note, me faire engueuler … ». Toute la perspicacité des TISF est alors de permettre à cet enfant de retrouver confiance en lui : l'enjeu est important, car il faut que ce travail puisse être mené conjointement avec la famille, mais aussi l'enseignant.

Les TISF expliquent, si nécessaire, aux parents l'importance de leur rôle, même s'ils ne savent pas aider leurs enfants à faire leurs devoirs (raison fréquemment évoquée de leur démission) ; aussi, les TISF s'emploient à donner aux parents, les ressources nécessaires « au contrôle », du travail effectué par leurs enfants.

Les capacités des TISF sont généralement relevées par les équipes pédagogiques, car ces professionnels peuvent être invités, lors de rencontres spécifiques, au sujet d'un enfant qui pose problème.
Enfin, les TISF jouent un rôle essentiel de prévention contre l'absentéisme scolaire, et particulièrement chez les préadolescents au moment des premières années de collège.

Les actions collectives

Il convient de noter que les associations initient et co-animent des actions collectives en lien avec les équipes sociales des territoires, parmi lesquelles :

- les rencontres et sorties collectives de familles, visant à rompre l'isolement et ce particulièrement en milieu rural,

- l'accompagnement à la découverte du livre, en lien avec une médiathèque,

- les sorties vacances familiales nécessitant, en amont, tout un travail de préparation avec les familles.

4. L'Aide Educative à Domicile (AED)

Tableau 81 : Bénéficiaires d'une mesure d'AED ou AEJM au 31 décembre de l'année/ stock.

Actions éducatives administratives	2009	2010	2011
AED mineurs	1709	1809	**1836**
AE Jeunes Majeurs	93	86	**60**
Total	1802	1895	**1896**

Source : CG33/DEF

La loi du 5 mars 2007, réformant la Protection de l'enfance a mis l'accent sur le renforcement de la prévention et a affirmé le principe de subsidiarité de l'autorité judiciaire.
Aussi, il est primordial de pouvoir développer des mesures d'aides à domicile de façon contractualisée avec les familles. Ainsi favorise-t-on, le maintien à domicile des enfants, dans des contextes de dysfonctionnement familiaux et de carences éducatives. Parmi ces mesures, les AED permettent de repérer au plus tôt, les dysfonctionnements et ainsi mettre en œuvre des mesures de soutien à la parentalité et des accompagnements éducatifs pour restaurer le lien parent /enfant.
Or les situations familiales sont de plus en plus complexes, et le dispositif d'intervention à domicile traditionnel n'est pas toujours suffisant pour y répondre efficacement. En effet les problématiques rencontrées nécessitent de faire évoluer les modes d'intervention traditionnels vers des interventions plus intenses et diversifiées.
Des propositions ont été faites dans ce sens, au niveau du Schéma Départemental de Protection de L'Enfance. Il s'agit de rendre plus efficiente l'aide éducative auprès des familles en développant une mesure intensive de soutien à la parentalité de type AED /AEMO renforcée pour les moins de 6 ans avec des accompagnements au quotidien, dans un souci de co-éducation et en offrant un plateau technique pluridisciplinaire (éducateur, TISF, puéricultrice,..).
Ceci est d'autant plus crucial, puisqu'on constate une augmentation des mesures d'AEMO du fait de situations trop dégradées pour permettre une réelle adhésion des parents.

Parfois, la multiplication des intervenants auprès d'une même famille peut faire perdre le sens même de l'intervention éducative pour les parents. Il est donc essentiel de revoir les pratiques de coordination pour optimiser les actions autour du maintien à domicile.
Il est apparu opportun d'organiser une journée de réflexion, à l'attention des professionnels intervenant dans le cadre de l'accompagnement à domicile en Protection de l'enfance (AED/AEMO/TISF/PMI), afin d'échanger sur ces pratiques de co-éducation à domicile et de partenariat pluri professionnel, autour d'un projet socio éducatif.

Recommandation n°10 :
L'ODPE recommande pour les situations familiales les plus complexes, d'organiser des mesures d'aides à domicile renforcées, prioritairement pour les moins de 6 ans, en coordonnant au sein d'une même équipe une pluridisciplinarité de professionnels de la Protection de l'enfance (éducateur, TISF, puéricultrice, …), qui apporteraient un accompagnement intensif aux parents, afin d'éviter des placements d'enfants.

5. L'accueil à la journée chez une assistante maternelle :

L'accueil à la journée s'inscrit dans le cadre de la protection administrative.
Il est mis en œuvre à la demande des parents ou d'un service avec l'accord des parents.
Il s'agit d'une nouvelle prestation d'aide sociale à l'enfance qui s'insère dans le Code de l'Action Sociale et des Familles, entre l'aide éducative à domicile et l'accueil avec hébergement. L'accueil à la journée peut contribuer à éviter l'accueil continu de l'enfant.
Cet accueil s'adresse à des jeunes enfants. Il a un objectif de soutien éducatif renforcé en faveur de l'enfant et d'accompagnement des parents, en favorisant leur participation aux actions et activités qui sont organisées

Un projet pour l'enfant est défini, en fonction de ses besoins particuliers, compte tenu de son âge et de son contexte de vie. Ce projet fixe des objectifs précis en associant l'enfant, lorsque cela est possible et ses parents.

Tableau 82: Nombre d'accueil à la journée

Nombre d'AP jour au 31/12	2009	2010	2011
	163	147	**174**

Source : CG33/DEF

Le nombre des accueils de jour chez une assistante maternelle a augmenté en 2011 après une baisse en 2010 :

Tableau 83 : Nombre d'assistantes maternelles accueillant les mineurs, dans le cadre des accueils à la journée

Nombre d'assistantes maternelle au 31/12	2009	2010	2011
	97	106	115

Source : CG33/DEF

B. Les mesures judiciaires

1. La Mesure Judiciaire d'Aide à la Gestion du Budget Familial (MJAGBF).

- ✓ **Le Tribunal pour enfants de Bordeaux :**

Les mesures de tutelle aux prestations sociales ont progressivement été remplacées par *les* MJAGBF et confiées aux mêmes services, l'A.O.G.P.E. et l'U.D.A.F. Le principe de subsidiarité de l'intervention judiciaire est également prévu par la loi dans ce domaine puisque le juge des enfants n'est en principe saisi qu'au cas de refus d'une mesure d'Accompagnement en Economie Sociale et Familiale (AESF) par la famille* ou si celle-ci s'avère insuffisante.

Au moment de l'entrée en vigueur de la réforme, le Conseil général n'avait pas pu encore mettre en place les dispositifs de terrain nécessaires, de sorte que cet accompagnement spécifique des familles s'est réalisé dans un premier temps uniquement dans le champ judiciaire. Tel n'est plus le cas actuellement, l'activité judiciaire dans ce champ de compétence a considérablement diminué :

Au 30.03.2009 : 410 dossiers en cours,

Au 28.03.2010 : 320 dossiers en cours,

Au 31.05.2012 : 271 dossiers en cours.

- ✓ **Le Tribunal pour enfants de Libourne :**

L'activité juridictionnelle au civil au 31 décembre 2011 correspond à 56 dossiers, et à 62 dossiers au 8 janvier 2013.

Le principe de subsidiarité de l'intervention judiciaire posé par la loi semble fonctionner puisqu'en 2011 aucun nouveau dossier n'a été comptabilisé, et seules trois nouvelles saisines sur requête ont été enregistrées en 2012. Comme à Bordeaux, les services judicaires désignés sont l'UDAF et l'AOGPE qui ont manifestement un bon contact avec les familles puisque les familles sont systématiquement favorables au renouvellement des mesures proposées par les services.

2. Les Aides Educatives en Milieu Ouvert (AEMO) [28]

Cette année le rapport de l'ODPE s'est enrichi, dans le domaine des AEMO, des contributions des associations conventionnées.

Tableau 84 : Evolution du nombre de bénéficiaires d'une AEMO

Au 31/12	2009	2010	2011
AEMO	2801	2900	**3019**

Source : CG33/DEF

a. Les services d'AEMO de l'AGEP[29]

✓ **Le service d'AEMO**

Ce service est habilité à se voir confier par l'autorité judiciaire, des mesures de protection pour des mineurs, en application des articles 375 à 375-8 du Code Civil.

Ce service suit environ 2 200 enfants et adolescents par an sur le département de la Gironde.
L'objectif de ces mesures est de protéger les enfants et soutenir leurs parents dans leur milieu naturel :

- initier des changements par une relation singulière avec l'enfant et sa famille pour surmonter les difficultés socio-éducatives,
- restaurer la place éducative des parents, en repositionnant des repères autour de leurs droits et devoirs et en favorisant l'expression et le respect de chacun,
- maintenir les liens de l'enfant avec sa famille en évitant les ruptures.

L'intervention de l'AEMO fournit une référence éducative complémentaire et veut permettre aux parents d'exercer leur responsabilité de manière adaptée. Elle favorise l'émergence d'une relation nouvelle entre parents et enfants en leur faisant appréhender le lien entre l'histoire familiale, le fonctionnement actuel et les difficultés de l'enfant à l'origine de la mesure d'AEMO.

✓ **Le Service d'AEMO Renforcée pour Adolescents (SARA)**

Sur la base de problèmes constatés, concernant le public adolescent pris en charge (lien familial rompu, refus de placement, errance, mises en danger massives,..), il s'agit de proposer aux jeunes, en situation de crise, un hébergement d'une durée d'une à trois semaines, avec accord du jeune, des parents et autorisation du magistrat. Cet hébergement s'organise selon des modalités adaptées à la problématique du jeune : accueil familial, petit collectif (type lieu de vie), chambre chez l'habitant, colocation. L'expérimentation requiert la recherche de partenariats innovants facilitateurs dans la construction de modalités d'entrée/accueil souples, réactives et inédites.

Ce service prend en charge les AEMO ordonnées par les juges pour enfants.
Sa capacité d'admission est de 25 mesures, mais il assure 28 mesures en moyenne annuelle. Les besoins sont croissants.

Un projet d'hébergement de courte durée (alternatif au placement) a été retenu dans le cadre de l'appel à projet du Fonds National de Financement de la Protection de l'Enfance (FNFPE 2011), pour une exploration et la mise en œuvre de solutions innovantes à partir de janvier 2012, pour une durée de trois ans.

Chaque année, environ 30% des fins de mesures sont liées à la majorité des jeunes. Cette majorité vient mettre un terme abrupt à l'aide éducative dont ils ont encore besoin. Malgré les efforts concentrés sur ces fins de prise en charge, leurs difficultés perdurent et empêchent leur accès à une orientation vers les dispositifs de droit commun. Ces fins de prises en charge réveillent un sentiment d'abandon chez ces jeunes aux parcours ponctués de ruptures et d'échecs.

---

[28] *Supra* p 97

[29] AGEP : Association Girondine d'Education Spécialisée Prévention

La poursuite pour un temps de l'accompagnement éducatif maintenant un lien tissé peu à peu est nécessaire mais rendue impossible par le désengagement financier de la PJJ et en l'absence de nouvelles solutions de financement. La problématique et les besoins demeurent. Il convient de maintenir leur prise en compte active pour construire de nouvelles modalités de réponse.

b. Le service AEMO du Prado

Ce service exerce des mesures administratives et judiciaires.

Tableau 85 : Nombre de mesures AED/AEMO PRADO selon les équipes

Année	Globalité		
	AED	AEMO	Total
2010	538	214	752
2011	538	299	937

Source Prado

Les mesures d'AEMO sont en augmentation. Le nombre de mesures correspond au nombre d'enfants pris en charge par le service, avec une moyenne de 1,9 enfants/famille. Le service est attaché à conserver ces deux types de protection complémentaires avec une moyenne (70% d'AED, 30% d'AEMO) installée depuis plusieurs années.

c. Le service d'AEMO de l'OREAG[30]

Tableau 86 : Nombre de mesures AEMO

Année	AEMO
2010	1088
2011	1068

Source OREAG

Ce service AEMO de l'OREAG veille à l'accroissement de son maillage territorial par l'ouverture d'une antenne à Libourne depuis le15 mai 2012 afin d'être en proximité avec le Juge des enfants de Libourne.
Ce service partage des locaux avec le Service d'Investigations (SIE) ; il a renforcé ses liens avec le CHU de Bordeaux et le CHS Charles Perrens, et espère travailler la diversification des modes de prise en charge.
Ainsi, face à des situations familiales de plus en plus complexes, il pose la nécessité de faire évoluer les modes d'intervention traditionnels, vers une intervention plus intense et diversifiée.

Le service AEMO rappelle les propositions du schéma visant à :

- rendre plus efficiente l'aide éducative auprès des familles en développant une mesure intensive de soutien à la parentalité de type AED /AEMO renforcée pour les moins de 6 ans (avec des accompagnements au quotidien),
- permettre l'hébergement ponctuel d'un mineur, sans avoir à le soumettre à une mesure d'accueil administrative ou judiciaire, en habilitant un service de milieu ouvert à même de pouvoir développer ce type d'hébergement (conformément à l'art 375-2 al.2 du Code Civil).

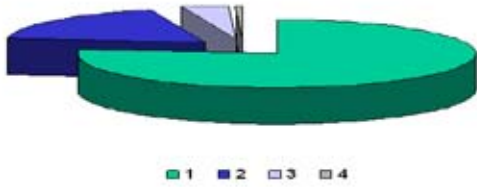
[30] OREAG : Service d'Orientation et de Rééducation des Enfants de la Gironde

C. Les multi-mesures à domicile

Les multi-mesures allient un ensemble de mesures: aides financières, MJAGB, TISF-AESF, AED, AEJM, AEMO. Un couplage prépondérant des mesures de prévention s'observe en 2011 :

Graphique – 38 : Les multi-mesures

Nbre de procédures différentes	Nombre de Foyers	
1	6 515	77 %
2	1 574	19 %
3	318	4 %
4	47	1 %
Total	8 454	100 %



Couplage prépondérants des mesures prévention:

1 mesure : aide financière
2 mesures: aide financière- aide éducative (AED AEMO)
3 mesures: aide financière- aide éducative- TISF
4 mesures: aide financière- aide éducative- TISF- aide jud. Budget familial

Source : rapport d'activité DEF 2011

La part des aides financières domine largement sur l'ensemble des autres mesures à 77%. Les familles bénéficiant de quatre mesures de prévention correspondent pour l'essentiel à des familles connues depuis plusieurs années. Ce qui correspond à 164 enfants (84 filles et 80 garçons) pour 47 familles ayant plus de 3 enfants par foyer, dont, 16 familles concernés sont connues depuis 1990.

Vers un service multi intervention : un projet de la DEF à mettre en œuvre.
Les difficultés de coordination des professionnels, dans la mise en œuvre de prestations de milieu ouvert multiples et concomitantes, offertes aux familles les plus en difficulté, ont été posées dans le cadre du Schéma de prévention et de protection de l'enfance 2012/2016. Il a été formé le projet d'une intervention pluridisciplinaire, intense et rapide auprès des familles (construction d'un « projet coordonné » porté par un « référent coordinateur » choisi parmi les partenaires associés).

§3 - La prise en charge du mineur et du jeune majeur, hors du domicile familial, par une mesure de protection administrative ou judiciaire au civil (article 375).

A. Les mineurs et jeunes majeurs accueillis à l'ASE

Cette présentation ci-dessous, concerne :

- les mineurs faisant l'objet d'un accueil provisoire et d'un placement judicaire,
- les jeunes majeurs en APJM (sachant qu'il n'existe plus de placement judicaire pour les jeunes majeurs).

Tableau 87 : Mineurs et jeunes majeurs accueillis à l'ASE

Au 31/12	2009	2010	2011
Jeunes Majeurs	580	560	**579**
Mineurs	2 783	2 779	**2 797**
Total	3 363	3 339	**3 376**

Source : DEF/ CG33

B. La répartition entre les différents types d'accueil

La répartition est calculée à partir du nombre des **mineurs** accueillis :

- en accueil provisoire
- au titre de l'assistance éducative (placement à l'ASE et placement direct par le juge des enfants)
- au titre d'une Délégation de l'Autorité Parentale (DAP) ou d'une tutelle déférée à l'ASE.

Les pupilles ne sont pas comptabilisés dans les 2 tableaux suivants.

Certains enfants peuvent faire l'objet d'un accueil en établissement et en famille d'accueil, en même temps ; De fait le nombre de placements se trouve supérieur au nombre d'enfants relevant de l'assistance éducative.

Répartition des accueils selon l'origine de la décision.

Au 31/12/2010

Tableau 88

Répartition des accueils, selon l'origine de la décision au 31/12/2010		Placement administratif	Placement judiciaire	Total
Etablissements (MECS, lieux de vie, structures expérimentales)	Nombre	**400**	845	1 246
	%	**64%**	37%	42%
Familles d'accueil	Nombre	229	**1 464**	1 693
	%	36%	63%	58%
Total		629	**2309**	2939

Au 31/12/2011

Tableau 89

Répartition des accueils, selon l'origine de la décision au 31/12/2011		Placement administratif	Placement judiciaire	Total
Etablissements (MECS, lieux de vie, structures expérimentales)	Nombre	**387**	971	1 358
	%	**65%**	41%	46%
Familles d'accueil	Nombre	207	**1 393**	**1 600**
	%	35%	59%	54%
Total		594	**2364**	2958

Source : DEF/ CG33

L'examen de ces deux derniers tableaux, met en lumière, différents constats :

- les mineurs en placement judicaire sont majoritairement en famille d'accueil,

- les mineurs en placement administratif sont accueillis majoritairement dans des établissements,

- on constate une baisse des placements administratifs en 2011 par rapport à 2010.

1. L'accueil familial

Le Service Départemental d'Accueil Familial (SDAF)

Il s'agit de tout accueil d'un mineur ou jeune majeur chez un assistant familial (agrée par la Direction des Actions de Santé –PMI) et recruté par le Conseil général, dans le cadre du SDAF

Les assistants familiaux domiciliés en Gironde sont au nombre de 847, ceux domiciliés hors du département sont au nombre de 38, soit un total de 885.

Tableau 90 : Nombre d'assistants familiaux

Au 31/12/2011	Assistantes familiales	Assistants familiaux	Total
Total	794	53	**847**

Tableau 91 : Assistants familiaux domiciliés en Gironde

Au 31/12/2011	**847**
Assistants familiaux employés par le CG33 et domiciliés hors département	38
Total des assistants familiaux	885
Total des assistants familiaux ressource	26
Total fin de contrat	67
Total des candidatures examinées	52
Total des recrutements	40

Tableau 92 : Capacité au 31 décembre 2011

Au 31/12/2011	Places temps complet	Places relais	Total places
Total	**1645**	**174**	**1819**

Source : rapport d'activité 2011 DEF /CG33

144 assistants familiaux ont plus de 60 ans et 25 plus de 65 ans.

Le Service Départemental d'Accueil Familial est confronté au vieillissement de la population des assistants familiaux, employés par le Conseil général, de moins en moins nombreux, pour répondre aux besoins de prises en charge des enfants confiés au service de l'ASE ; le nombre de places d'accueil diminue de fait.

Les conditions de logement ne facilitent pas les vocations. Pour autant, il est urgent afin de répondre aux besoins des enfants de recruter de nouvelles personnes. Une campagne d'information afin de susciter des vocations est à l 'étude. Par ailleurs il convient de noter que les familles d'accueil peuvent se relayer les unes les autres si besoin. Elles peuvent aussi assurer le relais d'autres modes de prises en charge (MECS ou lieux de vie).

Parmi les enfants accueillis par le SDAF, beaucoup présentent des problématiques de santé mentale qui nécessitent des prises en charge complémentaires, médico-sociales et sanitaires, auxquelles il est difficile de répondre par manque de places en établissements médico-sociaux, en hôpitaux spécialisés ou en hôpitaux de jour.

L'incidence des nouvelles technologies de l'informatique et de la communication (NTIC) sur la Protection de l'enfance, est un problème à prendre en compte dans les prises en charge.

Cette thématique fait l'objet d'une réflexion du SDAF, en effet :

- comment protéger les enfants confiés à l'ASE, des risques liés à l'utilisation de ces moyens de communication, (téléphones portables, messageries, électroniques, réseaux sociaux *etc.,)* sans pour autant les tenir à l'écart, des avancées qu'ils représentent ?

- comment prendre en compte ces nouveaux modes de communication, tout en respectant le cadre contraint des visites médiatisées décidées par les magistrats. visant à la protection du mineur ?
La formation et l'information tant des professionnels de l'enfance que des mineurs eux mêmes, figurent parmi les pistes à exploiter.

Tableau 93 : Le nombre de placements des mineurs et des majeurs en accueil familial au 31/12 :

Accueils familiaux	2009	2010	2011
Jeunes majeurs	113	106	**112**
Mineurs	1 689	1 693	**1 600**
Total	1 802	1 799	**1 712**

Source : rapport d□activit□ 2011 DEF /CG33

On observe depuis 2007, une baisse r□guli re des accueils en placement familial, en lien avec une p□nurie des assistants familiaux.

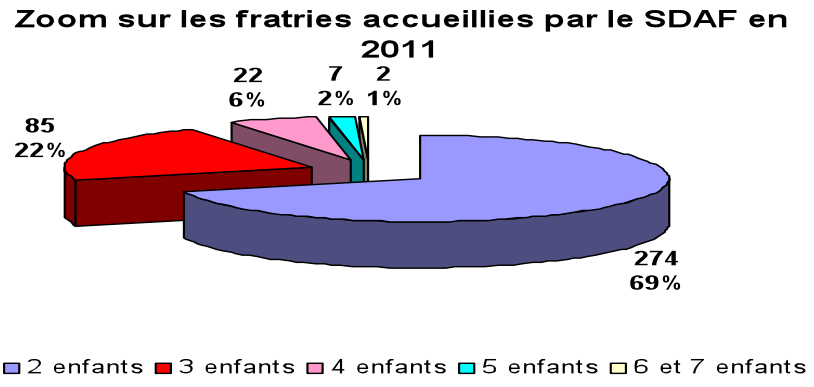
Tableau 94 : La r□partition des accueils familiaux pour les mineurs selon l□origine de la d□cision judicaire ou administrative au 31/12

Accueils familiaux mineurs	2009	2010	2011
Placement judiciaire	1 430 84,67%	1 464 86,47%	**1 393** 87,06%
Placement administratif	259 15,33%	229 13,53%	**207** 12,94%
Total	1 689 100,00%	1 693 100,00%	**1 600** 100,00%

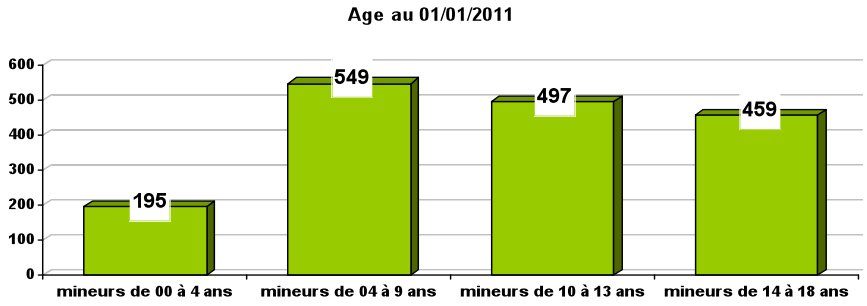
Source : rapport d□activit□ 2011 DEF /CG33

Le nombre de mineurs confi□s a augment□ alors que le nombre d□accueils provisoires a diminu□.

Graphique - 39

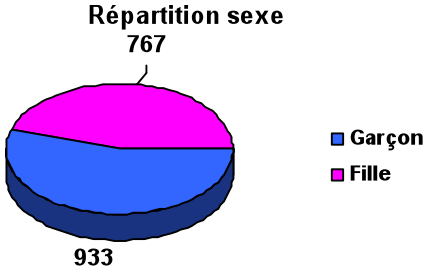


Graphique □40 : R□partition par %ge des enfants accueillis ; et par sexe Source : rapport d□activit□ 2011 DEF /CG33



Source : rapport d□activit□ 2011 DEF /CG33

Graphique 41



Source : rapport d'activité 2011 DEF /CG33

Le service de placement familial de l'AOGPE[31]

2. L'accueil en établissement

Répartition des accueils en établissements, selon l'origine de la décision:(hors jeunes majeurs et pupilles)

Tableau 95

Accueil Etablissement	2009	2010	2011
Placement judiciaire	839 67,34%	845 67,87%	971 71,50%
Placement administratif	407 32,66%	400 32,13%	387 28,50%
Total	**1 246** **100,00%**	**1 245** **100,00%**	**1 358** **100,00%**

Source : DEF /CG33

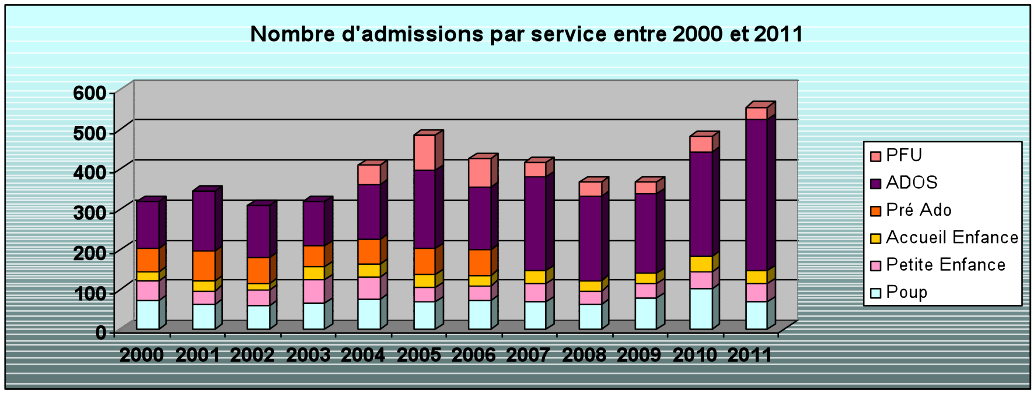
On constate une proportion plus importante des accueils dans le cadre judiciaire.

a. L'accueil au Centre Départemental de l'Enfance et de la Famille (CDEF)

En 2011, 549 accueils ont été réalisés avec: 70% des admissions sur les services adolescents, 13% sur la Pouponnière, 7% sur la Petite enfance, 5% sur le Placement Familial d'Urgence (PFU), et l'Accueil enfance.

Les accueils ont augmenté de 39% depuis 2009.

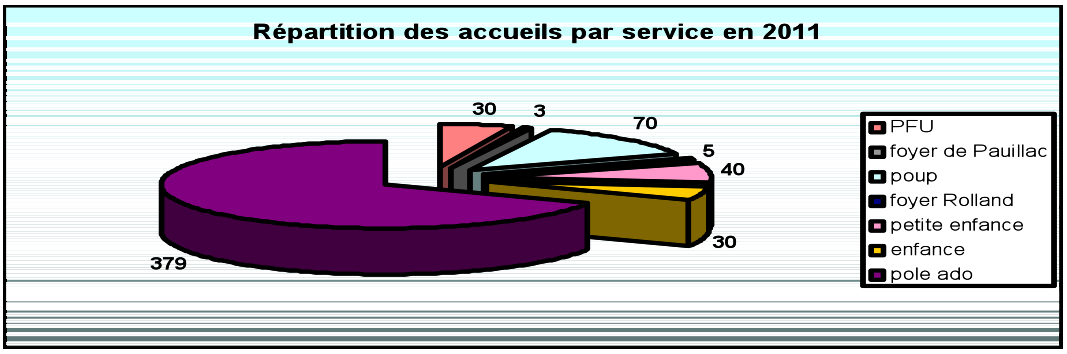
Graphique 42 - Nombre d'admissions au CDEF, par service



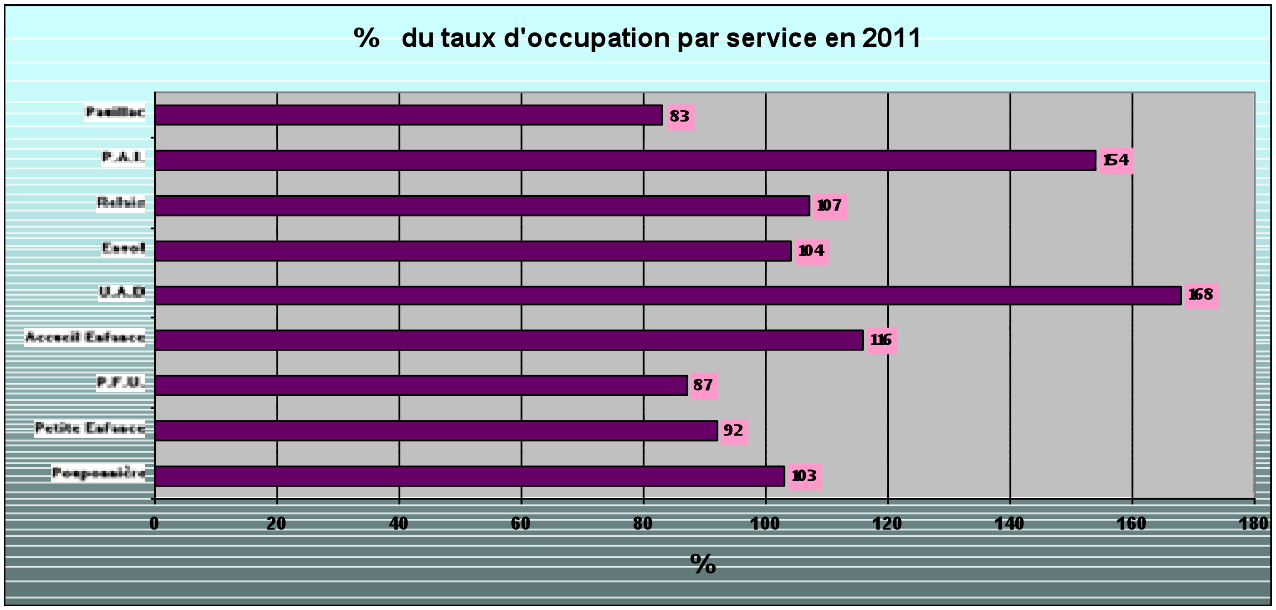
Source : rapport d'activité DEF 2011 /CG33

[31] *Supra* page101

Graphique 43 - R□partition des admissions CDEF, par service en 2011



Graphique 44 - Taux d□occupation du CDEF par service



Source : rapport d□activit□ DEF 2011 /CG33

✓ **La Pouponni□re :**

En 2011, les admissions correspondent ˆ 52 % ˆ des b□b□s de 0 ˆ 9 mois, dont la moiti□ est confi□e en vue d□adoption ; 24 % sont %g□s de 6 mois ˆ 2 ans et 24 % sont %g□s de 2 ans ˆ 4 ans.

Tableau 96 : Les admissions/ann□es 2005 - 2011

Admissions pouponni□re	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
O.P.P. du Juge pour Enfants	32	41	26	17	18	18	24
O.P.P. du Procureur	13	10	13	30	19	34	21
Article 223-2					6	6	7
Accueil Provisoire	18	31	16	7	8	13	6
Instance pupille						28	12
Pupille						2	1
Total	63	82	55	54	51	101	71

Source : rapport d□activit□ 2011 DEF /CG33

✓ ***L'accueil Petite Enfance :***

Sur le service Petite Enfance, le taux d'occupation du service s'élevait à 92%.

- en 2010 : 43 enfants ont été accueillis,

- en 2011, 46 enfants ont été accueillis ; aux 46 enfants accueillis. Les 70% des enfants accueillis le sont au motif de la « fragilité » de la cellule familiale ».

Tableau 97 : Les admissions au service Petite Enfance « selon les motifs

Motifs	Enfants	Proportions
Carences éducatives	17	37%
Maladie / Hospitalisation du parent	11	24%
Violences	6	13%
Garde à vue des parents	5	11%
Départ d'un des parents	4	9%
Rupture Placement Familial	2	4%
Absence de place en Institution	1	2%
Total	**46**	**100%**

Source : rapport d'activité 2011 DEF /CG33

En 2011, sur les 46 enfants, pris en charge, 43% relevaient d'établissements spécialisés : 5 enfants relevaient de CLIS, 14 d'ITEP, 2 d'hôpital de jour, 9 enfants ont fait l'objet de la constitution d'un dossier MDPH.

✓ **L'accueil Enfance :**

Evolution des admissions service Accueil Enfance

Tableau 98

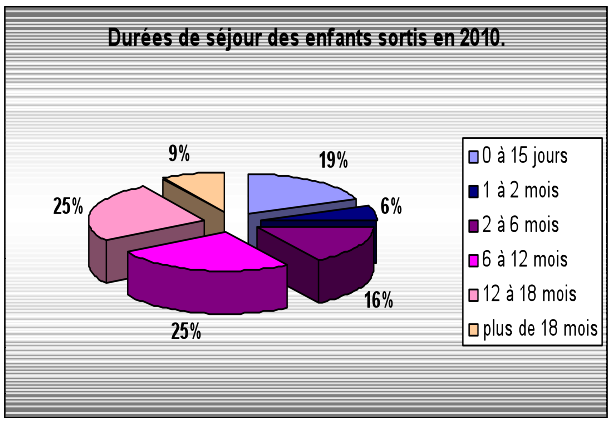
Année	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Total	**35**	**26**	**31**	**36**	**28**	**40**	**43**

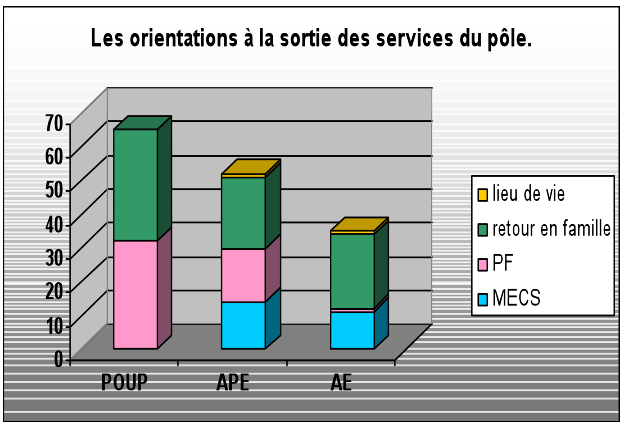
Source : rapport d'activité 2011 DEF /CG33

Ce service a vu une progression de 67% d'augmentation des admissions entre 2009 et 2011, soit un taux d'occupation de 113%. (85 demandes d'accueil pour 43 admissions).
En 2011, 53 enfants ont été pris en charge, 32% d'entre eux relevant d'établissements spécialisés.

✓ **Le Placement Familial d'Urgence (PFU) :**
Le Placement Familial d'Urgence gère l'accueil d'urgence de 30 enfants en famille d'accueil.
En 2009 et 2010 : 40 enfants âgés entre 0 et 13 ans, ont été accueillis au PFU.
En 2011 : 50 admissions ont été réalisées sur le service dont 62% au titre d'un accompagnement au nom du SDAF et 38% au titre d'un accompagnement dans le cadre des missions du C.D.E.F.

Graphiques 45 : Durée de séjour au PFU, et orientations à la sortie en 2011/Source : rapport d'activité 2011 DEF /CG33





✓ **Le P□le Adolescents**

La r□partition des accueils et taux d□occupation des services adolescents

Tableau 99

Admissions au 2011	Plateforme d□Accueil Imm□diat (PAI)	Relais	Unit□ d□Accueil Diversifi□ (U.A.D)	ENVOL	Total 2011	Total 2010
Nombre d□adolescents	163	19	70	16	268	261
% d□occupation	154%	107%	168%	104%	133%.	

Source : rapport d□activit□ 2011 DEF /CG33

Taux moyen : 133%.

Les orientations ˆ la sortie du Service Adolescents

Tableau 100

Orientations 2011	Envol	Relais	U.A.D	P.A.I
Retour famille	36%	45%	26%	36%
M.E.C.S	36%	15%	60%	16%

Source : rapport d□activit□ 2011 DEF /CG33

✓ **Le Service d□Accompagnement des Jeunes (SAJ) □[32],**

✓ **L□accueil des mineurs isol□s**

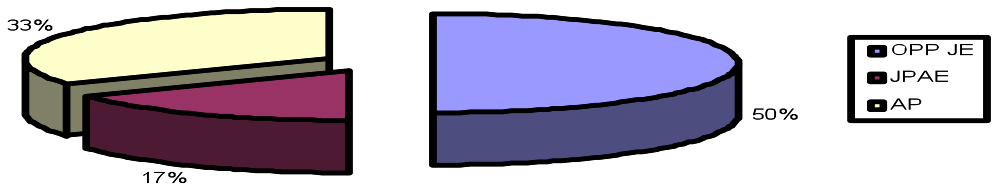
Le CDEF assure une part pr□pond□rante dans l□accueil de jeunes □trangers isol□s[33].

✓ **Les foyers de Pauillac et de Blaye (MECS)**

Ces foyers assurent un accompagnement □ducatif de mineurs b□n□ficiant d□une mesure d□assistance □ducative administrative ou judiciaire de longue dur□e, qui se diff□rencie des accueils dits d□urgence.

L□Unit□ d□Accueil et d□H□bergement du M□doc, (UAHM) situ□ ˆ Pauillac, accueille 10 mineurs de 6 ˆ 18 ans en internat et peut assurer, en plus des accompagnements en placement familial.
En 2011, il y a eu 7 admissions d□une dur□e moyenne de s□jour de 6 mois.
L□origine de l□accueil correspond pour une majorit□ au motif de □carences □ducatives □.
A la sortie, il y a eu 5 orientations dont 3 en M.E.C.S et 2 retours en famille.

Graphique □46 : Les admissions par statut ˆ l□UAHM



Source : rapport d□activit□ 2011 DEF /CG33

[32] *Infra* page 146 □Les jeunes majeurs□
[33] *Infra* page □145 Le DROMIE

Le foyer de Blaye accueille 8 mineurs de 12 à 18 ans ; 5 admissions ont été réalisées en 2011; la durée moyenne de séjour est de plus de 2 ans. A la sortie il y a eu 4 orientations dont 1 en lieu de vie et 3 retours en famille.
L'origine de l'accueil correspond pour une majorité au motif de « carences éducatives ».

- ✓ **L'activité de santé**

L'activité de santé du CDEF

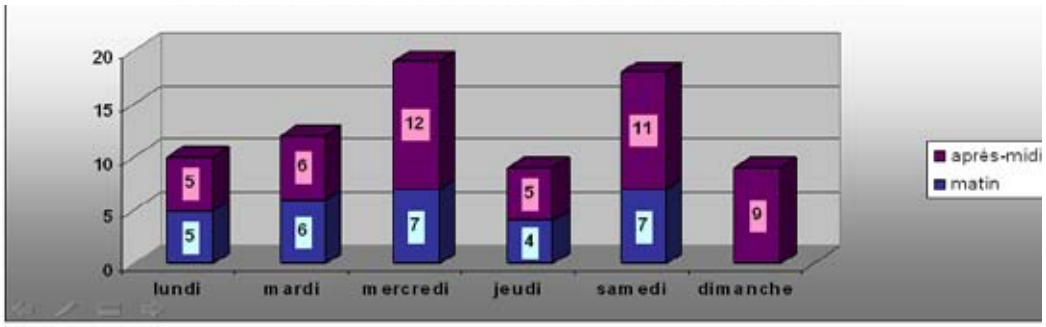
Tableau 101

Activité des infirmières en 2011	Total	Moyenne/mois
Consultations ou soins IDE seule	**1981**	165
Consultations externes au CDEF (ophtalmo, Orl, dentiste…)	**150**	12,5
Accompagnement réalisé par l'infirmerie	**127**	10,5
Intervention IDE d'urgence	**155**	12,9
Appels en urgence SOS médecin ou généraliste	**19**	15,8
Hospitalisations aux urgences médicales	**42**	3,5
Hospitalisations directes en Psychiatrie (SECOP)	**8**	0,7

Source : rapport d'activité 2011 DEF /CG33

En 2011, l'infirmerie du C.D.E.F a tenu une permanence 24h sur 24h de 8h30 à 20h, du lundi au vendredi. Elle a effectué 1981 consultations dont 155 en urgence.
Le médecin coordonnateur a effectué 540 consultations dont : 126 consultations de janvier à avril et 414 consultations de mai à décembre, soit 111 pour les M.I.E et 30 pour l'accueil enfance.

Graphique – 47 –Le nombre maximal de visite assurées en fonction des jours



Source : rapport d'activité 2011 DEF /CG33

Globalement, depuis ces dernières années, le CDEF constate une aggravation dans les conduites à risques adoptés par les mineurs, les mettant régulièrement en danger. Cette inquiétante évolution, qui a tendance à se chroniciser, complexifie les prises en charge et pose la nécessité d'un plus grand décloisonnement des interventions.

b. Les Maisons d'Enfant à Caractère Social (MECS)

Dans le cadre de l'élaboration du rapport annuel de l'ODPE, les MECS publiques ou associatives, ainsi que la Direction Enfance Famille ont été sollicitées afin de recueillir leurs observations sur le sujet de l'accueil en maisons d'enfants. Il ne s'agit pas dans ce rapport de créer un répertoire des MECS, sachant que ces établissements sont présentées dans le document « Enfance en Marge Annuaire 33 » ou encore, dans les différents sites dédiés à ces établissements. En ce qui concerne leurs données chiffrées, sont pris en compte celles communiquées par la DEF dans le présent rapport.

- ✓ **Evolution des accueils en MECS**

Les accueils en MECS :
Les maisons d'enfants accueillent mineurs et majeurs.
L'analyse de données relatives aux accueils en établissements, met en évidence la tendance à l'augmentation des accueils,[34] qui s'explique notamment, par la diminution particulièrement préoccupante du nombre des assistants familiaux.
Afin de répondre aux besoins d'accueil en MECS, la Direction Enfance Famille, a sollicité et obtenu la création de places nouvelles[35].

L'accueil d'urgence :
Les établissements s'organisent, non sans difficulté, pour pouvoir accueillir des mineurs en urgence. Des progrès restent à faire quant à la structuration des établissements, pour assurer ce type d'accueil. Le travail de réflexion engagé avec les MECS sur le sujet va se poursuivre en lien étroit avec le CDEF.

Les modalités de prises en charge :

Des efforts ont été réalisés afin d'offrir de nouvelles modalités de prises en charge, au sein de ces structures tels que :

L'accueil modulable, il consiste en un accueil en internat avec une ou plusieurs nuits par semaine passées en famille, mais aussi dans une famille d'accueil ou dans une autre structure (établissement médico-social par exemple), en dehors du week-end et vacances.

L'accueil séquentiel, est une prestation pensée comme une orientation spécifique, dès le début de l'accueil et défini par le projet de service. Il s'agit d'un projet axé sur le travail de restauration des fonctions et relations parentales. Le projet d'accueil séquentiel s'inscrit dans une plus longue durée (de 6 à 12 mois) que celle de l'accueil modulable.
En 2011, un travail de réflexion sur l'accueil séquentiel a abouti à une proposition de développement de l'accueil externalisé : avec une clarification et une harmonisation des modes de prises en charge et de facturation, dans le respect des spécificités des établissements. Ce travail va aboutir à un protocole MECS /CG sur les attendus de ces prises en charge et les procédures, ainsi que les relations entre le Conseil général et les établissements.

Le suivi externalisé est une modalité utilisée par les maisons d'enfants, en vue de préparer le début ou la fin du placement, avec le retour de l'enfant au sein de sa famille, dans des conditions sécures pour l'enfant et ses parents. Il s'agit d'un suivi renforcé du jeune, assuré par un ou plusieurs éducateurs qui s'exerce hors de la MECS (sauf nécessité impérieuse en cas de rupture ou de situation de crise) ; Il nécessite l'accord de l'ensemble des parties : ordonnateur du placement, le ou les parents, l'enfant et le service de placement. Ce dispositif initié en terme de réflexion en 2011 a vu sa concrétisation en 2012. Ce mode de prise en charge peut également s'appliquer aux jeunes majeurs.

Les actions culturelles :
En 2010, une réflexion a été initiée dans le domaine des actions culturelles proposées aux maisons d'enfants et au CDEF. L'action culturelle constitue un espace indispensable à l'épanouissement et à la construction psychologique de ces jeunes. Elle favorise la valorisation individuelle, collective et le développement des liens et de rencontres. Il est donc indispensable de rendre accessible la culture à ces jeunes en difficulté. La mise en œuvre de projets artistiques nécessite une organisation particulière, un réseau et des financements que ces établissements ont toute difficulté à mobiliser de manière autonome. Depuis 2011, un partenariat entre la Direction de la Culture et de la Citoyenneté et la Direction de l'Enfance et de la Famille a été initié pour permettre le développement de projets culturels, au sein de ces établissements. Ces actions culturelles portent sur des thématiques variées telles que, le théâtre, la danse, la musique, l'écriture, les arts plastiques, la photographie. Ces projets reposent sur le principe de l'activation des réseaux culturels, dont dispose le Conseil général.

Deux modes d'intervention sont proposés :

- Le parcours culturel, en partenariat avec l'IDDAC, qui mobilise des artistes ou compagnies autour d'un thème, d'une pratique, alliant de manière modulable la présence à des spectacles, la visite de lieux, rencontre avec des artistes…

[34] *Supra* page 116
[35] *Supra* page 98

- Le jumelage avec un artiste de l'artothèque du Conseil général de la Gironde, sous forme de collaboration inscrite dans le temps autour d'un projet réalisé au sein de la MECS. La proposition artistique se construit à partir d'un échange avec la MECS. Les projets privilégient dans leur méthodologie la co-construction, la reconnaissance de chacun des acteurs, l'ouverture du projet à l'environnement proche.

Ces MECS ont répondu de manière très positive et intéressée à l'idée d'un développement de projets culturels en partenariat avec le Conseil général de la Gironde. Ainsi en 2011, une dizaine de projets se sont concrétisés et certains se poursuivent en 2012, en raison de leur vif succès et de l'intérêt suscité auprès des jeunes.

✓ **Les difficultés relevées par les MECS :**

L'isolement du jeune :
Constat est fait du manque d'investissement de l'adulte faisant référence auprès du jeune, aussi bien au sein de sa famille qu'en dehors de celle-ci. Cette situation renforce l'isolement du jeune.

Les addictions :
La question des addictions chez les jeunes, a été soulevée, comme une préoccupation forte dans l'accompagnement des jeunes accueillis. Des projets de partenariat naissants sont à encourager avec l'association CAAN'ABUS.

Les difficultés psychologiques:
Face à un public en situation de plus en plus difficile, l'articulation avec le secteur psychiatrique s'impose.
Certaines MECS constatent un nombre croissant d'enfants admis présentant des troubles du comportement. Les MECS sont confrontées aux délais encore trop longs, tant au niveau du traitement des demandes d'orientation ou de réorientation vers des établissements médico-sociaux (tout particulièrement les ITEP), que des admissions des enfants faisant l'objet d'une décision d'orientation de la CDAPH.

La déscolarisation :
Les MECS constatent que bon nombre de jeunes, à l'admission, sont sans inscription scolaire ou dans des scolarités souvent fragiles ou formelles (absentéisme scolaire).

Les difficultés d'insertion professionnelle
Dans un contexte économique contraint, les jeunes, dont le niveau scolaire est faible, peinent à intégrer des formations, ou accéder à un emploi. Un certain nombre de MECS proposent des services spécifiques de formation tels que : le restaurant d'application « les gondoles » au SEPAJ de l'association du PRADO, l'Auberge Don Bosco, de l'association Saint François Xavier.

Des constats à interroger : L'augmentation des accueils de week-end d'enfant, d'adolescents et de jeunes adultes en M.E.C.S, demande une analyse.

3. L'accueil en lieux de vie

En 2010 et 2011, 83 jeunes ont été accueillis en lieux de vie.
La DEF a engagé une démarche d'évaluation et de contrôle, visant à optimiser l'accueil en lieu de vie. La complexification des prises en charge, nécessite l'accompagnement professionnel des équipes éducatives des lieux de vie, en sus de l'accompagnement individuel, déjà offert par le pôle missions spécifiques.

4. Les accueils mère-enfants, parents-enfants,

Cette année, l'ODPE a souhaité dans le présent rapport, mieux faire connaître le dispositif girondin, d'accueil des mères-enfants ou des parents-enfants.

Dans le panel des prestations offertes à la famille par le Conseil général, les centres maternels constituent une réponse aux besoins d'accueil des femmes enceintes, des mères isolées, conformément aux missions dévolues au département, tel que le prévoit l'article 222-2 du CASF. Ce dispositif concerne également les futures mères mineures ou de mères mineures, confiées au service dans un cadre judiciaire ou administratif, accueillies en centre maternel.
Ce dispositif de prise en charge se situe dans une démarche de prévention particulière, puisqu'il va agir par l'accompagnement médico-social et éducatif sur les relations intrafamiliales et sur la qualité du lien parent-enfant.

Globalement, il est à remarquer, une stabilité du nombre de places, avec des réponses adaptées aux besoins[36]

Tableau 102 : L'accueil des femmes enceintes et isolées

Au 31/12	2009	2010	2011
Nombre d'enfants	156	156	146
Nombre de familles	138	141	121

/Source : DEF /CG33

a. Les services du Centre Départemental de l'Enfance et de la Famille (CDEF)

✓ **Le Service d'Accompagnement de la Famille et de l'Enfant (SAFE) de TALENCE :**

Missions générales du SAFE :

Les centres maternels ont pour mission d'accueillir des femmes enceintes ou ayant un enfant de moins de trois ans qui ont besoin d'un soutien psychologique et matériel.

Leurs missions s'articulent autour de deux axes :

Axe 1 : mission de prévention et de protection de l'enfance centrée sur la qualité de la relation mère/enfant et préparant les mères à l'exercice de leurs responsabilités parentales.

Axe 2 : mission d'insertion préparant la mère à l'autonomie : prendre sa place de parent et assurer la sécurité matérielle de son enfant en s'inscrivant dans un processus d'insertion par le travail, le logement, l'exercice de la responsabilité parentale.

Missions spécifiques :

Le SAFE reçoit de très jeunes mères et des mères adolescentes.

Parmi les prestations offertes dans le cadre de l'accompagnement éducatif, la structure propose une halte bébé, des places en crèche réservées, la possibilité d'une garde de nuit et d'un accompagnement aux soins primaires par des auxiliaires de puériculture.

L'existence d'une équipe pluridisciplinaire offre un appui technique important. Cette équipe comprend : pédiatre, psychologues, puéricultrices, auxiliaires de puériculture, éducatrices de jeunes enfants et éducateurs spécialisés.

Structure mode d'accueil petite enfance **:**

La Crèche départementale de Talence, "Gribouille » offre 49 places dont 20 places pour les enfants du Centre Maternel.

Analyse quantitative de l'activité :

- Nombre d'accueils effectués en 2011 : 21.
- Nombre d'accueils d'urgence : 8.

29 admissions ont été réalisées, ce chiffre reste stable depuis les 5 dernières années, durant lesquelles on constate 26 à 30 sorties par an.

- Durée moyenne de séjour (DMS) : 8 mois et 26 jours (moyenne arithmétique).

Analyse des sorties :

29 sorties en 2011, chiffre stable depuis les 5 dernières années, durant lesquelles on constate entre 23 et 30 sorties par an.

7 fugues / départs en rupture : Il s'agit de personnes n'adhérant pas au projet du centre maternel souvent ne supportent pas le règlement intérieur ou les contraintes de la vie collective.

14 Appartement autonome :
2 Bail glissant :
1 Logement transitoire :
5 Autre centre maternel :

[36] *Supra* page 100

Analyse de la population médiane 18-21 ans

Tableau 103 : Age des résidentes

Tranche d'âge				
15 ans et moins	15 / 18 ans	18 / 21 ans	21 / 25 ans	+ 25 ans
2	11	13	20	3

Tableau 104 : Nombre des mères et enfants selon l'origine de la décision

Confiées au Conseil général			
Mère mineure en Accueil Provisoire.	Mère mineure confiée en assistance éducative	Enfants confiés en assistance éducative	Mineures confiées en assistance éducative. (En voie de régularisation
3	10	10	7

Source : SAFE

Nombre de femmes enceintes à l'admission : 5;
Nombre de femmes séparées de leur conjoint par l'admission: 6.
Nombre de pères présents pour les bébés en journée : 12.

Il convient de relever la jeunesse des jeunes femmes accueillies au SAFE de Talence : 30% du groupe est constitué de mineures ; les plus jeunes sont âgées de 14 ans ; la moyenne d'âge des 70 % restant, se situe autour de 20 -22 ans.

Nombre d'informations préoccupantes : 7.
Nombre d'enfants séparés de leur mère par décision de placement : 2.

L'atelier pédagogique:
Cet espace pédagogique, animé par une éducatrice scolaire, propose de nombreux outils en français, mathématiques, culture générale (du primaire à la terminale, CFG, CAP, BEP), exercices de raisonnement logique. Ce dispositif est souple, accessible à toutes les résidentes, à l'articulation du scolaire et du culturel (dans son sens le plus large) et offre un accompagnement individualisé, le plus adapté possible à chacune.
L'atelier est ouvert chaque jour du lundi au vendredi
Le travail est réalisé en individuel ou en petits groupes, selon les profils ou l'évolution de la jeune femme.

Objectifs :
- agir sur les phénomènes d'exclusion sociale, liés à l'illettrisme ou au décrochage scolaire précoce.
- restaurer la relation pédagogique et l'estime de soi.
- réparer ou soutenir l'insertion et la formation qualifiante.
- contribuer à une meilleure autonomie des jeunes femmes.

Déroulement :
Sur proposition de l'éducatrice référente, chaque jeune femme intègre l'atelier pour un mois minimum et signe un contrat d'un mois renouvelable, où sont stipulés ses jours et horaires de fréquentation.
Après un temps d'évaluation, selon le projet, un programme personnalisé est proposé ; il peut régulièrement être réévalué, en fonction de l'évolution et de la situation de la jeune mère.
Des bilans périodiques sont prévus avec la jeune femme, l'éducatrice référente et l'éducatrice scolaire.
Un point hebdomadaire sur l'atelier pédagogique, se fait également, lors de la réunion d'équipe.

Bilan quantitatif 2011 (de courant septembre à Noël) ,13 jeunes femmes :

- 2 résidentes d'origine étrangère en apprentissage de la lecture, de l'écriture et des mathématiques. Exercices écrits et oraux en complément d'une formation à l'extérieur pour l'obtention du DELF A2. : Diplôme d'étude en langue française.
- 1 jeune mineure en décrochage scolaire précoce, pour une réconciliation avec les apprentissages (niveau CFG : Certificat de Formation Générale) et une restauration de la relation pédagogique.
- 1 jeune femme en évaluation, puis en remise à niveau, avant entrée en formation qualifiante pour l'obtention du DEAVS : Diplôme d'Etat Auxiliaire de vie sociale.
- 4, pour une remise en confiance, une réactivation des connaissances et des mécanismes d'apprentissage en vue de leur insertion sociale et professionnelle.
- 5, de façon plus ponctuelle, pour des évaluations avant l'élaboration d'un projet professionnel ou des demandes particulières comme l'élaboration de lettres de demande ou de motivation.

La fréquentation, selon les jeunes mères, va d'une à quatre séances par semaine. Les séances vont de 45 minutes à 3 heures chacune.

Bilan qualitatif et indicateurs de résultats :

- assiduité et investissement,
- amélioration de l'intérêt et de la concentration,
- épanouissement et remise en confiance,
- appétence pour les apprentissages, curiosité intellectuelle,
- progression dans les apprentissages et l'autonomie.

Les problématiques des résidentes **:**

1. une problématique de la parentalité avec :

- une méconnaissance des besoins de leur enfant, des comportements éducatifs *inadaptés*, en lien avec une immaturité, des carences affectives (le bébé est rapidement investi de la mission de les combler), un parcours chaotique qui fragilise la stabilité psychique, nécessitant étayage et apprentissage.

- des problèmes d'empathie vis-à-vis de l'enfant : ces jeunes femmes ont des difficultés à se mettre à la place du bébé ; or l'empathie est un mécanisme psychique indispensable à la bientraitance du bébé.

- des souffrances psychiques pour les jeunes femmes originaires d'Afrique : Cameroun, Nigéria, Congo, Mali, Benin, en attente de régularisation, le plus souvent anciennes mineures isolées. Si leurs attitudes éducatives sont adaptées, elles sont fragilisées par les traumatismes subis soit du fait de la guerre, soit dans le cadre de l'immigration illégale (viol, prostitution). Ces traumatismes sont aggravés par l'incertitude de la procédure de régularisation sur le territoire français.

- la période de fragilisation liée à la grossesse et au *post-partum,* constitue une période de vulnérabilité psychique pour les mères. En effet, le risque pour une femme d'être hospitalisée en psychiatrie est de 60% plus élevé que pour une femme du même milieu psycho-social qui n'a pas accouché. Donc, se constate un risque psychologique accru auquel s'ajoutent des difficultés matérielles de précarité : logement, pauvreté.

2. l'isolement :

Environ, 90% d'entre elles, en danger dans leur famille, ont vécu des parcours institutionnels à l'ASE de la Gironde. Au sortir des dispositifs, ces jeunes femmes connaissent des situations d'isolement. En cause, un déficit de lien avec des parents, parfois très carencés ou maltraitants, mais également une méconnaissance de la parentèle, le droit de visite ne s'appliquant le plus souvent qu'aux autorités parentales. A cet égard, il convient de sensibiliser les juges des enfants à la nécessité de maintenir, quand cela est bénéfique à l'enfant, les liens avec la famille élargie du mineur : oncles, tantes, cousins et maintenir des liens étroits avec la fratrie. Cette dernière est souvent éclatée dans des familles d'accueil différentes.

Les pères souvent violents, identifiés comme dangereux, sont exclus la plupart du temps des dispositifs. En hébergement collectif, les règlements intérieurs prévoient des heures de visite dans un cadre restrictif, ce qui n'aide pas ces pères à prendre leur place, ce qui pourtant, aiderait à rompre l'isolement et la toute puissance maternelle.

Pour le très jeune public accueilli du SAFE de Talence, il faut accompagner les jeunes femmes à dissocier leurs conflits de conjugalité avec une coparentalité.

3. les freins à l'insertion sociale avec :

- un faible niveau scolaire, pouvant aller jusqu'à l'illettrisme.

- un faible niveau de qualification : causant un accès à l'emploi difficile, une situation de pauvreté et une dépendance aux minimas sociaux.

- un problème de garde d'enfants crucial, avec des difficultés importantes à accéder au sortir du SAFE de Talence, à des modes de garde adaptés aux horaires atypiques des secteurs professionnels porteurs d'emploi, ne nécessitant pas grande qualification, tels que notamment, la restauration, le nettoyage, la vente, la tenue de caisse dans les magasins, dont les horaires ne sont pas classiques. Ce défaut de réponse amène les jeunes mères à des montages de différents modes d'accueil, très budgétivores, eu égard à leurs faibles revenus. Cet effort financier est cependant indispensable pour maintenir leur activité professionnelle.

- des difficultés d'accès au logement,

La sortie de jeunes femmes des centres maternels est retardée par leurs difficultés à accéder :

- au parc locatif : privé (loyers trop élevés pour ces familles qui vivent en dessous du seuil de pauvreté, refus des propriétaires privés, d'accepter les garanties offertes par le Fond Solidarité Logement (FSL) ;
- mais aussi au parc locatif social.

✓ **Le Service d'Accompagnement de la Famille et de l'Enfant (SAFE) de Bordeaux :**

Le SAFE de Bordeaux offre 20 studios :

- 1 est réservé aux accueils en urgence,
- 10 peuvent accueillir une mère et un enfant,
- 9 ont la capacité d'accueil pour des fratries de deux enfants.

La Crèche du Centre Maternel de Bordeaux offre 15 places exclusivement pour les enfants du Centre Maternel.
La demande d'admission en centre maternel, est instruite par un travailleur social, qui sollicite l'Inspecteur de la Direction Enfance Famille de son territoire, pour obtenir l'accord de prise en charge.

L'activité quantitative en 2011:

Accueils : Le SAFE est appelé à accueillir des mères et des enfants soit dans un cadre préparé, soit en urgence ou accueil immédiat. 35 familles avec 52 enfants ont été accueillies. (En 2010 : 30 familles avec 27 enfants).

Durée de Séjour : 15 mois (En 2010 : 16.5 mois).
En ce qui concerne l'accès au logement des résidentes, si beaucoup de dossiers « contingent prioritaire » ont abouti rapidement, il reste que certains bailleurs imposent des attentes démesurément longues entre l'acceptation du dossier et la réalisation effective de déménagement (jusqu'à 6 mois) avec des relances du SAFE de Bordeaux sans effet.

Informations préoccupantes et signalements : le service a effectué 3 informations préoccupantes ayant abouti à 4 placements judicaires d'enfant.

Résidentes sans papier : 12 résidentes « sans papiers » mais régularisables ont été accueillies, avec un pic au dernier quadrimestre et concernant une quasi totalité de résidantes originaires d'Afrique Noire. Ces 12 familles ont été réparties sur 19 studios.

Santé psychique : 6 résidantes (17%) présentaient des troubles psychiques avérés et suivis. La collaboration du SAFE de Bordeaux avec l'Unité Mère Enfant se renforce.

Insertion : 14 résidantes (40%) ont eu une activité professionnelle ou bénéficié d'une formation ce qui cette année encore, colore la prise en charge et l'atmosphère du Centre Maternel.

Sorties : 17 sorties (11 en 2010), dont une régularisation miraculeuse, témoignent d'une activité 2011 intense. Dans l'ensemble ces sorties sont satisfaisantes, car elles signent l'aboutissement d'un projet de vie et un travail éducatif efficace.

Tableau 105 : Les sorties

Sorties	Sans adresse	Retour famille	Logement privé	Logement public	Logement accompagné	Total
2009	0	4	3	7	3	17
2010	0	4	1	3	2	10+1*
2011	1	3	5	6	0	15+2**

Source : SAFE Bordeaux

*1 hospitalisation + retour chez elle, hors département
**1 hospitalisation + retour chez elle, et 1 sortie vers un autre Centre Maternel.

Fonctionnement du service :

- *Ateliers* :

Ils se poursuivent globalement avec des cycles de fréquentation variable, mais sans désintérêt. Leur poursuite paraît très utile sinon indispensable. Il s'agit d'ateliers divers :

- Accueil mère /enfant : hebdomadaire,
- Esthéticienne : hebdomadaire,
- Diététique : bi mensuel,
- Autour du livre : mensuel,
- Jardin potager : saisonnier,
- Courses intelligentes : mensuel,
- Musique et détente : hebdomadaire,
- Culture (cinéma, bibliothèque) : saisonnier,
- Vacances.

Cet été 2011, outre des sorties à la journée très suivies, un séjour encadré en VVF a été réalisé et a concerné 4 familles. Cette activité, mutualisée pour la location avec le SAFE de Talence, a ouvert une piste : les vacances en semi autonome ce qui supposerait une présence ponctuelle d'encadrant.

Projections 2012 : parmi les projets 2012, l'habilitation de la crèche au sein de la structure.

b. Le Service d'Accueil Mères Enfants (SAME) la MISERICORDE

Le SAME est un centre maternel, qui accueille des mères avec leurs enfants de moins de 6 ans, soit dans le cadre de la prévention, soit dans le cadre de la protection. Le service est habilité pour accueillir 13 familles reçues simultanément. Parmi les habilitations, une place est réservée pour l'accueil d'urgence. Globalement l'activité d'accueil du SAME est régulière.

✓ **Le nombre de familles accueillies et leurs caractéristiques :**

Tableau 106 : Le nombre de familles accueillies en 2010 et en 2011

Années	2010		2011	
	Mères	Enfants	Mères	enfants
Familles accueillies	25	30	28	41
Dont réinsertion	25	30	26	37
Dont OPP	0	0	2	4

Source : SAME

En 2011 : 28 familles différentes ont été accueillies parmi lesquelles 6 familles ont été reçues en urgence. Deux situations ont été accompagnées dans le cadre d'une ordonnance provisoire de placement des enfants en centre maternel. Le constat d'emblée porte sur le nombre d'enfants qui a fortement augmenté. La majeure différence entre 2010 et 2011 est donc le nombre d'enfants par famille.

Tableau 107 : Le nombre d'enfants par familles accueillies

Enfants par famille	2010	2011	Ecarts
Mère avec un enfant	20	18	Moins 2
Mère avec deux enfants	5	7	Plus 2
Mères avec trois enfants	0	3	Plus 3
Total des mères accueillies	25	28	Soit 12 % de plus
Total des enfants accueillis	30	41	Soit 36 % de plus
Total de personnes accueillies	55	69	Un quart en plus

Source : SAME

La modification de la typologie des familles accueillies en 2011 a, en effet, considérablement modifié le nombre de journées produites. L'évolution de la population semble conjoncturelle. Il reste important de repérer ces augmentations d'activité et de les étudier dans la durée.

Tableau 108 : L'âge des mères sortantes dans l'année

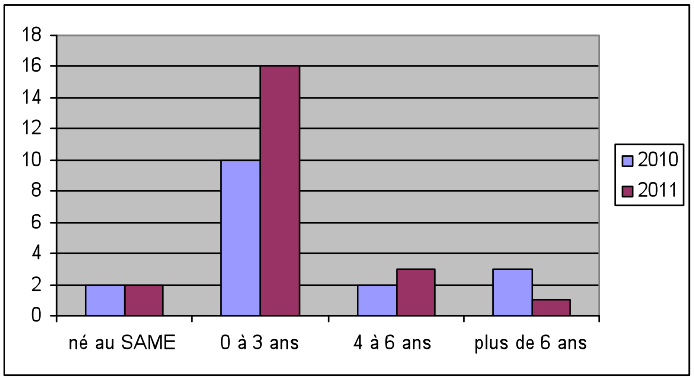
Age des mères à la sortie	2010	2011
Age moyen	25 ans	29 ans
De 18 à 20 ans	13 %	12 %
De 21 à 30 ans	67 %	53 %
Plus de 30 ans	20 %	35 %

Source : SAME

L'âge moyen des mères sorties en 2011 est de 29 ans, un vieillissement de la population des mères se constate. Plusieurs mères de plus de 30 ans ont été accompagnées.

L'âge des mères accueillies influe inévitablement sur la prise en charge et l'accompagnement proposé.

Graphique □48: L□%ge des enfants sortants dans l'ann□e



Source : SAME

En 2011, les 17 familles qui ont quitt□ le service, totalisaient 22 enfants et il y a eu 2 naissances pendant l□ann□e.

Cette ann□e, nous avons re u des enfants beaucoup plus jeunes : 16 enfants avaient entre 0 et 3 ans contre 10 en 2010.

4 femmes ont □t□ accueillies pendant leur grossesse : pour 2 le suivi s□est prolong□ apr s la naissance de leur enfant, pour une, l'enfant a du tre confi□ˆ la pouponni re du CDEF, pour une autre, elle n'a pas pu s'engager dans un projet au SAME, et est partie vivre dans la famille du p re de l'enfant.

- ✓ **Les caract□ristiques du s□jour au SAME**

Pour comparer les dur□es de s□jour, ne sont prises en compte que les situations sortantes dans l□ann□e, un s□jour moyen dure 11,23 mois. La dur□e du s□jour moyen pour les situations sortantes en 2011 reste relativement stable.

Tableau 109 : Les dur□es de s□jour au SAME

	Moins de 1 mois	De 1 ˆ 6 mois	De 7 mois ˆ 12 mois	Plus de 12 mois
2010	8%	33%	25%	34%
2011	8%	42%	17%	33%

Source : SAME

- ✓ **Les activit□s propos□es par l□□quipe □ducative :**

Pour r□pondre, ˆ des m res n□ayant souvent ni rep res, ni rythmes, ayant parfois connu des situations d□errance, le SAME propose des temps d□activit□s sp□cifiques, appel□s □ateliers □, soutenus par deux animateurs (pr□sence simultan□e d'□ducateurs). Ces ateliers sont b□n□fiques, aux m res, car ils leur permettent de :

- structurer leur temps, au sein du service,
- les inscrire dans un lieu contenant et rassurant,
- leur donner confiance en elles, les valoriser,
- soutenir leur capacit□ d□apprendre, de d□velopper leur curiosit□,
- les aider ˆ fabriquer, ˆ modeler, ˆ toucherÉ
- prendre plaisir ˆ tre avec l□autre, mais □galement d□apprendre ˆ respecter les diff□rences.

Ces ateliers sont structurants par leur contenu pr□cis et des horaires ˆ respecter ; ils cassent le "ne rien faire □, l'errance, dans lesquels l□enfant est souvent entra"n□. Ces activit□s apaisent les m res, plus disponibles alors, avec leur enfant

A signaler que la question de la garde des enfants durant ces ateliers, reste probl□matique et doit tre travaill□e. Le SAME, par ailleurs, estime opportun de poursuivre la campagne de pr□vention contre le syndrome du b□b□ secou□. Le SAME sur ce point propose qu□une personne ressource, intervienne, lors de r□unions d□information sur le sujet, aupr s des m res, pour renforcer le message des professionnels. Du point de vue du SAME, cette campagne m□rite d□tre r□alis□e au niveau national.

Sur Libourne, il existe, par ailleurs, un lieu d'accueil mères enfants « le point mousse », ce dispositif est pertinent pour les familles accueillies, même si pour certaines mères ce lieu de socialisation les met en difficultés. Il offre un lieu facile d'accès, et ouvre un possible dans un espace alors que trop souvent les portes se ferment sur elle et leur enfant.

Au SAME le soutien à la parentalité est une problématique particulièrement prégnante, en particulier la place du père dans un centre maternel. Soutenir la « maternalité » s'inscrit en effet dans le quotidien, mais le soutien de la « paternalité », reste un axe de travail à développer. Malgré des difficultés de mise en œuvre, des espaces s'entrouvrent pour sa réalisation.

Le SAME souhaite travailler différentes questions :

- - le recours à la médiation familiale dans les problématiques relationnelles parentales,
- - l'accompagnement à la parentalité des parents déficients mentaux,
- - le burn-out maternel, en particulier lors de grossesse rapprochées. Comment informer pour y faire face ?

c. Le Centre d'Accueil et d'Accompagnement de la Famille (CAAF)

Le Centre d'Accueil et d'Accompagnement de la Famille se compose de deux entités rattachées, au niveau juridique, au CCAS de la Ville de Bordeaux.

Ces deux services, d'une part le Repos maternel à Gradignan, d'autre part le Foyer maternel à Bordeaux, sont en capacité d'accueillir 66 familles (66 résidentes pour environ 85 enfants). Les modalités d'hébergement et d'accompagnement proposées sont différentes.

Ainsi, encore à ce jour, le Repos maternel propose une offre plus collective (accueil en chambres, douches et toilettes réparties sur chaque étage, restauration). Cette structure dispose également, d'un Multi-accueil de 20 places, lieu d'accueil et d'accompagnement pouvant prendre en charge des enfants de 0 à 4 ans.

Quant au Foyer maternel il s'adresse, à priori, à des résidentes « plus autonomes » (accueil en studio, accès des enfants sur des places de crèche de droit commun, autonomie financière).

Ceci étant, les deux services s'inscrivent dans le même dispositif. Ils répondent aux mêmes objectifs et s'adressent à des familles présentant le plus souvent les mêmes caractéristiques.

- ✓ **Les Missions du CAAF**

L'intérêt de l'enfant doit guider toute action de prévention, dès lors, le Repos maternel et le Foyer maternel du CAAF s'inscrivent pleinement dans la mission de prévention et de protection de l'enfance orientée vers des actions favorisant :

- la prévention périnatale et l'accompagnement de la petite enfance ;
- la prévention des difficultés éducatives parentales, notamment la maltraitance et la rupture du lien parental (prise en compte des pères) ;
- L'évaluation de la relation mère-enfant et mise en place d'accompagnements adaptés.

- ✓ **Les objectifs des deux services :**

Pour assumer la mission confiée par les services du Conseil général et plus particulièrement celui de la Direction de l'Enfance et de la Famille (DEF), le CAAF répond à divers objectifs, qui se déclinent de la façon suivante :

- proposer un hébergement et un accueil sécurisant, apaisant et adapté à chaque famille ;
- rompre l'isolement en favorisant le maintien ou la restauration du lien social ;
- favoriser la prise de conscience des difficultés (sociales et psychologiques) et mobiliser les compétences ;
- favoriser le bien-être, l'épanouissement et l'éveil des enfants ;
- soutenir les familles (mères et pères) dans leurs fonctions parentales ;
- accompagner vers l'autonomie, chaque résidente en favorisant la réalisation de ses projets.

- <u>L'admission en centre maternel **:**</u>

- *l'origine :* Les demandes d'admissions proviennent de l'ensemble des MDSI de Gironde et principalement de celles de Bordeaux et de la Communauté Urbaine de Bordeaux (CUB). Il est à noter que nombre de demandes trouvent leurs causes, non seulement sur des questions de prévention, mais également sur des difficultés

d'accès au logement. Généralement, ces familles ne peuvent accéder au dispositif de droit commun en matière de logement ou vers un CHRS par manque de places.

Tableau 110 : Les admissions

Demandes d'admissions	2010	2011
Dossiers reçus	105	106
Admissions réalisées	32	46

Source : CAAF

-*les motivations* : Les demandes d'accueil sont le plus souvent motivées par une séparation de couple, des conflits et des violences conjugales. Cependant, les familles accueillies, vivent également un isolement social et familial, se traduisant par une situation de précarité sociale, voire d'errance. L'accueil au CAAF tend à répondre à une demande de protection pour la mère et son enfant.

Tableau 111 : Evolution des modalités d'accueil

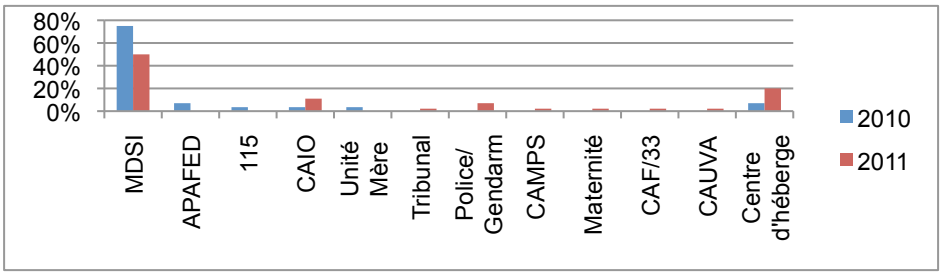
Modalités d'accueil	2010	2011
Accueil d'urgence	8	13
Accueil préparés	24	33

Source : CAAF

En ce qui concerne plus particulièrement le Repos Maternel, compte tenu de son offre de service (restauration collective et crèche intégrée), il accueille régulièrement des personnes d'origine étrangère, engagées dans une démarche de régularisation administrative de leur séjour en France.

- *Le profil des familles accueillies* : La moyenne d'âge des résidentes se situe entre 25 et 30 ans et les enfants ont pour la grande majorité, moins de 2 ans (en cas d'accueil d'une fratrie, au moins un enfant doit être âgé de moins de 3 ans). La plupart des résidentes perçoivent des minima sociaux lors de leur admission, l'objectif restant de les conduire à un projet d'insertion pérenne (emploi et logement). Les personnes accueillies sont le plus souvent confrontées à des problématiques les rendant particulièrement vulnérables : vécus traumatiques, carences ou ruptures familiales, problèmes de santé somatiques, psychiques et conduites addictives,… Ainsi en 2011, il est relevé, 253 jours d'hospitalisation en psychiatrie avec des fins d'hospitalisation pas toujours « préparées », voire suivies par les services hospitaliers.

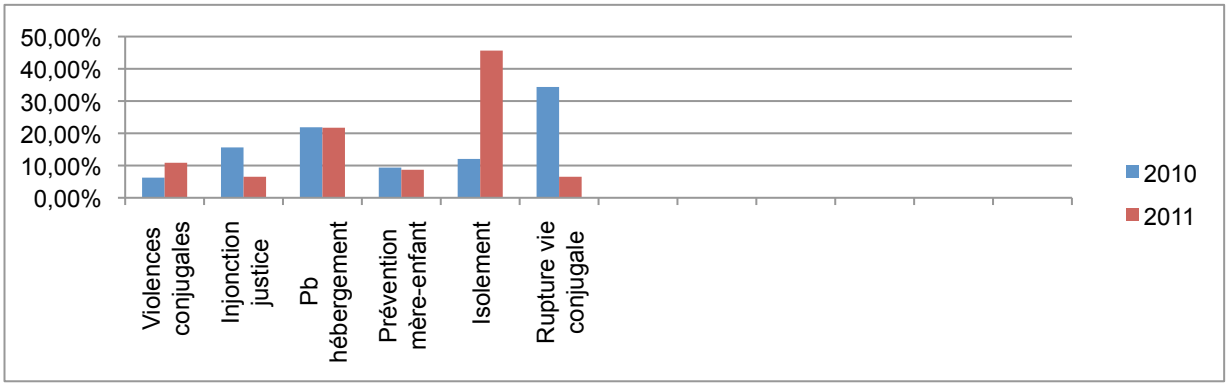
Graphique - 49 : Comparatif Services instructeurs admissions 2010/2011



Source : CAAF

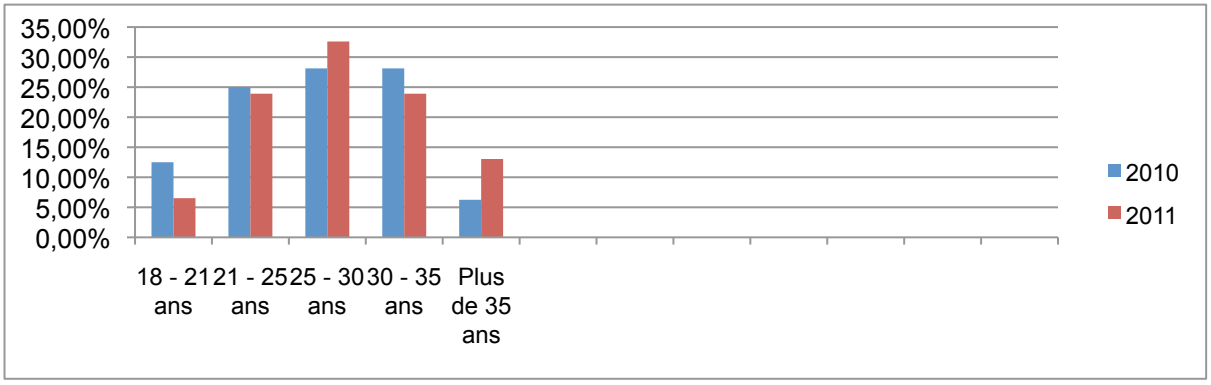
En 2011, les demandes d'admissions émanent toujours majoritairement des équipes MDSI. Néanmoins, nous assistons à une augmentation des demandes émanant du CAIO ou de centre d'hébergement. Cette évolution amène également une modification des profils des familles (précarité plus marquée, trajectoire de vie complexe,…). Cela ne peut pas être sans conséquences sur le travail à mener : travail sur la parentalité, mais également sur la re[construction] de parcours d'insertion pour accéder à un relogement et une pérennisation des projets. De fait, les durées de séjour seront plus longs et il conviendra de diversifier notre accompagnement (logement relais, baux glissants,…).

Graphique – 50 : Comparatif motifs de l'admission 2010-2011



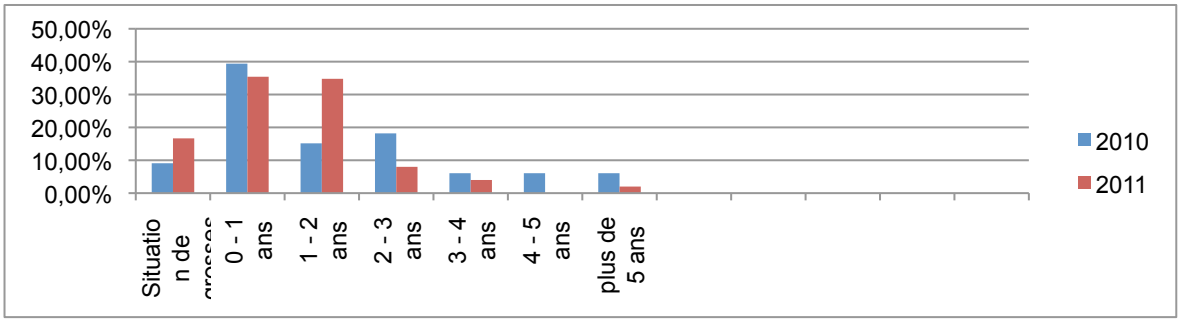
Ce tableau est à croiser avec le précédent : précarité et isolement sont des indicateurs qui se complètent. L'absence de solution de logement (faisant suite soit à une expulsion, voir un hébergement précaire) peut poser la recherche de la nécessaire protection de l'enfant avec sa mère. Néanmoins, le centre maternel n'est peut-être pas la seule solution et il conviendra de travailler cette question avec d'autres partenaires qui interviennent sur l'errance des personnes sans domicile.

Graphique - 51 : Comparatif Age des mères 2010 – 2011



La moyenne d'âge des résidentes accueillies au CAAF reste élevée. Plus de 50% des résidentes ont entre 25 et 35 ans, dont 24% ont plus de 30 ans. Ce constat n'est pas sans conséquence sur les projets à mettre en œuvre notamment lorsque des enfants de précédentes unions sont, soit placés, soit avec leur père. Une réflexion est en cours (tant architecturale que sur l'évolution du projet) pour prendre en compte la question du « regroupement » des fratries durant le séjour.

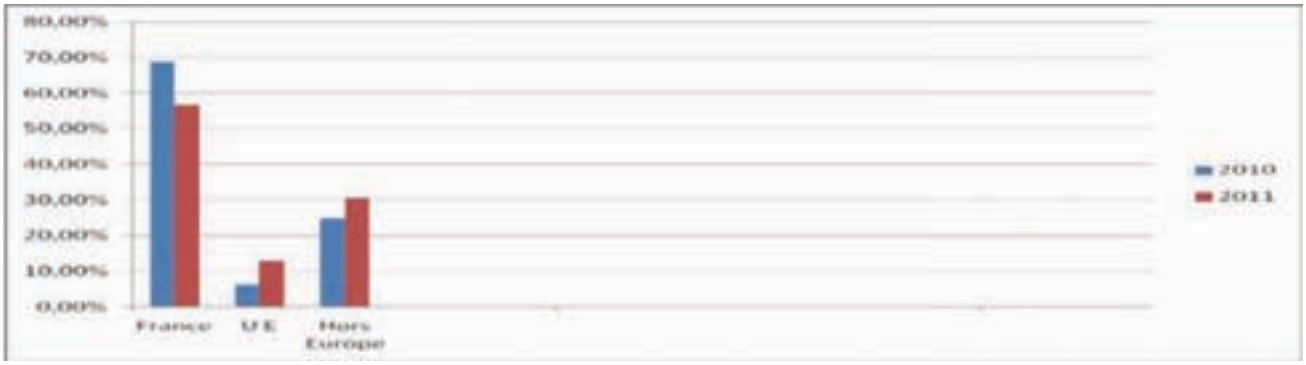
Graphique – 52 : Comparatif Age des enfants 2010 – 2011



Source : CAAF

Majoritairement les enfants accueillis (y compris dans le cas de fratries) ont moins de 3 ans. A noter, une augmentation du nombre de r□sidentes en situation de grossesse. Si la question de l□accueil en □tablissement petite enfance pour les enfants de 0-3 ans ne pose aucun probl me sur Gradignan (20 berceaux sur le Multi-accueil du Repos maternel), cette question reste un □casse t te □ pour les 35 r□sidentes et leurs enfants pris en charge au Foyer maternel. En effet, le service dispose que de 5 places r□serv□es □protection □ sur la cr che municipale de la rue des Douves. Pour les autres r□sidentes, il s□agit de trouver une solution sur les quelques places (principalement de type halte garderie) encore disponibles. Rappelons que l□affectation d□une place en cr che se fait lors d□une commission qui se tient g□n□ralement au mois de mai ou juin, alors que les centres maternels accueillent r□sidentes et enfants tout au long de l□ann□e. Il conviendra de r□fl□chir pour le Foyer maternel, ˆ une offre d□accueil □petite enfance □adapt□e.

Graphique □53 : Comparatif nationalit□2010 □2011



Source : CAAF

Il est observ□, une augmentation, sur 2011, du nombre de r□sidentes, venant de pays de l□union europ□enne (Roumanie notamment), mais □galement de pays d□Afrique ou du Maghreb. Dans ce cas, la dur□e de s□jour peut tre longue, du fait des d□lais de r□gularisation. Ces familles sont le plus souvent accueillies au Repos maternel, au regard de ses moyens logistiques (restauration notamment).

Il existe une r□flexion institutionnelle autour *du soutien ˆ la parentalit*□ pour maintenir le lien entre l□enfant plac□ et ses parents : cela se traduit par un travail avec le service Protection de l□Aide Sociale ˆ l□Enfance et les □quipes psycho-socio-□ducatives du CAAF, en favorisant l□accueil du ou des enfants plac□s aupr s de leur m re h□berg□e en centre maternel. Cela prend diff□rentes formes : accueil ˆ la journ□e, week-end, p□riodes de vacances, quelques nuits dans le mois. L□objectif reste le m me : □valuer un possible retour de l□enfant aupr s de sa m re, voire ˆ minima maintenir le lien m re / enfant.

Le CAAF projette de cr□er un espace sp□cifique de type logement, pour permettre ˆ des m res ou des p res d□exercer leur responsabilit□ aupr s de leur enfant sous forme d□un accueil s□quentiel, accompagn□ au sein du repos maternel sur Gradignan (patrimoine le permettant).

Par ailleurs, le CAAF reste mobilis□ sur diff□rents objectifs :

Garantir l□acc□s aux soins (sant□ mentale) : formalisation d□un r□seau sous la forme de convention ou de □ressources □ fiables sur les diff□rents secteurs. Cela passera par une communication ciblée dans leur direction, des rencontres et autres s□minaires.

Favoriser l□acc□s aux soins : convention en cours avec le dispensaire de la MSP[37] Bagatelle pour la mise en place d□un bilan complet au moment de l□admission et d□un suivi des r□sidentes ne pouvant acc□der aux soins pour des raisons administratives (absence de titre de s□jour).

Diversifier l□offre d□accueil : augmenter le nombre d□appartements relais ˆ l□ext□rieur du site ˆ l□intension de r□sidentes pour lesquelles une structure de □type foyer □n□est plus n□cessaire. Ceci permettrait de travailler davantage autour de l□insertion par le logement, de ne pas perdre le contact avec la r□alit□ quotidienne d□une m re □chef de famille □(tenue d□un logement, gestion budg□taire, mode de garde et emploi,É) et ainsi de mieux pr□parer l□accession ˆ un logement autonome.

Am□liorer autour de la naissance le travail en r□seau : formalisation de ses partenariats ˆ partir de conventions et □laboration de proc□dures. Un certain nombre de d□marches seront ˆ mettre en □uvre afin d□installer un lien □troit entre les lieux prenant en charge la m re et l□enfant (maternit□, PMI,É) et le service infirmier du CAAF.

[37] Maison de sant□ protestante de Bordeaux-Bagatelle

- ✓ **Les perspectives de travail :**

A noter la poursuite de la convention avec les prestataires DOMIFA, dans la mise en œuvre d'un mode de garde ponctuel, ainsi qu'avec MANA, pour l'accès à des traducteurs « certifiés »; d'autres conventions sont venues s'ajouter depuis : d'une part celle avec le centre social de la maison de santé protestante, portant sur l'accès à des consultations et suivis médicaux, notamment pour les familles n'ayant pas de droits ouverts à l'Assurance maladie, d'autre part celle avec le CEID pour renforcer la coopération et l'efficience dans l'accompagnement de résidentes présentant des conduites addictives.

d. Centre maternel « Au Moulleau avec Vincent de Paul »

Ce centre maternel accueille, des femmes enceintes et/ou ayant au moins un enfant de moins de 3 ans. Dans le cadre de la prévention autour des liens parent/enfant(s) et de la Protection Maternelle Infantile, il met en œuvre, un accompagnement à la parentalité personnalisé, dans une perspective d'insertion sociale et professionnelle.

Deux services sont récemment proposés prioritairement aux familles avec enfants correspondant à l'âge requis en Centre Maternel (0-3 ans) :

- *la Prévention/Suivi à domicile* consiste à procurer à une famille les services d'un Centre Maternel, tout en lui permettant de conserver son logement (ex. aide au budget, soutien à la parentalité, ateliers, etc.) cette intervention nécessite donc une proximité géographique : 4 places sont offertes.

- *l'Accueil Médiatisé* **:** permet à une mère séparée de son (ses) enfant(s) par décision du juge des affaires familiales ou du juge des enfants, d'être accueillie avec son ou ses enfants, ponctuellement (week-end, vacances scolaires, en semaine) dans les buts d'aider au maintien du lien, d'accompagner la relation à l'aide du quotidien, de préparer un retour au domicile. Un appartement est dédié à cette action.

<u>Activité (extraits des rapports d'activité pour l'année 2010) :</u>

L'hébergement permanent : il a concerné 11 femmes, 23 enfants.

- 5 femmes et 12 enfants ont quitté le Centre Maternel.
- 1 enfant est né durant le séjour de sa mère.
- 6 femmes et 9 enfants sont entrés.
- 13 femmes et 21 enfants étaient présents au 31/12/10.

Durée moyenne du séjour : 465 jours soit 15,3 mois.

L'Accueil médiatisé a concerné 5 femmes et 14 enfants.

La Prévention/Suivi à domicile a concerné 3 familles et 4 enfants.

Le déficit concernant l'activité de prévention à domicile est sans doute lié à la nouveauté de cet outil qui n'est pas encore reconnu comme faisant partie du panel des réponses disponibles pour les acteurs institutionnels de la prévention.

<u>Pour l'année 2011 :</u>

L'hébergement permanent a concerné au total 19 femmes et 33 enfants.

- 10 femmes et 18 enfants ont quitté le Centre Maternel.
- 2 enfants sont nés durant le séjour de leur mère.
- 10 femmes et 15 enfants sont entrés.
- 9 femmes et 15 enfants étaient présents au 31/12/11

Durée moyenne de séjour : 420 jours soit 14 mois.

L'Accueil médiatisé a concerné 10 femmes et 15 enfants.

De manière récurrente, une complexité s'observe dans les prises en charge ; les mères accueillies semblent être dans une grande détresse sociale, voire une dépendance aux services sollicités. Un environnement familial et social pauvre est également constaté, ainsi qu'un désarroi psychologique important. Les travaux du schéma ont confirmé la nécessité de soutenir la place des pères dans les prises en charge, notamment au niveau des centres maternels, objectif dont s'est saisi le comité technique des centres maternels.

e. Le Service d'Aide aux Jeunes Parents de l'Association laïque du PRADO (SAJP)

Anciennement appelé le service des jeunes mères, rebaptisé, SAJP depuis le 24 avril 2006.
Le Service d'Aide aux Jeunes Parents propose des accompagnements personnalisés, dans des hébergements diversifiés, qui tiennent compte autant de la problématique de ces très jeunes parents, que de l'évolution de la société face à ces grossesses adolescentes.

- ✓ **Le public accueilli :**

Le Service peut accueillir 23 jeunes femmes, de 14 à 21 ans, enceintes ou avec enfant, vivant seules (dans des hébergements diversifiés) ou en couple (avec le père de l'enfant ou un compagnon). Depuis plusieurs années, un travail est réalisé auprès des couples. Une prise en compte du père ou de celui qui assure une fonction paternelle, en tant que compagnon de la mère semble indispensable pour le devenir de l'enfant.
Les pères ou les hommes assumant la fonction, sont reçus à l'admission et tout au long de la prise en charge de leur compagne. Aujourd'hui la prise en charge peut être soit au nom de la jeune femme soit au nom du jeune homme (père de l'enfant), si celui-ci est âgé de moins de 21 ans, soit au nom des deux.
Ces jeunes femmes mineures ou majeures sont très souvent en rupture familiale. L'annonce de la grossesse engendre des remaniements au sein des familles. Elles ont connu des placements divers, des séparations, des abandons et rencontrent de ce fait, des difficultés pour intégrer des établissements collectifs. Certaines présentent des troubles de la personnalité, des traits abandonniques, un vécu corporel angoissant ou méconnu, une immaturité importante, des problèmes pour se situer dans le temps, l'espace, un manque de repères. Tout ceci se traduit par des comportements ''inadaptés'' (marginalité, drogue, violence, instabilité…).
Les difficultés auxquelles sont confrontés ces jeunes parents, rendent compliqué, l'établissement du lien avec l'enfant.
Le projet est adapté en fonction de l'âge et de la situation de jeunes femmes accueillies.

- ✓ **Les objectifs du SAJP :**

L'activité spécifique du service vise à accompagner la jeune mère dans sa maternité, afin de faciliter le déroulement de la grossesse et de préparer la venue de l'enfant. La prise en compte du père (ou d'une figure paternelle) est devenue un des axes principaux du travail.

Après la naissance, l'accompagnement porte sur l'instauration, la restauration, l'élaboration des liens parents/enfants à travers un travail éducatif ancré dans la réalité quotidienne.

Le Service a une double mission : de prévention et de protection : une mission de protection afin de soutenir la fonction parentale et d'éviter dans le meilleur des cas le placement précoce de l'enfant, une mission de prévention afin d'accompagner ces jeunes parents,
- dans l'apprentissage de leur parentalité, mise à l'épreuve par leurs grandes difficultés sociales, psychologiques,
- dans l'élaboration d'un projet d'insertion sociale et professionnelle afin d'éviter le risque d'une marginalisation.

Les mesures de protection et de prévention s'exercent tant du côté de l'enfant, que du côté des jeunes parents. La mère, le père sont soutenus dans leur compétence et dans la construction des premiers liens d'attachements. L'observation de l'enfant permet de réajuster régulièrement le projet de prise en charge.

Il s'agit aussi de mesurer comment l'entourage familial de ces parents peut être un repère, voire un ancrage pour l'enfant.

- ✓ **Les moyens du SAJP :**

Pour tous les accompagnements, deux éducateurs interviennent en binôme sur la situation. La participation de la jeune femme au lieu d'accueil est obligatoire. Complémentairement, les accompagnements de l'infirmière, de la maitresse de maison, ou la participation à l'atelier massage mère/enfants, etc.… seront proposés si nécessaires. La pluridisciplinarité de l'équipe amène une richesse dans l'interprétation de la situation et les différentes grilles de lecture utilisées permettent une diversité dans les propositions.

Un suivi éducatif est proposé à la mère, au père : l'accompagnement éducatif et le cadre proposés vont permettre d'aider ces jeunes parents à prendre conscience dans la mesure du possible, de leurs propres difficultés et de s'en décentrer afin de pouvoir répondre aux besoins de leurs enfants. Des rencontres régulières à leur domicile, et leur participation aux lieux d'accueil parents-enfants du service, une fois par semaine vont permettre d'observer le lien qui se tisse entre l'enfant et ses parents. Une observation fine du développement

de l'enfant va garantir de sa bonne évolution ou au contraire confirmer la nécessité d'un placement. Une mise en relation de ces parents avec les divers lieux d'inscription dans le champ social (M.D.S.I, P.M.I., crèches, halte-garderie, école, Missions Locales, soignants, bailleurs…) participe à l'évaluation de leur capacité à s'intégrer, et à construire un projet.
Les différents regards portés à la fois sur l'enfant et ses parents, permettent de mener au mieux la mission de protection.

Le suivi infirmier : l'infirmière est chargée de l'accompagnement plus spécialisé autour de la grossesse. Ce suivi vient compléter celui des éducateurs en se focalisant sur le déroulement de la grossesse. L'infirmière est en lien avec les PMI et les services médicaux et hospitaliers.

La psychologue : elle participe à tous les lieux d'Accueil Parents-Enfant. Ses observations et son analyse des situations peuvent orienter l'action éducative. Elle reçoit les jeunes femmes avec leur compagnon au moment des admissions et parfois à la demande de l'équipe ou de la jeune femme elle-même. Elle participe aux réunions de synthèse.

Le pédopsychiatre : il participe également aux réunions de synthèse. Il peut se mettre en lien avec les partenaires du milieu hospitalier. Il reçoit les couples avec leur enfant à la demande de l'équipe. Le pédopsychiatre amène une réflexion clinique sur les situations interrelationnelles mère/père/enfant.

Le Lieu d'Accueil Parents-Enfants est proposé dans une grande pièce aménagée et en présence de deux éducateurs ou de l'infirmière et de la psychologue : une matinée et deux après midi par semaine,
Son fonctionnement s'inspire de celui des maisons vertes (réf : F. Dolto). Pour les enfants, c'est l'occasion de rencontrer d'autres enfants, d'expérimenter la séparation dans un lieu sécurisant. C'est un espace adapté aux besoins quotidiens des bébés, où ils peuvent manger, dormir, jouer. Pour les jeunes parents, c'est un lieu de socialisation où ils peuvent échanger sur leur vécu et leur ressenti. Pour l'équipe, c'est un outil pour apprécier la mise en place des premiers liens et pour aider à leur « aménagement » lorsque cela est nécessaire. Ce temps essentiel de prise en charge favorise les rencontres et les échanges et vient compléter le travail éducatif effectué sur les lieux d'habitation des familles.

Un atelier massage mère-enfant : mis en place sur la structure, le mercredi après midi permet à des jeunes femmes d'apprendre les techniques du massage et surtout de communiquer avec leur enfant par le toucher. Une instructrice anime l'atelier en collaboration avec l'infirmière du service ou une éducatrice. Trois sessions de cinq séances par an sont proposées à 5 jeunes femmes et leurs enfants.

Des séances d'ostéopathie : une convention avec l'école d'ostéopathie de Bordeaux a été signée. Pendant leur grossesse, ou après leur accouchement, l'infirmière du service, accompagne les jeunes femmes à quelques séances. Les enfants aussi même très petits peuvent bénéficier de séances. L'ostéopathie permet à ces jeunes femmes d'être plus détendue et de prendre conscience des changements survenus dans leur corps.

Les bébés nageurs : des séances de bébé nageur sont proposées à certaines jeunes femmes pour travailler à la fois la relation avec leur enfant dans des moments de partage et de plaisir et leur rapport au corps. Elles sont accompagnées par l'éducateur référent.

Un lieu d'hébergement : le service dispose aussi d'appartements institutionnels au nombre de 4. Certaines jeunes femmes en bénéficient selon leur âge, leur autonomie affective et financière. L'hébergement en appartement institutionnel est fixé pour une durée limitée. Elles le partagent généralement avec une autre jeune femme, dans l'attente d'une solution appropriée (une chambre est toujours disponible pour l'urgence). L'appartement peut accueillir également des couples, si les deux parents de moins de 21 ans ont une prise en charge. L'hébergement en appartement institutionnel est un outil éducatif, qui permet d'évaluer le degré d'autonomie et les capacités des jeunes femmes à gérer leur quotidien. Pour les soutenir dans la gestion de l'appartement, la maitresse de maison intervient régulièrement pour une aide plus spécifique, autour de la préparation des repas, de l'organisation des courses, de la gestion d'un quotidien. L'appartement institutionnel est proposé pour une durée de six mois renouvelable où il est demandé à la jeune femme de respecter le règlement (notamment : elle n'a pas à héberger une personne étrangère au service). Une participation financière de 110 € par mois lui est demandée.

Les éducateurs se mettent en lien avec des bailleurs privés ou sociaux afin que des demandes de logement puissent se faire et permettre à ces jeunes femmes ou couples d'accéder à des logements autonomes.

Les relations avec la famille : les parents des jeunes femmes ou jeunes hommes accueillis, sont de très jeunes grands-parents. Il est nécessaire de réfléchir à la place qu'ils peuvent occuper en tant que tel, et d'évaluer leur possibilité à être des personnes ressources dans la vie de l'enfant. Dès que la situation le permet, les jeunes parents sont accompagnés dans leur désir de maintenir ou de restaurer des liens avec leur famille élargie. Pour

les mineures, les parents sont rencontr□s r□guli rement par la directrice en pr□sence de la jeune femme, En ce qui concerne les jeunes majeurs, des rendez-vous avec la famille peuvent tre fix□s ponctuellement.

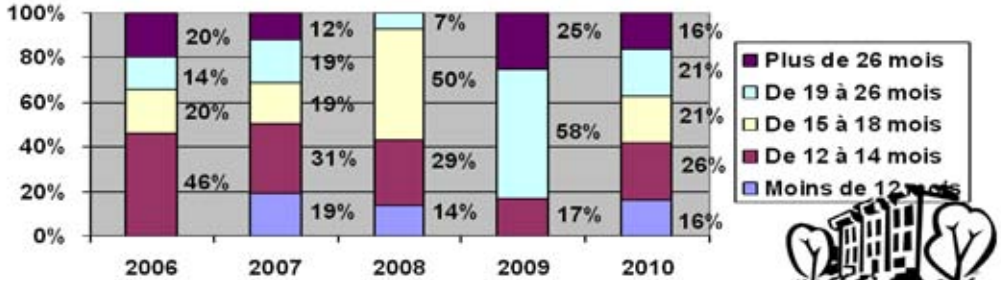
Une aide pour l□insertion professionnelle : l□accompagnement □ducatif va aussi s□axer sur l□□laboration d□un projet d□insertion sociale, professionnelle ou scolaire, afin de permettre ˆ ces jeunes femmes de ne pas se vivre uniquement comme m re, mais aussi comme adolescente. Un travail de partenariat permet une mise en relation des jeunes femmes avec les lyc□es, les centres de scolarit□ adapt□e, les centres de formation, les missions locales, les structures d□accueil pour l□enfant (cr che collective, cr che familialeÉ). Elles se retrouvent donc confront□es aux m mes difficult□s que des jeunes femmes de leur %ge, et sont aid□es ˆ se projeter dans un avenir professionnel.

5 Le Service des Appartements Sociaux (SAS) du CDEF

Dans le cadre du Plan D□partemental pour le logement des personnes d□favoris□es, le SAS est un dispositif de sous location, permettant, prioritairement aux familles accueillies dans les centres maternels, de s□inscrire dans une dynamique d□insertion, gr%ce ˆ un logement stable. En articulation avec les services m□dico-sociaux d□partementaux, il s□inscrit dans un accompagnement global et concourt ˆ la protection de l□enfance et de la famille.

En 2010, il y a eu 6 nouvelles familles dans le dispositif, et 35 familles accompagn□es. La dur□e moyenne de sous location est de 19 mois. Trois familles ont b□n□fici□ de la sous-location pour une dur□e de plus de deux ans, augmentant ainsi la dur□e moyenne.

Graphique -54 : La dur□e de la sous-location : comparatif sur 5 ans



Source : rapport d□activit□ 2010 DEF /CG33

En 2010 :16 sorties se sont r□alis□es avec un bail glissant. Le bail glissant est le changement de la situation de sous locataire ˆ la situation de locataire direct. 3 sorties, sans bail glissant, dont 2 familles qui ont volontairement mis un terme ˆ la sous location et quitt□ le logement. La troisi me famille a □t□ r□orient□e vers le Centre Maternel, apr s plus de 2 ans de sous location (famille en grande difficult□, un logement d□grad□).

En 2011 : le SAS re u 77 demandes, dont 48% class□es, 45% en cours et 7% entr□es en sous-location.

Graphique -55 : Origine des demandes S.A.S/ Source : rapport d□activit□ 2011 DEF /CG33

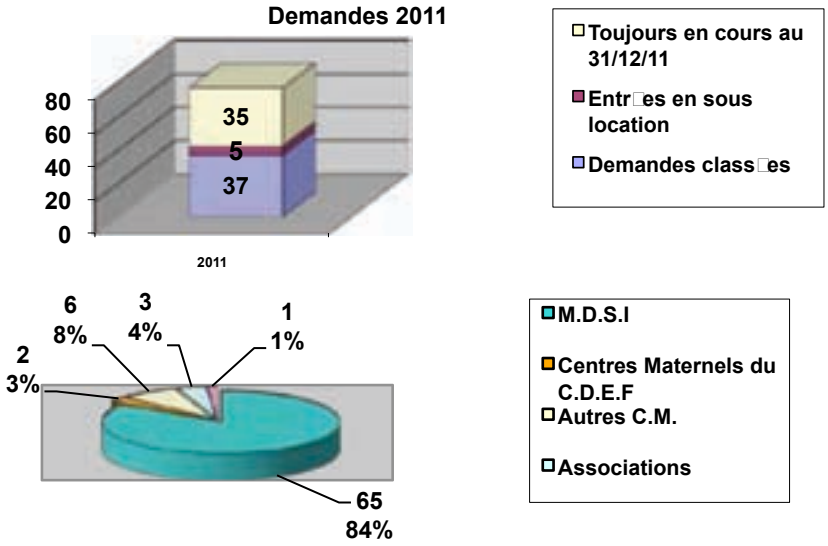


Tableau 112 : Evolution et traitement des demandes de logement SAS

	2007	2008	2009	2010	2011
Demandes	73	57	72	67	77
Logements obtenus	25	13	17	25	22
Baux glissants	12	14	9	16	21
Sortie sans bail glissant	4	0	3	3	1

Source : rapport d'activité 2011 DEF /CG33

En 2011 : 21 sorties se sont réalisées avec un bail glissant, 1 sortie, sans bail glissant.

C. Les modes d'accompagnement spécifiques

1. L'adoption et l'accès aux dossiers

Le service Bureau Adoption et Recherche des Origines (BARO) est un bureau spécialisé, de la DEF, en charge des missions concernant l'adoption, le recueil des consentements à l'adoption et l'accès aux dossiers des personnes, ayant été pris en charge par l'ASE, quelque soit leur statut.

a. L'adoption

✓ **L'information des candidats à l'adoption**

Le BARO reçoit tous courriers concernant une demande d'adoption.
Le BARO organise des réunions d'information qui rassemblent globalement entre 30 et 45 postulants.
Un réel travail a été fait sur la qualité de cette sensibilisation des postulants, aux réalités de l'adoption ; en effet situé en amont des dépôts de dossiers, il permet aux demandeurs d'éviter de se fourvoyer dans un projet dans lequel ils ne se retrouveraient pas.

- en 2009 : 239 postulants ont reçu l'information prévue par la loi,
- en 2010 : 273 postulants,
- en 2011 : 247 postulants.

✓ **L'agrément**

Comme chaque année, une fois informés, beaucoup d'entre eux n'ont pas confirmé leur demande après la réunion d'information. Cependant L'évolution du profil des postulants se confirme : situations matrimoniales diverses, célibataires, couples avec enfants, âge plus avancé, profil psychologique fragilisé, inapte à l'accueil d'un enfant en situation d'adoption… Le traitement de ces dossiers demande un travail accru d'analyse, tant au niveau des entretiens que des échanges en réunion d'analyse des pratiques que des écrits.
L'agrément est indispensable à toute personne désirant adopter un enfant pupille ou étranger, il est délivré par le PCG et valable 5 ans.
L'agrément est constitué d'évaluations sociale et psychologique, qui ont pout but d'apprécier que les conditions d'accueil offertes par les demandeurs correspondent à l'intérêt d'un enfant ayant subi le traumatisme de l'abandon. Elles sont effectuées par les travailleurs sociaux et psychologues du BARO et des médecins psychiatres, dans le cadre d'une convention établie avec le Conseil Général depuis 2006.

En 2009 **:**

- 161 demandes d'agrément
- 124 dossiers instruits en commission d'agrément dont 15 « deuxième demande » ; 17 célibataires ; 6 rejets
- 18 modifications d'agrément
- 50 retraits d'agrément suite au non respect de l'Art 7 du décret 98-771
- = 623 dossiers en cours de validité

En 2010 **:**

- 191 demandes d'agrément
- 134 dossiers instruits en commission d'agrément dont 18 « deuxième demande » ; 32 célibataires ; 6 rejets
- 16 modifications d'agrément
- 20 retraits d'agrément suite au non respect de l'Art 7 du décret 98-771
- = 570 dossiers en cours de validité

En 2011 :

- 144 demandes d'agrément dont 25 célibataires
- 162 dossiers instruits en commission d'agrément dont 29 célibataires
- 11 modifications d'agrément
- 12 retraits d'agrément suite au non respect de l'Art 7 du décret 98-771*
- 21 refus d'agrément

= 550 dossiers en cours de validité.

* [38]

✓ **L'accompagnement des postulants après l'agrément.**

Dès la réunion d'information, les postulants sont préparés à la réalité du contexte actuel de l'adoption tant nationale qu'internationale, aussi il leur est rappelé que les enfants proposés à l'adoption sont de plus en plus grands ou en fratrie et peuvent présenter des particularités de santé et de comportement : autant de facteurs qui rendent complexe leur accueil.
Les familles qui souhaitent adopter sont de plus en plus nombreuses alors que le nombre des enfants adoptables est proportionnellement en diminution ce qui a considérablement allongé les délais d'attente.
Cela pousse un certain nombre de postulants à demander des modifications de leur agrément dans l'espoir de voir leur dossier retenu, même si cette modification les éloigne de l'enfant espéré.
Lorsqu'on examine les besoins de chaque enfant, l'adoption montre aujourd'hui combien les futurs parents doivent être accompagnés pour en comprendre son sens profond. L'adoption ne se résume pas à une rencontre merveilleuse, l'amour inconditionnel ne suffit pas, il doit s'accompagner de ressources plus pragmatiques puisées dans des informations fiables, intégrées bien avant la rencontre avec l'enfant.
130 familles ont été régulièrement suivies et soutenues dans leur projet, en 2009 et 2010, et 145 en 2011.

Afin d'informer et accompagner les parents adoptant à l'international sur les problématiques de santé, il a été proposé de créer une consultation d'orientation et de conseil en adoption (COCA) sur Bordeaux. Ce projet devrait voir le jour avant la fin de l'année. Il est porté par la PMI et la DEF, en partenariat avec le CHU.

✓ **Les consentements à l'adoption**

Les travailleurs sociaux du BARO, accompagnent les projets de consentement à l'adoption .Ils sont amenés à se rendre dans les différents hôpitaux et cliniques du département. Les consentements à l'adoption sont parfois précédés de rencontres pour répondre à la demande d'informations des futures mères, à leur domicile, en milieu hospitalier ou dans les bureaux du BARO.

Les mères, consentantes à l'adoption, sont des personnes âgées de 22 à 35 ans, célibataires. Elles ont majoritairement une activité salariée. Elles sont d'origine française, sans relais familiaux, avec une grossesse découverte après le délai IVG. Elles souffrent d'un sentiment d'insécurité lié à la précarité.

✓ **La réalisation de l'adoption**

- <u>L'adoption internationale :</u>

Depuis 2004 on assiste à une contraction mondiale de l'adoption internationale, qui n'épargne pas la France. Plusieurs facteurs expliquent cette tendance notamment la ratification de la Convention de la Haye par de nombreux pays (85 en 2011) qui conduit à une application plus stricte du principe de subsidiarité et à la mise en place de mesures de protection limitant le nombre d'enfants proposés à l'adoption internationale. A cette contraction mondiale qui est à l'origine d'une concurrence de plus en plus forte entre les pays d'accueil, s'ajoute une autre tendance résultant de l'évolution du profil des enfants proposés à l'adoption internationale vers des enfants à besoins spécifiques (plus de 5 ans, en fratrie, présentant des pathologies…).

En 2009 : 56 enfants sont arrivés en Gironde au titre de l'adoption internationale,

- 35 de moins de 3 ans,
- 14 de 3 à 6 ans,
- 7 de plus de 6 ans.

Les pays d'origine des enfants sont : Haïti : 9, Colombie : 7, Vietnam : 13, Russie : 11, Ethiopie : 4.

En 2010 **:** 65 enfants arrivés en Gironde au titre de l'adoption internationale,

- 39 de moins de 3 ans,
- 16 de 3 à 6 ans,
- 10 de plus de 6 ans.

Les pays d'origine des enfants sont : Haïti : 24, Colombie : 6, Vietnam : 13, Russie : 8, Côte d'Ivoire: 4.

[38] L'article 7 du décret n°98-771 impose aux postulants l'obligation de confirmer leur projet faute de quoi l'agrément peut leur être retiré.

En 2011 : 47 enfants arrivés en Gironde au titre de l'adoption internationale.

- 35 de moins de 3 ans,
- 6 de 3 à 6 ans,
- 6de plus de 6 ans.

Les pays d'origine des enfants sont : Chine : 5, Colombie : 8, Vietnam : 10, Russie : 3, Mali : 4.

- L'adoption en Gironde : Un enfant pupille est un enfant mineur, légalement reconnu comme n'ayant pas de filiation ou n'ayant plus de liens juridiques avec sa famille d'origine. (Art 224-4 du Code de l'Action Sociale et des Familles. CASF).

-

Tableau 113 : Enfants admis pupilles

Année	2009	2010	2011
Enfants grands* admis Pupilles de l'Etat	9	9	4
dont Art 350	6	2	3
dont Orphelin	1	0	1
dont Retrait autorité parent	1	4	0
dont consentement à l'adoption	1	3	0
Bébés recueillis	30	32	15
Dont rétractations	2	4	1

*Enfant grand : à partir de six mois

Tableau 114 : Placements de pupilles en vue d'adoption

Année	2009	2010	2011
bébés	24	33	15
Dont EBS*			4
Enfants grands	6	4	10
Dont enfants grands en projets d'adoption par leur famille d'accueil	4	2	5

* Enfant à besoins spécifiques

Source : bilan d'activité BARO/DEF/CG33

Le placement en vue d'adoption est réalisé sur décision du Tuteur, après évaluation de l'adoptabilité psychique de l'enfant et présentation au Conseil de famille des personnes agréées susceptibles d'offrir les conditions d'accueil les plus favorables au pupille.

En ce qui concerne l'adoption des pupilles grands, l'équipe du BARO intervient à l'occasion de la présentation de la situation de l'enfant par l'équipe du territoire à l'équipe de l'adoption. Elle consiste, ensuite, en un accompagnement de l'enfant dans un mouvement de détachement de sa famille d'accueil vers un attachement à sa famille d'adoption.

Le BARO réalise aussi des projets d'adoption, concernant des pupilles avec des particularités de santé. Ces apparentements demandent un travail important de repérage des capacités des postulants, susceptibles de prendre en charge des enfants avec des besoins de santé et de l'investir pleinement, malgré toutes les questions qui peuvent rester sans réponse au moment de la mise en relation.

Lorsque l'enfant est confié à une assistante familiale et que celle-ci postule à son adoption, sa demande est examinée prioritairement par le Conseil de famille.

Pour les enfants grands, la question de l'adoptabilité psychique, nécessite la spécialisation d'une psychologue à défaut de la création d'une organisation régionale de concertation sur l'adoption (ORCA).
Le placement en vue d'adoption fait obstacle à toute demande de restitution du pupille par sa famille d'origine.
Le placement en vue d'adoption n'établit pas la filiation à l'égard de la personne chez qui l'enfant est placé. L'autorité parentale est exercée par le tuteur jusqu'au prononcé du jugement d'adoption.

✓ **Le suivi des enfants placés en vue d'adoption**

Le suivi des enfants placés en vue d'adoption par les services du Conseil général, est obligatoire jusqu'au prononcé du jugement d'adoption plénière. Il dure au moins 1 an et peut aller, bien au-delà, selon les exigences des pays d'origine.

Dans ce cadre, les travailleurs sociaux rédigent des rapports d'adaptation ou de suivi conformément aux exigences du pays d'origine. Ces rencontres ont lieu au domicile, suite à l'arrivée de l'enfant, et ont pour objectif de soutenir les parents, dans leur effort d'ajustement à l'enfant. Ce travail est d'autant plus nécessaire quand l'enfant ne correspond pas à celui qu'ils imaginaient ; il permet, en outre, de répondre simplement à leurs questions, dans ce moment très sensible de la création du lien suite à la rencontre.

✓ **La prévention du délaissement**

Suite à une augmentation du nombre de sollicitations émanant des équipes de protection à propos d'enfants confiés, en situation de délaissement et conformément au rapport Colombani, une réflexion a été engagée autour de cette question.

Quelques situations requièrent des solutions atypiques, comme le parrainage. Le parrainage nécessite un accompagnement dont la durée ne peut être définie au départ, ces enfants étant susceptibles de devenir adoptables, à un âge où un projet d'adoption devient plus complexe.

Un travail global autour de ces situations, doit être renforcé. Pour ce faire, une cellule de veille doit être mise en place prochainement.

b. L'accès aux dossiers

✓ **Les consultations**

Elles sont assurées par les travailleurs sociaux et les psychologues du BARO.

Tableau 115 : Nombre de consultations

Année	2009	2010	2011
Consultations	123	88	89
Dont Hommes	54	27	37
Dont Femmes	68	61	52

Tableau 116 : Age des consultants des dossiers

Année	2009	2010	2011
Mineurs	3	1	2
18 à 30 ans	37	35	25
30 à 60 ans	56	34	34
+ de 60 ans	15	7	15

Tableau 117 : Consultations par un tiers

Consultations par un tiers	10	11	13

Tableau 118 : Les statuts

Année	2009	2010	2011
Pupilles	26	25	28
Adoptés	31	17	21
Tutelles	0	3	1
Mineurs confiés	50	33	25
AP	4	7	10
DAP	4	3	3

Réquisitions judiciaires	5	3	1

Source bilan d'activité BARO/DEF/CG33

✓ **Les missions particulières en lien avec le CNAOP (Conseil National pour l'Accès aux Origines Personnelles)**

Ces missions se poursuivent conformément à la loi de janvier 2002 ; en ce qui concerne *:*

- les dossiers concernant une demande d'accès aux origines personnelles transmis au CNAOP,
- des mandats délivrés par le CNAOP, afin de vérifier la volonté de la mère de naissance, par rapport à la levée de secret, en vue d'une rencontre médiatisée avec l'enfant demandeur,
- l'organisation des médiations (rencontre avec un parent de naissance),
- l'accompagnement au consentement à l'adoption des femmes souhaitant consentir à l'adoption de leur enfant, qui ont fait l'objet durant leur grossesse d'au moins une rencontre (parmi les femmes qui ont signé un consentement à l'adoption, certaines se sont rétractées, d'autres ont laissé leur identité, sous pli fermé ou dans le dossier de l'enfant ?
- l'information des maternités : la conseillère technique et le médecin de PMI, correspondantes du CNAOP rencontrent les services de maternité, afin de sensibiliser les personnels médical, social et administratif, à l'accueil des mères souhaitant consentir à l'adoption de leur enfant et sollicitant la préservation du secret de leur admission. Ces rencontres indispensables permettent de mettre en place un partenariat et favorise une meilleure coordination dans la prise en charge des mères, autour du recueil de ces enfants.

2. La prise en charge des pupilles de l'Etat

a. La DDCS :

Le Préfet (et par délégation la Directrice Départementale de la Cohésion Sociale de la Gironde) exerce l'autorité parentale sur les pupilles de l'Etat du département. Dans ce cadre, il s'appuie sur le Conseil de Famille, et travaille en étroite relation avec les services de l'Aide Sociale à l'Enfance du Conseil général de la Gironde. Ainsi, les décisions de placement, en vue d'adoption et le suivi des pupilles, jusqu'à leur majorité, sont assumés par le Préfet, après avis du conseil de famille.

En vertu de l'article L 224-du CASF, le conseil de famille est un organe chargé de la tutelle des pupilles de l'Etat avec le représentant de l'Etat dans le département qui possède seul la qualité de tuteur.

Le Conseil de Famille doit examiner la situation des enfants admis en qualité de pupilles dans un délai de deux mois, à compter de leur admission, et ce, indépendamment de l'examen annuel, que lui impose l'article L 224 du CASF.

Pour la réalisation des projets d'adoption des pupilles de l'Etat, le Conseil de Famille doit se prononcer sur quatre points. Il doit donner son accord au tuteur :

- pour le choix des adoptants (accepter ou refuser le projet d'adoption de l'assistante familiale le cas échéant, ou désigner les futurs adoptants parmi les personnes agréées, proposées par le service de l'ASE),
- pour la date du placement, en vue d'adoption (sinon il refuse ce placement) ;
- pour le contenu des informations, qui seront données aux futurs adoptants ;

Enfin, il doit donner - ou refuser- le consentement à l'adoption, lorsqu'il n'a pas été donné par les parents d'origine.

Tableau 119 : Données d'activité pupilles

Année 2010	Année 2011
10 réunions du conseil de famille 99 enfants Pupilles de l'Etat 53 de sexe féminin 46 de sexe masculin 4 ont quitté le statut du fait de leur majorité 27 ont quitté le statut du fait d'un projet d'adoption Soit au 31 décembre 2010 : 68 enfants conservant le statut de pupilles de l'Etat	10 réunions du conseil de famille 86 enfants Pupilles de l'Etat 48 de sexe féminin 38 de sexe masculin 3 ont quitté le statut du fait de leur majorité 25 ont quitté le statut du fait d'un projet d'adoption Soit au 31 décembre 2011 : 58 enfants conservant le statut de pupille de l'Etat

Source DDCS

Les pupilles, pour lesquels il n'y a pas de projets d'adoption, concernent des enfants à particularité (trisomie, handicap psychologique, enfants grands…), dont la situation est examinée une fois par an.

b. L'Association Départementale d'Entraide des Personnes Accueillies à la Protection de l'enfance (ADEPAPE)

Les ADEPAPE sont, avec les associations familiales (UDAF et UNAF), les seules associations dont l'existence et le rôle sont explicitement prévus par le Code de l'Action Sociale et des Familles.

Le statut des pupilles de l'Etat est, avant tout, un statut de protection de l'enfance, trop souvent confondu en un statut d'adoptabilité. Tout enfant, dont la déficience parentale est avérée, devrait avoir la garantie de cette protection. Celle-ci n'empêche pas le maintien des liens familiaux.

Face à la forte diminution du nombre des pupilles de l'Etat, depuis une vingtaine d'années, le réseau constitué par les ADEPAPE et la Fédération nationale s'est donc attaché, depuis plusieurs années, à élargir ses actions, à l'ensemble des bénéficiaires de l'Aide Sociale à l'Enfance.

L'ADEPAPE 33 accueille, écoute, agit, accompagne, attribue des aides aux études, des prêts d'honneur, des secours, des aides au logement, des aides à la recherche d'emploi, *etc.*… Elle est le partenaire du Conseil général de la Gironde, prolonge et complète ainsi l'action sociale des services de l'ASE. Elle est composée d'un Conseil d'Administration qui exécute les missions, qui lui sont confiées par les membres adhérents en Assemblée Générale.

En ce qui concerne l'autonomie des jeunes majeurs, la FNADEPAPE demande :

- l'égalité de droits des jeunes issus de services de l'ASE, entre 18 et 21 ans, quelque soit leur département de résidence,
- une réflexion quant au droit à l'échec, sans rupture immédiate de la relation contractuelle,
- une poursuite de cette aide au-delà de 21 ans, dans le cadre des politiques départementales de lutte contre les exclusions,
- un partenariat négocié et conventionné avec l'Association Départementale d'Entraide qui participe à l'effort d'insertion sociale.

L'aide aux jeunes majeurs est l'une des priorités de l'association. Les difficultés auxquelles se heurtent les jeunes, issus de l'A.S.E., en l'absence de soutien familial, sont souvent aggravées par les retards pris dans le cadre de la scolarité entre autres. Il faut donc souligner l'importance que la collectivité doit attacher à « aller jusqu'au bout de l'investissement qu'elle a assuré pendant la minorité de l'enfant ».

3. Le Dispositif de Recueil et d'Observation des Mineurs Isolés Étrangers (DROMIE)

Le Dispositif de Recueil et d'Observation des Mineurs Isolés Etrangers (DROMIE) est un dispositif, issu du protocole entre le Conseil général et le TGI de Bordeaux, (datant de 2009), visant à assurer l'accueil en urgence des Mineurs Isolés Etrangers se trouvant sur le département de la Gironde et pour lesquels une prise en charge spécifique est nécessaire. En ce qui concerne les jeunes majeurs, dont il est question dans les données ci-dessous, il s'agit des personnes accueillis à l'ASE lors de leur minorité.

Tableau 120 : Nombre de mineurs isolés étrangers accueillis en Gironde :

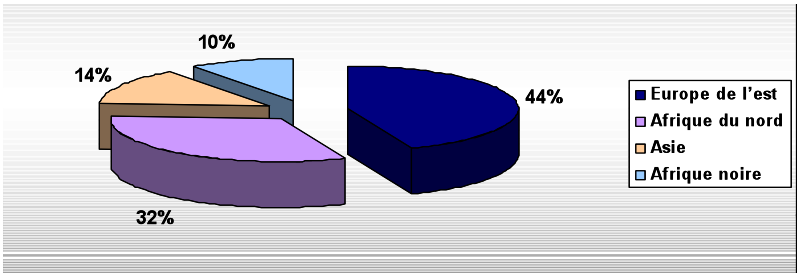
Années	2008	2009	2010	2011	Evolution entre 2008 et 2011
Nombre de MIE arrivés en cours de l'année	36	63	92	143*	397%
Nombre de MIE présents au 31/12	43	41	56	73	170%
Nombre de majeurs présents au 31/12	39	41	41	46	118%

Source DEF/DGAS

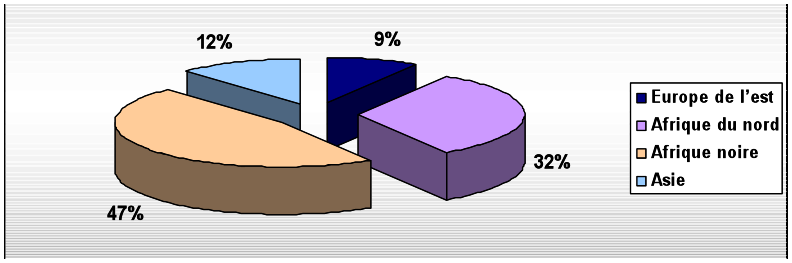
***** sur les 143 accueils réalisés en 2011 :
- 102 garçons et 41 filles
- 73% non francophone
- 71% déclarent un âge de 16-17ans

Face à l'augmentation des accueils, l'ASE de la Gironde sera amenée à revoir ce dispositif et son protocole, en 2012.

Graphiques - 56 : Origine g□ographique des mineurs □trangers isol□s ˆ leur admission sur le dispositif DROMIE au 31/12/2011



Graphiques - 57 : Origine g□ographique des mineurs et mineurs devenus jeunes majeurs □trangers isol□s pris en charge par l□ASE au 31/12/2011



Source DEF 2011/CG33

Confront□ ˆ une progression importante d□accueil de mineurs isol□s □trangers, le d□partement de la Gironde voit son dispositif de prise en charge satur□, au risque de rendre plus difficile, la prise en charge des mineurs originaires du d□partement.

L□accueil et l□accompagnement des mineurs isol□s □trangers, ne peuvent tre support□s que par quelques d□partements. Il semble qu□il faille organiser une r□ponse nationale afin d□assurer, pour l□ensemble des d□partements, les moyens de r□aliser ces accueils de fa on adapt□e.

Nombre de mineurs isol□s □trangers sont dans l□incapacit□ d□apporter la preuve de leur minorit□, faute de documents d□□tat civil, ou de pr□sentation de documents d□□tat civil peu fiables, voire faux.

Les personnels socio □ducatifs des services et □tablissements, contribuant aux missions de protection de l□enfance, voient leurs attributions □voluer vers une fonction de contr□le, peu compatible avec leurs missions de protection.

Pour assurer un traitement □quitable de l□ensemble des mineurs □trangers isol□s, une r□ponse des services de l□□tat, doit tre organis□e aux fins d□□tablir la minorit□, afin que l□intervention du service de protection de l□enfance, puisse s□engager en toute s□curit□.

Le recoupement des □histoires □, des □parcours □racont□s par les mineurs isol□s □trangers, laisse ˆ penser selon le Parquet de Bordeaux, qu□existent des □r□seaux □dans les pays africains : Congo, Nig□ria, Cameroun, Maroc, ainsi qu□au Pakistan, organis□s, afin que les familles puissent envoyer leurs jeunes en France et les faire b□n□ficier d□une prise en charge mat□rielle.

De ce fait, le service de protection de l□enfance de la Gironde, constatant l□absence de besoin d□aide □ducative, interroge la pertinence d□un recours syst□matique aux moyens du d□partement.

Une autre forme d□accompagnement d□clinable sur l□ensemble du pays est ˆ organiser par les services de l□□tat.

4. Les jeunes majeurs

Les aides apport□es aux jeunes majeurs, se r□alisent sous diff□rentes formes : aides financi res, aides □ducatives, accueils en famille d□accueil ou en □tablissement (MECS, lieux de vie) et accompagnements ˆ l□insertion professionnelle.

a. Les mesures d'aide aux jeunes majeurs

Tableau 121 : Récapitulatif des aides au domicile ASE au bénéfice des jeunes majeurs

Au 31/12	2009	2010	2011
Aides financières	368	296	264
Aides Educatives jeunes Majeurs(AEJM)	93	86	60

Tableau 122 : Le nombre d'accueil des jeunes majeurs en famille d'accueil et en établissement

Au 31/12	2009	2010	2011
Accueils familiaux	113	106	**112**
Accueils en établissements	467	454	**467**
Total des APJM	580	560	**579**

Source : DEF/ CG33

La DEF constate la croissance du nombre de jeunes majeurs accueillis. Un travail d'analyse a été effectué par la Direction Enfance Famille : un certain nombre de jeunes majeurs présentent des capacités notamment financières qui pourraient leur permettre d'accéder à un logement autonome, tout en étant accompagnés par les maisons d'enfants sur le plan éducatif et par la DEF financièrement, en complément si besoin. Il n'a pas été posé de critères spécifiques, sur le degré d'autonomie, mais le travail d'analyse réalisé, a conclu à sa nécessaire appréciation de la part des inspecteurs, en négociation individuelle avec les MECS.

En parallèle un travail de partenariat sur la question de l'accès au logement a été développé :
- des prises en charge par les foyers de jeunes travailleurs (FJT) sur la base d'une convention annuelle ont été réalisées.
- des projets de mise en place de caution Fonds de Solidarité Logement (FSL), et d'accès de ce public, au contingent prioritaire du Conseil général, sont à l'étude.
En outre, il convient de souligner en matière d'insertion, le soutien financier important du Conseil général en direction de l'ACRIP, permettant d'orienter encore davantage de jeunes vers cet opérateur.

b. L'accompagnement à l'insertion professionnelle assuré par l'ACRIP

Plusieurs organismes et structures concourent au soutien à l'insertion professionnelle des jeunes majeurs, parmi lesquels l'ACRIP.
L'Association de Coordination et de Recherche pour l'Insertion Professionnelle (ACRIP), favorise l'accès et le maintien en emploi, des jeunes peu ou pas qualifiés, au sein d'entreprises locales (CUB).

Public accueilli :

- les demandeurs d'emploi exprimant le souhait de s'intégrer de façon durable dans une entreprise de la CUB – tout secteur d'activité - (en CDD long, CDI ou contrats en alternance), âgés de 16 à 55 ans.

- les bénéficiaires d'un accompagnement éducatif, suite à une décision administrative du Conseil général (DEF) ou jeunes connus des Clubs de prévention Spécialisée – ou suivis par le PLIE de Bordeaux (financement FSE).

Tableau 123 : Jeunes pris en charge/ Source ACRIP

Années	2010	2011
Orientés par DEF	50	57
Orientés par les clubs de prévention	6	9
Total	56	66

L'ACRIP accompagne également des jeunes orientés par le PLIE de Bordeaux et la PJJ.

Quinze jeunes sont également reçus annuellement pour de l'information et/ou de l'orientation professionnelle.

Projet pédagogique:

- accompagner des personnes peu ou pas qualifiées vers un emploi durable (relevant de services éducatifs habilités ASE ou du PLIE) dans le cadre d'un contrat de travail de droit commun (CDD, CDI ou contrats en alternance),
- faciliter la mise en relation entre ces demandeurs d'emploi et les entreprises locales, pouvant proposer une embauche,
- élargir les représentations professionnelles des jeunes demandeurs d'emploi par une meilleure connaissance des secteurs en tension, des postes de travail accessibles et des besoins des entreprises locales,
- amener ces entreprises à prendre en compte, dans leur recrutement, le potentiel de ces demandeurs d'emploi et mettre en place des procédures, favorisant l'adaptation et l'intégration de ses nouveaux salariés,
- proposer un suivi, au moins pendant la période d'essai, auprès du salarié et de l'entreprise pour s'assurer du bon déroulement du contrat.

Actions menées : accompagnement personnalisé à travers des entretiens individuels ou collectifs menés par les Chargés de Mission.

Accueil (sur rendez-vous pris par l'intéressé) :

- information collective d'une heure et demie : présentation du service, identification du besoin et vérification de la pertinence de l'action,
- entretien d'une heure et demie: confirmation de l'intention professionnelle et rapprochement avec les outils de l'ACRIP (contacts avec les entreprises. du réseau, présentation d'offres d'emploi en cours de recrutement, présentation de postes de travail accessibles.),
- entretien d'une heure pour concrétiser les premières mises en relation et confirmer l'intégration du demandeur d'emploi dans l'action.

Suivi / Accompagnement dans l'emploi

- un entretien (en dehors des heures de travail), durant la première semaine de la prise de fonction avec le nouveau salarié et un entretien avec le responsable de l'entreprise (mise en avant des points forts, identification des difficultés ou des points à améliorer en situation de travail, vérification du respect des engagements respectifs).
- un suivi mené au moins durant toute la période d'essai ou jusqu'au dépassement des difficultés repérées lorsque c'est le cas.
- un suivi salarié proposé à ceux qui ont trouvé par eux-mêmes l'entreprise dans laquelle ils travaillent.

Suivi / Accompagnement dans l'emploi

- un entretien (en dehors des heures de travail), durant la première semaine de la prise de fonction avec le nouveau salarié et un entretien avec le responsable de l'entreprise (évaluation de la capacité d'intégration du salarié voir des difficultés ou des points à améliorer, vérification du respect des engagements respectifs).
- un suivi mené au moins durant toute la période d'essai ou jusqu'au dépassement des difficultés repérées lorsque c'est le cas.
- un suivi salarié proposé à ceux qui ont trouvé par eux-mêmes l'entreprise dans laquelle ils travaillent.

Cette année l'ACRIP a souhaité élargir son champ d'action auprès d'un public plus diversifié pour aider à identifier son intention professionnelle et d'autre part pour provoquer des mises en relation avec des entreprises locales à travers un stage court afin de négocier un contrat en alternance.

Proposition d'accompagner des jeunes à la recherche d'un BTS en alternance, en les aidant à mieux s'organiser au niveau de la recherche d'emploi, et en leur permettant d'identifier les attentes des entreprises ou des organismes de formation proposant des BTS en alternance, afin d'y répondre et augmenter les chances de réussir leur mise en relation.

Tableau 124 : Motifs des sorties de l'ACRIP des personnes orientées par DEF et clubs de prévention,

Motifs des sorties de l'ACRIP des personnes orientés par DEF et clubs de prévention,	2010	2011
Formation	2	3
contrat en alternance	10	16
CDD supérieur à 6 mois ou +	4	3
CDI temps complet	6	6
CDI à temps partiel	9	6

Tableau 125 Motifs des sorties de l'ACRIP des personnes orientés par DEF et clubs de prévention,

Motifs des sorties de l'ACRIP des personnes orientés par DEF et clubs de prévention,	2010	2011
abandon	16	19
déménagement	1	3
Problèmes de santé		1

Source ACRIP

5. l'accueil en établissements et services médico-sociaux

a. Les capacités d'accueil en médico-social

Ce sujet a déjà été évoqué dans le rapport ODPE de 2011.
Depuis de nouvelles offres d'équipement autorisées par l'ARS Aquitaine – Délégation territoriale de la Gironde – Pôle Médico-social, ont vu le jour:

- En 2010 : CAMSP CHU : ouverture d'antennes à Libourne et Castelnau du Médoc,

  SESSAD d'ITEP : création de 8 places, et SESSAD d'IME : création de 33 places.
- En 2011 : SESSAD déficients sensoriel : création de 5 places supplémentaires.

Les services et établissements sanitaires, médico-sociaux accueillent des enfants et jeunes mineurs confiées à l'ASE.

b. La Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH)

La MDPH offre un accès unifié aux droits et prestations prévus pour les personnes handicapées dans le département de la Girondes (33). La MDPH exerce une mission d'accueil, d'information, d'accompagnement et de conseil des personnes handicapées et de leur famille ainsi que de sensibilisation de tous les citoyens aux handicaps.

La prise en charge, par un établissement ou un service médico-social, pour un enfant ou un adulte handicapé, se fait sur décision de la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH).

Récapitulatif des décisions prises par la CDAPH, enfants et adultes

Tableau 126

Nombre de décisions 2010	Nombre de décisions 2011	Evolution
55 423	67 195	21.24%

Source MDPH

Tableau 127 : Prestations enfants

Prestations enfants	Total 2010	Total 2011
AEEH+compl□ment AEEH[39]	2 958	3 549
% sur le nombre de d□cisions enfants	33.98 %	38.31 %

Tableau 128 : Prestations enfants

Prestations enfants	Total 2010	Total 2011
Orientations scolaires	715	844
% sur le nombre de d□cisions enfants	8.21 %	9.11 %

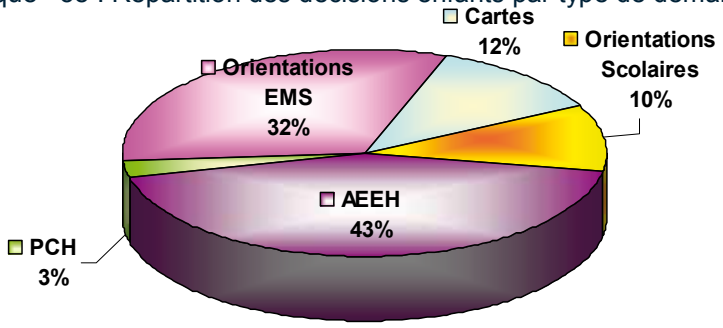
Tableau 129 : Prestations enfants

Prestations enfants	Total 2010	Total 2011
Orientation □tablissements et services	2 763	2 464
Maintien amendement Creton	108	144
Total	2 871	2 608
% sur nombre de d□cisions enfants	32.98 %	28.15 %

Source MDPH

L□Amendement Creton[40]□: il s□agit d□un dispositif l□gislatif permettant le maintien temporaire de jeunes adultes de plus de 20 ans en □tablissements d□□ducation sp□ciale dans l□attente d□une place dans un □tablissement pour adultes. La CDAPH se prononce sur l□orientation de ces jeunes vers un type d□□tablissement pour adultes, tout en les maintenant, par manque de places disponibles, dans l□□tablissement d□□ducation sp□ciale dans lequel ils □taient accueillis avant l□%ge de 20 ans.

Graphique –58 : Répartition des décisions enfants par type de demandes



Source MDPH

La MDPH met en place, ˆ compter de septembre 2012, un recueil des donn□es, aupr s des □tablissements qui permettra d□assurer le suivi des d□cisions de la CDAPH.
A compter de septembre 2012 : ouverture du nouveau site de la MDPH, offrant une offre de services plus d□velopp□e.

[39] L'Allocation d'Education de l'Enfant Handicap□ (AEEH) est destin□e ˆ soutenir les personnes qui assurent la charge d'un enfant en situation de handicap. L'AEEH n'est pas soumise ˆ condition de ressources.

[40] L□article 22 de la Loi n□89-18 du 13 janvier 1989 (Diverses mesures d□ordre social) a modifi□ l□article 6 de la loi d□orientation en faveur des personnes handicap□es du 30 juin 1975 et cr□□ l□alin□a suivant dit □amendement Creton□

c. Les problèmes d'orientation en services et établissements médico-sociaux pour les jeunes pris en charge par l'ASE

Enfants confiés à l'ASE bénéficiant d'une orientation médico sociale, CDAPH

Tableau 130

au 15/04/2012	Placements ASE et en établissement médico-social			
	ITEP	**IME**	**Autre**	**Total**
Assistantes Familiales	152	92	56	300
MECS	28	1	1	30
Lieu de Vie	13	3	0	16
Structure expérimentale	23	5	0	28
Etablissement de soins	14	13	0	27
Total	**230**	**114**	**57**	**401**

au 15/04/2012	Orientation CDAPH : pas de placement en établissement médico-social			
	ITEP	**IME**	**Autre**	**Total**
Assistantes Familiales	23	16	2	41
MECS	44	12	0	56
Lieu de Vie	3	0	0	3
Structure expérimentale	2	0	0	2
Autre	0	0	0	0
Total	**72**	**28**	**2**	**102**

Au 15/04/2012, 102 enfants titulaires d'une orientation CDAPH sont en attente d'un accueil dans un établissement médico-social. Cette situation concerne surtout les enfants titulaires d'une orientation en ITEP : 72 enfants. Ces jeunes restent à la charge, à temps plein, des familles d'accueil ou des établissements ASE.

au 15/04/2012	Récapitulatif du nombre total d'enfants confiés à l'ASE, bénéficiant d'une prise en charge médico-sociale ou en attente d'une admission			
	ITEP	**IME**	**Autre**	**Total**
Assistantes Familiales	175	108	58	341
MECS	72	13	1	86
Lieu de Vie	16	3	0	19
Structure expérimentale	25	5	0	30
Autre	14	13	0	27
Total	**302**	**142**	**59**	**503**

Source : DEF /CG33

d. Les Instituts Thérapeutiques Éducatifs Pédagogiques (ITEP)

Les ITEP accueillent des enfants d'efficience intellectuelle normale, qui présentent des troubles du comportement et de la personnalité ne permettant plus momentanément ou durablement, une scolarisation ordinaire. La prise en charge globale de l'enfant s'entend comme le carrefour de plusieurs pôles d'intervention : éducatif, pédagogique, thérapeutique.

Les problématiques transmises à l'ODPE par certains de ces établissements, rejoignent les constats dressés par la commission « Mineurs en mal de protection ».

De plus ont été mis en exergue :

- le problème d'organisation des transports au niveau des structures, en lien avec l'éloignement et la dispersion géographique des familles ; Ce problème occasionne de longs trajets pour certains enfants (jusqu'à 2h30 de transport pour les plus éloignés).

- l'augmentation des pathologies de type trouble envahissant de la personnalité (psychose).

- des problèmes de configuration des locaux préjudiciables à l'intimité des enfants (chambres et douches collectives), dans certains établissements.

e. Les Services d'Education Spécialisée et de Soins à Domicile (SESSAD)

Ces services apportent aux familles conseil et accompagnement. Ils favorisent l'intégration scolaire et l'acquisition de l'autonomie de l'enfant, grâce à des moyens médicaux, paramédicaux, psycho-sociaux, éducatifs et pédagogiques, adaptés.

La population des enfants accueillie en SESSAD est constituée de garçons et filles d'efficience intellectuelle normale, qui présentent des difficultés psychologiques et relationnelles, entravant leur évolution, et pour lesquels le maintien à l'école primaire ou au collège est possible.

Des SESSAD soulignent :

- des difficultés de réorientation des enfants du SESSAD, vers des établissements de type ITEP, IME ou hôpital de jour, car ces enfants, bénéficiant déjà de la prise en charge SESSAD, ne seraient pas considérés comme prioritaires.

- des temps de trajet trop importants du fait de l'éloignement hors secteur des affectations.

- des difficultés relatives à l'implication des familles dans l'accompagnement de leur enfant au SESSAD, malgré une obligation contractuelle posée d'un trajet aller-retour.

6. L'accompagnement des droits de visite

En Gironde, nous utilisons le terme accompagnement des droits de visite pour les situations d'enfants confiés à l'ASE par le juge des enfants et pour lesquels le droit de visite a été réglementé, par le magistrat, avec la précision « en présence d'un tiers ou en point rencontre ».

Il ne s'agit pas de médiation dans le cadre des décisions du Juge des affaires familiales.

Les visites médiatisées sont organisées soit par les référents protection du SDAF, soit dans les 6 points rencontres associatifs ou soit pour les situations les plus complexes, au Point Rencontre Départemental situé à Bordeaux ou enfin, par les TISF, quand la rencontre peut s'organiser au domicile des parents.

- les référents du SDAF assurent 39% de ces rencontres. (45% des enfants accueillis au SDAF, compte tenu de la lourdeur des problématiques familiales relèvent de ce type d'accompagnement pour les rencontres avec leurs parents.)
- les points rencontres assurent 35%, des rencontres.
- Les TISF assurent les rencontres au domicile des parents pour 24%.

L'accompagnement des droits de visites des enfants confiés à l'ASE, au domicile des parents par les TISF

La loi du 5 mars 2007 donne la capacité aux TISF d'accompagner, à la demande du service de l'ASE, en lien avec le référent enfance, les droits de visite, ou le retour à son domicile d'un enfant confié au service de l'ASE.

En Gironde, les TISF assuraient ces rencontres bien en amont de la Loi. Si les situations les plus complexes sont gérées par le point rencontre, il est à remarquer que les familles accompagnées par les TISF, dans le cadre des droits de visites présentent désormais de lourdes problématiques, complexifiant les possibilités de retour des enfants au domicile familial.

Une « typologie » des familles pourrait faire courir le risque de trop stéréotyper cette population. Néanmoins, nous constatons que la plupart de ces parents présentent eux-mêmes des faiblesses liées à un vécu dans l'enfance, à la fois complexe et fragile. Isolement social et relationnel, emplois précaires, difficultés matérielles sont au premier plan des préoccupations de ces familles avec comme conséquence une fragilisation des responsabilités parentales.

Les enfants de ces familles peuvent présenter des troubles (souvent précoces) du lien et de l'attachement. Au domicile familial, les TISF exercent donc un travail conséquent sur la qualité de ce lien par une pratique d'accompagnement, au plus près de ce que peut être la vie familiale (préparation du goûter, jeux, sorties, rangement, aménagement de la chambre ou de la salle de bain pour le confort de l'enfant).
Les TISF observent les interactions et comment l'enfant y réagit. Ils accompagnent dans les gestes de la vie quotidienne l'enfant, pour qu'il puisse discerner ses parents comme des êtres singuliers, dissociés de lui-même, avec leurs propres lacunes mais aussi leurs propres capacités.

Lors des premières rencontres, il est nécessaire que cet enfant « visualise » concrètement qui va l'accompagner auprès de ses parents, afin de lui permettre de se sentir en sécurité en leur présence. Trop de visites, organisées parfois du fait de « la véhémence » de certaines familles ne sont pas suffisamment préparées, tant avec les parents que dans le lien entre professionnels.

La loi du 5 mars 2007, s'appuie sur les ressources et les capacités parentales, la promotion des droits des familles, une meilleure lisibilité du dispositif de la protection de l'enfance. La contractualisation d'objectifs avec les familles, devient un levier pour le travail des TISF afin que les parents donnent un « sens » aux décisions de placement, s'engagent sur des objectifs définis. Les TISF peuvent alors s'appuyer sur les ressources parentales et contribuer à une meilleure qualité de la relation parents-enfants.

Ce travail d'objectifs et de contractualisation avec la famille, de liens entre les différents professionnels de la protection de l'enfance, est réfléchi au niveau du comité technique des TISF. Une meilleure analyse pluridisciplinaire, donc d'objectivation entre professionnels et de clarification de l'action auprès des familles, doit contribuer à la construction des perspectives dynamiques, centrées sur la citoyenneté des familles.

Cet « Agir ensemble » fera prendre conscience à l'enfant, que ce lien altéré, puis distendu, du fait de placement, l'inscrit dans une histoire familiale, qui ne l'enferme pas ,mais qui au contraire lui permet, tout en reconnaissant ses parents comme ils sont, de se construire avec eux mais aussi, en dehors d'eux.

La question du lien parent /enfant est essentielle dans la prise en charge de l'enfant, et doit toujours prendre en compte son intérêt. Une vigilance toute particulière, à ce niveau, doit être maintenue
Une reprise de la réflexion sur ce sujet, en partenariat avec l'autorité judiciaire, serait opportune.

Graphique – 59 : Evolution des modalités de rencontre parents enfants stock au 31/12

Nb de situations	2007	2008	2009	2010	2011
Référents	238	310	278	252	290
TISF	122	160	152	201	177
Point Rencontre Départemental	104	107	116	105	96
Point Rencontre Asso	81	145	187	132	165
Autres	16	27	9	10	0
Total situations	561	749	742	700	728
Evolution du nb de situations année n/n-1		34%	-1%	-6%	4%
Total enfants	1721	1685	1657	1609	1589
Evolution du nb d'enfants année n/n-1		-2%	-2%	-3%	-1%

Source : rapport d'activité 2011 DEF /CG33

Pour les mineurs accueillis dans les services du CDEF, les rencontres sont organisées au sein du foyer, à « l'Espace Famille ».

Les rencontres parent-enfants au CDEF

Tableau 131

CDEF Espace Familles	2011
Visites réalisées	2494
Demandes	133
Dont **%** sur la pouponnière	40
Dont **%** Petite Enfance	20
Dont**%** Service Adolescents	22
Dont **%** PFU	10
Don**t%** l'Accueil enfance	7
Dont **%** S.A.F.E	1

Source : rapport d'activité 2011 DEF /CG33

Des visites se déroulent sur toute la semaine avec un « pic » les mercredis et samedis

En 2011, il y a eu 2958 visites programmées, pour 2494 réalisées, soit 84 %.

Section 3 - Les mesures de protection judiciaires, au pénal, de la PJJ, secteur public et secteur associatif habilité

A. En Milieu Ouvert

Le secteur public est organisé en Service Territorial Educatif de Milieu Ouvert, pour mener une action éducative à partir du milieu « naturel » du mineur pris en charge.

Le service territorial (STEMO 33) se compose de trois unités éducatives de milieu ouvert (UEMO de Bordeaux, Mérignac et Cenon).

Le secteur associatif habilité est représenté par trois associations support : l'AGEP, l'OREAG, et le PRADO.

Ces associations se sont investies sur des domaines variés et complémentaires : l'AGEP, pour l'AEMO et la MJIE (à la place de l'enquête sociale) à partir de 2012, l'OREAG pour l'AEMO et la MJIE (à la place de l'IOE) à partir de 2012, le PRADO pour l'AEMO et la réparation.

Les mesures, sanctions et peines :

.Les mesures d'investigation : ce sont des mesures d'aide à la décision. La mesure judiciaire d'investigation éducative (MJIE) a pour objet d'aider le magistrat dans sa prise de décision. Cette mesure s'appuie sur la pluridisciplinarité disponible dans le service.

Les mesures éducatives : liberté surveillée préjudicielle (LSP) Liberté Surveillée (LS), mise sous protection judiciaire (MSPJ - art 16 bis), réparation pénale (à tous les stades de la procédure), placement, mesure d'activité de jour.

Les mesures de probation ou de contrôle et les peines : contrôle Judiciaire (CJ avant jugement), Sursis Mise à l'Epreuve (S.M.E après jugement), Travail d'Intérêt Général (TIG / la peine peut être utilisée dans le cadre du S.M.E), le suivi socio judiciaire (peine visant à prévenir la récidive en matière d'infractions sexuelles),

Les sanctions éducatives : le stage de citoyenneté. Le stage de formation civique (peine alternative aux poursuites du Parquet, alternative à l'emprisonnement, ou obligation de mise à l'épreuve par le TE) applicables aux mineurs de 10 à 13 ans en réponse aux actes commis.

Les aménagements de peine : libération conditionnelle, placement extérieur, semi liberté, placement sous surveillance électronique, suspension ou aménagement de peine, permission de sorties, autorisation de sortie sous escorte.

1. L'activité en milieu ouvert : Secteur public

Tableau 132–: L'activité en milieu ouvert, secteur public

Présents	Jeunes présents au 31/12/2010				Jeunes présents au 31/12/2011			
	45	375	PJM	Total	45	375	PJM	Total
Investigation	54	51		105	42	80		122
Enquête sociale	2			2	1	1		2
IOE	33	51		84	9	53		62
RRSE	19			19	17			17
MJIE					15	26		41
Milieu ouvert	606	8		614	582			448
Mise sous protection judiciaire	102			102	92			92
AEMO + Suivi jeune majeur		8		8				
Contrôle judiciaire	100			100	115			115
Liberté conditionnelle								
Liberté surveillée	54			54	39			39
Liberté surveillée préjudicielle	115			115	129			129
Réparation	106			106	69			69
Sursis Mise à l'épreuve	63			63	84			84
Suivi socio judiciaire	1			1	2			2
TIG	26			26	24			24
Sanctions éducatives et Composition pénale	10			10	15			15
Stage de citoyenneté	25			25	13			13
Aménagement de peine								
Mesures d'activités de jour	4			4				
Ensemble	660	59		719	624	80		550

Source PJJ

2. L'activité en milieu ouvert : Secteur Associatif Habilité

Tableau 133 : L'activité en milieu ouvert, secteur habilité

Présents	Jeunes présents au 31/12/2010				Jeunes présents au 31/12/2011			
	45	375	PJM	Total	45	375	PJM	Total
Investigation	5	289	0	294	10	250	0	260
Enquête sociale	4	54			8	139		147
IOE	1	235		236	2	111		113
RRSE								
MJIE	0	0	0	0	0	0	0	0
Milieu ouvert	443	3460		3903	189	3446	0	3635
Mise sous protection judiciaire								
AEMO + Suivi jeune majeur		3460		3460		3446		3446
Contrôle judiciaire								
Liberté conditionnelle								
Liberté surveillée								
Liberté surveillée préjudicielle								
Réparation	443			443	189			189
Sursis Mise à l'épreuve								
Suivi socio judiciaire								
TIG								
Sanctions éducatives et Composition pénale								
Stage de citoyenneté								
Aménagement de peine								
Mesures d'activités de jour								
Ensemble	448	3749		4197	199	3696		3895

Source PJJ

A noter : un effort important en milieu ouvert, sur les délais de prise en charge par les éducateurs, il s'agit d'une commande nationale.

B. Le placement judicaire

1. Le placement éducatif collectif, secteur public (exclusif 45)

Les mesures de placement sont ordonnées par un magistrat (Juge des enfants, Juge d'instruction, Substitut). C'est une mesure de protection, d'assistance, de surveillance et d'éducation qui retire provisoirement le jeune de son milieu de vie.

L'Unité Educative d'Hébergement Collectif (UEHC) est le seul établissement du secteur public, sur le territoire « Aquitaine Nord » et en Gironde. Il se situe à Pessac - Mixte 15 /18 ans. Possibilité : 12 places en interne et 5 en familles d'accueil (familles bénévoles, indemnisées, rattachés administrativement à l'UEHC. La structure fait partie d'une entité plus large nommée EPEI (Etablissement de Placement Educatif et d'Insertion).

En 2010 : 35 jeunes suivis .En 2011 : 39 jeunes suivis.

Pour l'établissement, les années 2010 et 2011 ont été celles de la reconstruction et de la recomposition avec le passage de CPI (Centre de placement immédiat) à EPEI (Établissement de placement éducatif).

Le défi de l'hébergement collectif consiste à gérer au mieux les admissions, entre accueil préparé et accueil immédiat, en tenant compte des temps de présence/absence de jeunes, qui peuvent être en fugue, hospitalisés ou incarcérés (10 jours d'absence ; la place est libérée). La présence de quelques jeunes plus stabilisés dans le groupe permet se sortir des tensions continues, violences ou agressions d'un lieu « de passage ». L'équipe éducative assure une prise en charge individualisée (dossier individualisé de prise en charge ou DIPC et projet personnalisé) et collective (activités, sportives, culturelles, de socialisation…) pendant toute la durée du placement en lien avec les éducateurs de milieu ouvert, les différents services du territoire, les partenaires, les magistrats. Le temps de travail des éducateurs est organisé en continu (plus de veilleur de nuit dans les établissements ; les éducateurs se relayent jour et nuit, leur présence est permanente).

2. Le placement judiciaire collectif, Secteur Associatif habilité exclusif 1945

Le CEF (Centre éducatif fermé) à Sainte Eulalie.

L'établissement du secteur habilité justice reçoit des jeunes de 13 à 16 ans exclusivement dans le cadre de l'ordonnance de 1945, placement assorti d'un SME ou d'un CJ. Actuellement 10 places, passage à 12 avant la fin de l'année 2012 (nouveau cahier des charges).

Les CER (2 Centres éducatifs renforcés) à Castelviel et à Saint Germain d'Esteuil.

Etablissements, du secteur associatif habilité justice, recevant des jeunes exclusivement dans le cadre de l'ordonnance de 1945.

Le CER « Grange Neuve » à Castelviel ; 7 places pour des garçons de 13 à 17 ans. Le CER « Don Bosco » à St Germain d'Esteuil ; 7 places pour les 14-18 ans, (mixte).

Les CER (s) proposent des sessions de 3 mois. La finalité de ce type d'établissement est de permettre aux jeunes accueillis de faire une rupture avec le milieu d'origine et de mobiliser des ressources, pour investir un projet personnel à réaliser dans les mois qui suivront leurs retours. CER et CEF ont une compétence au-delà du département d'implantation. Ils reçoivent des jeunes issus de l'ensemble du territoire.

En 2010 : 37 jeunes suivis par les 2 CER de l'OREAG et de Saint François Xavier et 21 jeunes pour le CEF de l'OREAG.

En 2011 : 29 jeunes pour le CER de l'OREAG (le CER de Saint François Xavier n'ayant pas d'activité) et 31 jeunes pour le CEF de l'OREAG.

Le quotidien des jeunes dans ces structures est ponctué d'incidents (fugues, dégradations, violences…). Ces événements font l'objet d'un suivi en Direction Territoriale et en Direction Inter Régionale. Ces établissements font l'objet d'une attention régulière des plus hautes autorités de la justice. Des comités de pilotage sont organisés au moins une fois par an en présence des cadres de l'établissement, des responsables de l'association, de la PJJ, des magistrats, de la police, de la gendarmerie, de la mairie du lieu d'implantation, des administrations intervenantes (Education Nationale), des partenaires et des services éducatifs concernés.

Regard sur le Centre Educatif Renforcé OREAG (CER) La Grange Neuve 33540 Castel Viel, et le Centre Educatif Fermé (CEF) de Sainte Eulalie OREAG :

Tableau 134 : L'activité 2010/2012

	Année	Activité scolaire	Activité sport	Activité technique	RDV psychologue	Art plastique
CER 2010	23	9 H semaine/jeune	7 H semaine/jeune	9 H semaine/jeune	1 H 30 semaine/jeune	3 H semaine/jeune
CER 2011	24	9 H semaine/jeune	7 H semaine/jeune	9 H semaine/jeune	1 H 30 semaine/jeune	3 H semaine/jeune
Année	Nombre de jeunes	Activité scolaire et insertion	Activité sport	Activité technique	RDV psychologue	Art plastique
CEF 2010	20	10 H semaine/jeune	6 H semaine/jeune	8 H semaine/jeune	3 H semaine/jeune	3 H semaine/jeune
CEF 2011	25	10 H semaine/jeune	6 H semaine/jeune	8 H semaine/jeune	3 H semaine/jeune	3 H semaine/jeune

Source : CER

Le CER : organise des séjours de rupture de 3 mois non renouvelables pour les adolescents de 13 à 17 ans, placés par le Juge des enfants ou un Juge d'Instruction dans le cadre de l'Ordonnance 45.

Le CEF : accueille dans le cadre de séjours de 6 mois renouvelables une fois, des adolescents multirécidivistes de 13 à 17 ans. Ce sont des placements sous Ordonnance 45 en alternative à l'incarcération, ordonnés par le Juge des enfants ou un Juge d'Instruction.

Dans les deux structures, du temps est consacré à la gestion de la vie quotidienne, avec les moments de lever, de coucher, de repas, de détente, d'atelier annexes ou d'activité improvisées selon les opportunités. Pour toutes les activités proposées dans les deux établissements, le niveau de chaque jeune est évalué et l'activité est adaptée aux capacités et aux objectifs de l'adolescent.

Au delà de rattraper un retard certain dans les enseignements du fait de déscolarisation plus ou moins longue, les activités permettent de vérifier les capacités de concentration ainsi que le rapport aux apprentissages de chaque jeune. Il est d'ailleurs courant que les adolescents accueillis souffrent de troubles de l'attention ou et de la concentration, notamment en groupe important. La prise en charge individuelle ou en petit collectif dans nos structures, facilite les apprentissages. Le CEID intervient dans les problématiques d'addictions (tabac, alcool, drogues) avec les jeunes.

3. Le placement judiciaire collectif, Secteur Associatif Habilité conjoint

Les MECS (2 maisons d'enfants à caractère social bénéficient d'une habilitation justice, notamment au titre de l'ordonnance de 1945 : le foyer « Don Bosco » et le CRFP (Association ST François Xavier).

Cependant toutes les MECS (conjointes) ayant l'habilitation justice au civil, peuvent recevoir des jeunes au titre de l'ordonnance de 45 sur la base d'une convention individuelle de financement.

Entre 2010 et 2011, on note une diminution des journées de prise en charge.

En Gironde, le protocole d'accueil d'urgence, signé conjointement avec le Conseil général ne fonctionne pas. Les MECS ont peu de places libres et n'accueillent pas en urgence des jeunes adressés par la PJJ. Par ailleurs, les placements qui pourraient être préparés se heurtent au manque de places disponibles. Le Conseil général est confronté aux mêmes difficultés.

L'articulation et la complémentarité entre la PJJ et le Conseil général sont des préalables indispensables à l'accompagnement favorable des parcours.

4. Le placement éducatif diversifié, exclusif et conjoint

Deux lieux de vie « Saisis ta Chance » et « l'Hacienda » peuvent accueillir simultanément 5 adolescents chacun, exclusivement au titre de l'ordonnance de 45. Leur contribution, à la prise en charge des jeunes en très grandes difficultés, représente un apport considérable et une possibilité de solution même transitoire.

L'Association pour la Réadaptation et la Réinsertion Educative et sociale (APRRES) est habilitée à recevoir 6 jeunes au titre de l'ordonnance de 1945, en hébergement individualisé (plus dans le cadre conjoint). Ces jeunes confiés au pénal, sont jour et nuit, sous la responsabilité d'un adulte. Une équipe pluridisciplinaire met en œuvre un accompagnement spécifique. Des réunions rythment la prise en charge (réunions cliniques, analyse de pratiques, institutionnelles et organisationnelles) Cette association a développé un partenariat important avec les services médico-sociaux.
Les jeunes sont accompagnés après une période de pré admission, par un personnel éducatif qui met en place, une contractualisation qui engage le jeune sur des modalités de suivis les plus appropriées (entretiens éducatifs, psychologiques, médicaux).
Cet accompagnement se fait avec un panel d'outils comme :

- L'entretien éducatif.
- Visite à domicile.
- Accompagnement dans la vie quotidienne, les démarches d'insertion et de soins.
- Ateliers à visée thérapeutiques : écriture, psychodrame, cuisine …
- Ateliers à visée de socialisation et d'insertion : hippocampe, cuisine, code de la route, manifestations culturelles et de loisirs.

La durée de la prise en charge des mineurs est liée à leur évolution. Dans certains cas, elle est fixée par le magistrat. L'objectif principal étant bien une réadaptation sociale et psychologique, une réinsertion professionnelle et l'acquisition de compétences en terme d'autonomie.

Les jeunes reçus sur la base de projets individuels ou dans de petits groupes, ont mis à mal le collectif « classique » et/ou ne peuvent y être confrontés, pour des raisons éducatives ou judiciaires. Les situations de ces adolescents présentent souvent les mêmes caractéristiques. Le placement fait suite à des échecs de prise en charge en foyer ou en MECS. Les objectifs du placement restent la stabilisation personnelle, l'autonomie et la démarche d'insertion.

5. Le quartier mineurs de la maison d'arrêt de Gradignan

On assiste à une augmentation continue du nombre de mineurs incarcérés à la maison d'arrêt de Gradignan

En 2010 *: 84 mineurs ont été incarcérés : 79 garçons et 5 filles.*

- 37 de départements extérieurs à la Gironde dont 5 hors région,
- 41 par le TGI de Bordeaux,
- 6 par le TGI de Libourne,
- 11 mineurs n'avaient aucun suivi en milieu ouvert, 3 mineurs bénéficiaient d'un suivi par le SAH,
- 32 mineurs ont été incarcérés dans le cadre d'une procédure de jugement à délai rapproché : parmi eux, 9 ont été libérés après le jugement.

La moitié des mineurs incarcérés l'ont été pour une période inférieure à 26 jours : 23 pour moins de 15 jours.

L'autre moitié des mineurs incarcérés pour une période supérieure à 26 jours, se divise en également en deux : 20 pour une période inférieure à 40 jours, 19 pour une période supérieure à 40 jours. Parmi ces derniers, 4 ont été incarcérés pour une période comprise entre 123 et 180 jours, 9, entre 60 et 90 jours, 7 entre 40 et 51 jours.

A leur sortie de détention, ces mineurs ont été orientés en famille : 25, en CEF : 17, en UEHC : 8, en CER : 8, en foyer du SAH : 4, en hébergement individualisé : 2, en famille d'accueil : 2, hospitalisé : 1, en lieu de vie : 1, maison d'arrêt : 9. Les autres sont restés incarcérés.

En 2011 *: 88 mineurs ont été incarcérés :* 86 garçons et 2 filles.

- 52 du ressort des juridictions girondines,
- 11 des juridictions de la DTAN,
- 13 des juridictions de la DIR,
- 11 de juridictions nationales.

En tout, 40% des mineurs pris en charge par le QM de Gradignan proviennent de juridictions extérieures au département :

- 6 mineurs n'avaient aucun suivi en milieu ouvert,
- 24 mineurs ont été incarcérés dans le cadre d'une procédure de jugement à délai rapproché : parmi eux, 7 ont été libérés après le jugement. Soit 30% des jeunes jugés dans ce cadre.
- 73% des mineurs détenus l'ont été sur des séjours inférieurs ou égaux à deux mois (soit 64 mineurs),
- 90% ont été détenus sur des séjours inférieurs ou égaux à 4mois (soit 79 mineurs),
- 10% sur des séjours supérieurs à 4 mois (soit 9 mineurs).

Parmi eux :

- 4 ont bénéficié d'un aménagement de peine,
- 1 a été placé en CER,
- 2 ont été placés en CEF,
- 1 a été Placé sous Surveillance Electronique Mobile au domicile familial,
- 3 demandes d'autorisation de sortie ont été satisfaites dont deux pour le même jeune qui a profité de la deuxième pour s'évader.

En ce qui concerne le public pris en charge en maison d'arrêt, il est à regretter les diminutions des subventions allouées aux associations œuvrant dans le champ des activités socioculturelles, durant l'incarcération des mineurs. Le recours à ces interventions étant particulièrement bénéfique pour améliorer les conditions de vie au quotidien.

6. Les prises en charge dans le cadre de l'insertion à la PJJ

L'insertion sociale, scolaire et professionnelle est une composante de la prise en charge éducative des mineurs confiés à la PJJ. Objectif commun à tous les professionnels, elle représente un secteur d'intervention à part entière et se construit notamment autour de deux axes créés par la circulaire du 25 février 2009 : le Dispositif Accueil Accompagnement (DAA) et le module acquisition.

Le principe de cette circulaire est que tout jeune confié à la PJJ et non inscrit dans un dispositif de formation de droit commun, doit bénéficier d'activités structurantes, dont la visée est une préparation à leur accès aux dispositifs de socialisation et de formation de droit commun.

L'activité de jour a pour objectif le développement personnel, l'intégration sociale et l'insertion professionnelle. Les activités de jour sur la Gironde sont réalisées d'une part par l'Unité Educative d'Activité de Jour (UEAJ) de Bordeaux, pour ce qui est du module acquisition, et par l'ensemble des unités de milieu ouvert et d'hébergement pour ce qui concerne l'accueil accompagnement, sur la base d'activités diverses. Elle consiste en un soutien à la construction ou à la réalisation d'un projet et en un accompagnement du parcours d'insertion. Elle s'organise en activités de jour et constitue l'un des supports d'insertion. Elle recouvre trois domaines principaux :

- scolaire : aide aux devoirs, ateliers scolaires acquisitions des savoirs de base,
- social : santé, sécurité routière,
- professionnel : sensibilisation aux métiers, acquisition de compétences, stage en entreprises.

Elle est mise en œuvre par des professionnels divers : éducateurs, professeurs techniques et fait appel, par le biais de partenariat, à des intervenants extérieurs spécialisés. L'action de la PJJ est basée sur le travail pluridisciplinaire avec l'ensemble des partenaires associatifs, institutionnels pour permettre un parcours individualisé dans les prises en charge.

L'objectif des prises en charge est que chaque jeune soit acteur de son insertion et de permettre l'accès aux dispositifs de droits communs. L'accès à l'emploi et à la formation, des jeunes pris en charge par la PJJ est renforcé par le développement de partenariats de proximité.

L'UEAJ de Bordeaux ouverte 365 jours par an. Elle a une capacité d'accueil de 30 places pour des jeunes à partir de 16 ans. Elle est accessible aux jeunes hors mandat judiciaire à hauteur de 6 places. C'est un dispositif à entrée et sortie permanente qui permet aux jeunes de se mobiliser vers la construction, étapes par étapes, d'un parcours d'insertion au moyen d'un accompagnement éducatif tant individuel que collectif mis en œuvre *intra* et *extra muros*, par des professionnels de la PJJ, des intervenants d'autres institutions de droit commun et des acteurs du monde associatif.

7. Le secteur public : L'Unité Educative d'Activité de Jour (UEAJ)

Tableau 135 : L'activité en insertion

Mineurs suivis en Unité éducative d'activité de jour PJJ		
	2010	2011
Nombre de jeunes accueillis	47	70
dont nombre de filles	7	5
dont jeunes extérieur PJJ	8	10
dont jeunes de moins de 16 ans	1	2
dont jeunes de 16 à 18 ans	38	64
dont jeunes de + de 18 ans	8	4
Obtention qualification BSR, PSC1, B2I	34	24
Obtention formation pro ou CDD	20	5
Poursuite de parcours	18	25
Orientation spécialisée (MDPH)	2	2
Abandon	6	7
Interruption (incarcération, placement)	5	3

Source PJJ

On remarque une hausse importante des mineurs de 16 à 18 ans. Elle est à mettre en relation avec la baisse du niveau de qualification des jeunes.

Le secteur associatif habilité : L'auberge (association Saint François Xavier).Ce service présente une palette d'activités. Il peut être sollicité dans le cadre de la MAJ (Mesure d'activité de jour). Elle est cependant très réduite en nombre de mineurs suivis sur ce motif.

18 jeunes confiés par le Conseil général et 6 confiés dans le cadre de la M.A.J. (placement sous ordonnance 45) :

- préparation au placement,
- formation aux métiers de la restauration et autres métiers (stage en entreprise),
- accompagnement éducatif individualisé et travail avec les familles.

L'accompagnement s'inscrit dans une personnalisation de chaque projet individuel et une élaboration avec l'adolescent, sa famille et les partenaires concernés (CDEF, MECS, centre de crise pour adolescents, MDSI, PEAT, UEMO)

Pour conclure sa contribution : la PJJ attire l'attention de l'ODPE sur les difficultés du passage du champ pénal au champ civil pour les jeunes ayant effectué leur peine et pouvant relever de décisions administratives ou civiles.

Chapitre IV Rapport de la commission « Les mineurs en mal de protection »

Ce rapport a été réalisé à partir de la synthèse des auditions organisées en 2009 et 2010 par la « commission mineurs en mal de protection ».

Le contexte de la création de la commission:

La prise en charge des jeunes les plus en difficulté fut une problématique majeure repérée par L'ODPE, dès sa création en 2009. Cette question avait déjà été l'objet en Gironde :

- de préconisations du Schéma Départemental conjoint DEF. / PJJ de la prévention et de la Protection de l'enfance, de la jeunesse et de la famille 2007/2011, dans le paragraphe « Répondre aux besoins des jeunes en grande difficulté ».
- d'une étude menée conjointement par la Direction Enfance et Famille et la Protection judiciaire de la jeunesse (P.J.J) en 2007 et 2009.

Face à des préconisations, à ce jour sans réponse, face à l'inadaptation préoccupante des prises en charge des mineurs les plus en difficulté, l'O.D.P.E. a décidé de créer la commission « mineurs en mal de protection»

Ses objectifs:

- 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 dans le département de la Gironde.
- diagnostiquer les blocages dans les articulations interinstitutionnelles.
- formuler des propositions réalisables à l'échelon départemental en vue d'atténuer, de réduire, ces points de blocages.
- identifier les problématiques nécessitant une remontée vers le Défenseur des Droits et l'O.N.E.D.

Sa composition :

La commission a été formée de membres volontaires du comité de pilotage de l'ODPE.

La méthodologie adoptée:

- examen des textes légaux
- recherche documentaire
- organisation d'auditions sur les années 2010 et 2011 avec les représentants d'institutions sociales, médico-sociales, et sanitaires de la Gironde, afin de recueillir leurs témoignages et leurs expériences dans ce domaine ainsi que leur point de vue sur les moyens à mettre en œuvre pour améliorer, au niveau du département, la prise en charge des mineurs concernés.
- écriture du rapport à partir de la synthèse des auditions, sous forme de fiches présentant constats et propositions par thème.

Liste des personnes auditionnées par la commission : cf. annexe n°1

Ces auditions, particulièrement riches, ont permis de mettre en exergue tout un contexte, aggravant la situation des jeunes les plus en difficulté et de leur famille, à savoir :

Une société en grande mutation avec à la fois :

- le règne de la consommation dans tous les domaines : « on prend, on jette, sans forcément de besoin ou de désir »,

- la mondialisation des images et des échanges sur internet, consacrant les principes d'immédiateté et d'intolérance aux frustrations et aux différés,

- un affaiblissement des relais sociaux, avec depuis ces dix dernières années, le constat d'une diminution des contributions des « entremetteurs » sociaux, sportifs et associatifs en matière éducative et sociale, auprès des jeunes et de leurs familles,

Un contexte économique et social défavorable aux publics les plus fragiles :

- des parents très démunis, en grande difficulté dans leur devoir de protection et d'éducation auprès de leur enfant,
- des jeunes en grande souffrance psychique.

Des systèmes institutionnels sociaux, médico- sociaux et sanitaires, encore trop cloisonnés et rigides :

- des établissements qui se jugent incompétents face aux demandes de prise en charge de ce public particulièrement difficile,
- une grande difficulté « à travailler ensemble », avec une certaine propension à refuser ou se défaire des prises en charge les plus difficiles,
- le cloisonnement des différentes filières de prise en charge, générant des difficultés d'articulation entre les institutions concernées par la prise en charge des mineurs les plus en difficulté.

Une tendance à la rigidification des positions et attitudes des adultes, en charge des jeunes, avec un recul du seuil de tolérance des institutions dans les prises en charge de ce public difficile et perturbateur. Avec pour exemple, les exclusions des dispositifs de prise en charge, tant sociaux, que médico-sociaux ou hospitaliers ou scolaires.

Des établissements scolaires, particulièrement les collèges, en difficulté tant en territoire rural qu'urbain.

La problématique des jeunes en grande difficulté bien connue : en effet cette thématique a donné lieu à une kyrielle d'études et de rapports, mais également a été abordé dans nombre de schémas, particulièrement nourris et précis, tant au niveau des problématiques que des propositions.

Des restrictions de budgets préjudiciables à la qualité des prises en charge sociales, médico sociales, sanitaires et scolaires des enfants et à la démarche préventive, sachant que l'éducation et le soin ne peuvent faire l'épargne de relations interhumaines réelles, quels que soient les progrès des moyens de communication.

§1 - Les facteurs constitutifs de blocages dans les prises en charge de mineurs en grande difficulté

A. Les difficultés de mise en œuvre des décisions de la C.D.A.P.H., relatives à l'orientation des mineurs en établissements médico-sociaux

Il a été largement débattu du problème posé par l'absence de mise en œuvre des décisions d'orientation de la C.D.A.P.H., pour les mineurs accueillis en MECS, en familles d'accueil, en lieu de vie ou structures expérimentales, non équipés pour offrir des prises en charge spécialisés adaptés a leurs besoins.

FICHE 1 : Données statistiques

Constats :

Les données de la DEF de la Gironde, concernant les mineurs confiés au Conseil général, au titre de l'ASE et en attente d'une prise en charge spécialisée, mettent en évidence une problématique récurrente, ci-dessus évoquée.[41].

Par ailleurs, les données sur le sujet au niveau des différents acteurs intervenant auprès de ce public sont peu nombreuses.

Propositions :

- améliorer le recueil de données en matière des décisions de la C.D.A.P.H. au niveau de leurs délais d'exécution, du nombre de refus formulés par les établissements médico-sociaux et de leur motif et ce, aux fins d'une analyse des mises en œuvre de ces décisions.

[41] *Supra* page 151

- systématiser au niveau de la DEF, le suivi des enfants sans affectation en établissements médico-sociaux et de ceux exclusivement accueillis en structures médico-sociales.

- travailler à l'harmonisation des rapports annuels d'activité, en matière de données relatives aux jeunes en grande difficulté, tant au niveau des établissements que des familles d'accueil et des services d'A.E.M.O. / A.E.D. et S.A.R.A. Parmi lesquelles les données relatives aux entrées et aux sorties, en provenance des établissements médico-sociaux à intégrer dans IODAS (système d'information de la DEF /DGAS).

Cette démarche contribuera à :

- Une meilleure connaissance de ce public, afin de suivre ses problématiques et ses évolutions.
- Une adaptation des réponses départementales aux problématiques liées à la prise en charge de ce public.

FICHE 2 : Difficultés de mise en œuvre des décisions de la C.D.A.P.H[42] au niveau les orientations des mineurs en établissements médico-sociaux

Constats :

Sur le sujet, les constats se sont portés essentiellement sur :

- Les difficultés tant des usagers (problème relevé par l'U.D.A.F) que des partenaires, à pouvoir joindre des interlocuteurs directs à la M.D.P.H., au sujet de leurs demandes

La Maison Départementale des Personnes Handicapées (M.D.P.H) rappelle qu'elle gère un nombre impressionnant de demandes de droit ou de prestations : 70 000 demandes en Gironde, 8 744 décisions concernant des mineurs et jeunes âgés de 20 ans révolus. (Chiffres donnés lors de l'audition de juin 2011).

Pour répondre au problème soulevé, la M.D.P.H. réfléchit à sa restructuration avec la création d'un pôle plus administratif, destiné à optimiser l'accueil téléphonique, prendre les messages et orienter vers la bonne personne. L'idée de référents thématiques fait également son chemin, mais la mise en œuvre d'un tel projet est rendue complexe car sa réalisation ne peut se faire qu'à moyen constant ; tous les renforts sont donc à trouver dans les ressources propres de la M.D.P.H. Cependant, la possibilité pour les demandeurs de recevoir des explications sur les prestations, leur est offerte au moment où ils viennent chercher leur dossier.

- Des lenteurs dans le traitement des dossiers de demande d'orientation en établissements spécialisés adressés à la M.D.P.H.

Sur ce sujet, la M.D.P.H. fait état de ses difficultés et soulève le problème posé par des dossiers incomplets au niveau des éléments médicaux. Pour rappel, le dossier de la M.D.P.H. comprend, dans les documents indispensables à la recevabilité du dossier, un certificat médical présentant tous les éléments nécessaires à l'évaluation médicale. A cet égard les médecins de la M.D.P.H. indiquent qu'au-delà d'un diagnostic, (qui parfois, parce qu'il est générique, va être peu signifiant), il appartient au médecin de décrire précisément les manifestations d'une pathologie et son retentissement sur le quotidien de la personne.
Le plus souvent il est signalé un retard scolaire, des troubles de comportement peu définis. La résistance des médecins à poser un diagnostic, peut s'expliquer par leur souci de ne pas inscrire l'enfant dans une pathologie stigmatisante. Or, l'imprécision des diagnostics génère de fait, des orientations inadaptées, dommageables à l'intérêt du mineur. Les trois médecins de la M.D.P.H. (dont 0.2 E.T.P. de pédopsychiatre) ne peuvent pallier ce problème, le diagnostic ne relevant pas de leurs missions.

Des demandes de renouvellement de prises en charge ou de réorientation des établissements médico-sociaux sont adressées trop tardivement et massivement, en fin d'année scolaire.

- Des difficultés dans la mise en œuvre des décisions d'orientation de la C.D.A.P.H. en établissements médico-sociaux, particulièrement en I.T.E.P.[43], avec des délais d'attente qualifiés d'insupportables tant pour l'enfant que pour sa famille.

Les difficultés évoquées proviennent essentiellement :

---

[42] Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées.

[43] Les I.T.E.P. : Instituts Éducatifs Thérapeutiques et Pédagogiques, sont des structures médico-sociales qui ont pour vocation d'accueillir des enfants ou des adolescents présentant des difficultés psychologiques dont l'expression, notamment les troubles du comportement, perturbent gravement la socialisation et l'accès aux apprentissages.

→ *Des refus des établissements médico-sociaux, du fait du manque de places.*
Du point de vue de l'A.R.S, ce manque chronique de places est questionnant, sachant que la Gironde est le département le mieux doté de France, en places d'I.T.E.P. L'A.R.S. interroge le « turn-over » des mineurs accueillis dans ces établissements. Elle considère qu'un certain nombre d'enfants pourraient relever de M.E.C.S. Or paradoxalement la D.E.F, par défaut de places en I.T.E.P., accueille des enfants soit en M.E.C.S., en famille d'accueil ou en Lieu de Vie d'Accueil / Structures Expérimentales. Si les M.E.C.S. se sont engagées dans un processus d'adaptation de leur projet d'établissement aux besoins des enfants dont les plus difficiles, leurs prises en charge ne sauraient se substituer à celles des I.T.E.P., dotés de personnels spécialisés.

→ *Des refus des établissements à accueillir des mineurs en raison de leurs trop grandes difficultés*, faute de personnel compétent. Ce problème occupe une place notable, parmi les difficultés repérées dans le dossier « des mineurs en mal de protection ». Quand bien même l'on puisse entendre, les difficultés des I.T.E.P., (cf. fiche prise en charge en Etablissement Médico-sociaux) la décision de la C.D.A.P.H. s'impose aux établissements, mais ni la M.D.P.H., ni l'A.R.S. ne se considèrent compétentes pour faire appliquer ces décisions aux chefs d'établissements qui les refusent.

Les textes applicables à cette question sont les articles L 116-9 du CASF et L 351-2 du Code de l'Eduction ainsi que l'article D 312-59-14 du Code de l'Action Sociale et des Familles.

De ces différents textes il ressort clairement que les décisions prises par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées s'imposent aux directeurs d'établissements (Article L351-2 du Code de l'éducation al. 2).Ceux-ci sont non seulement tenus de la respecter (« Le directeur prononce l'admission de l'enfant ou de l'adolescent conformément à la décision de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées » l'indicatif présent indique un impératif) mais ils doivent dans les 15 jours informer la commission des suites réservées à sa décision (Article D312-59-14 du CASF alinéa 1er).

S'il estime que la décision est inopportune au regard de l'intérêt de l'enfant, le directeur de l'établissement peut seulement donner son avis à la commission, sans que cette démarche ne puisse faire obstacle à la mise en œuvre de la décision de la CDAPH , comme le précise très clairement l'article D. 312-59-14 du CASF, dans son alinéa 3 [« Les démarches mentionnées à l'alinéa précédent (position de l'établissement et information de la MDPH) s'effectuent dans le respect des dispositions de l'article L. 351-2 du code de l'éducation selon lequel « La décision de la commission s'impose aux établissements … » et ne peuvent faire obstacle à la mise en œuvre de la décision visée au second alinéa dudit article »].

L'A.R.S. considère que la M.D.P.H. est en charge de l'effectivité des décisions. L'A.R.S., garante de la santé et du bien-être des mineurs accueillis, finance et contrôle les établissements. Dans le cas d'un refus d'un établissement d'accepter une orientation qui lui est faite, l'A.R.S. essaie de comprendre les raisons de ces refus. Mais une inspection dans un établissement ne peut se décider qu'à partir d'un dysfonctionnement patent ou un faisceau d'indices de dysfonctionnement. Pour l'A.R.S., la création des postes de coordonnateurs, au sein de la M.D.P.H. va donc dans le bon sens, ces coordonnateurs étant chargés de suivre l'effectivité des décisions et de gérer les situations complexes. Les coordonnateurs permettent aux intervenants de se rencontrer et de dégager des propositions qui seront faites à la C.R.D.P.H.

Les motifs des refus d'admission des I.T.E.P. des grands adolescents, seraient à mettre en lien avec le fait que l'habilitation de ces établissements, ne va pas au-delà de 16 ans, difficile dans ce cas de procéder à un accueil d'un jeune, dont la durée de séjour sera réduite.

→ *Des contradictions* constatées au niveau d'une part, d'un manque de réactivité de la M.D.P.H. à la déclaration des places disponibles, donnée par les établissements et d'autre part, des refus des établissements, à procéder à des admissions considérées prioritaires par la M.D.P.H., sur ces places disponibles au motif des trop grandes difficultés des mineurs.

<u>- Un manque d'établissements spécialisés pour accueillir des enfants atteints d'autisme ou de troubles apparentés, qui fait cruellement défaut en Gironde.</u>

Les avancées de la M.D.P.H. :

Sur ces différents constats, la dynamique mise en œuvre par la M.D.P.H est à souligner, avec :

-.des efforts de communication auprès de ses partenaires, tels que la D.E.F, l'Éducation Nationale, les M.D.S.I.

- une démarche d'état des lieux en 2010, en partenariat avec l'A.R.S., le Conseil général, l'Éducation Nationale, les établissements, les associations gestionnaires d'établissements sociaux et médico-sociaux, en vue de repérer, la nature des problématiques,

- des liens étroits entre la M.D.P.H. et les enseignants référents de l'Éducation Nationale. L'enseignant référent informe, conseille, aide les parents ou les représentants légaux de l'enfant, mais également les équipes enseignantes (de la maternelle au lycée) pour toute démarche vers la M.D.P.H. Depuis la rentrée de septembre 2011, les enseignants référents, en capacité de connaître l'état d'avancement du dossier; assurent un lien permanent avec la M.D.P.H. Ils sont les correspondants privilégiés de l'équipe pluridisciplinaire de la M.D.P.H. Ils représentent le lien fonctionnel entre l'équipe de suivi de la scolarisation et l'équipe pluridisciplinaire de la M.D.P.H,

- un travail de la part de la M.D.P.H., sur des indicateurs d'urgence, dans les orientations des enfants en établissements médico-sociaux,

- la création, d'un poste de coordinateur ciblé sur le suivi des décisions de la C.D.A.P.H. ainsi que le suivi des situations complexes, adultes et enfants. Même si une grande partie de ces situations concernent aujourd'hui les enfants, il intervient sur les deux champs,

- la mise en place de l'E.P.E. (Équipe Pluridisciplinaire d'Évaluation) des situations complexes, qui concerne les enfants et adultes, devrait commencer à fonctionner en septembre 2012,

- le projet de création d'une instance, spécifiquement dédiée aux situations les plus inextricables des mineurs, en collaboration avec l'A.R.S., et les partenaires concernés : Éducation Nationale, pédopsychiatrie, D.E.F., P.J.J., établissements sociaux et médico-sociaux, dans l'objectif de faire évoluer la situation des enfants handicapés en Gironde. Cette instance constituerait une plus value avec un premier examen des situations complexes, suivi d'un deuxième examen, en vue d'une décision spécifique, s'imposant aux établissements. Ce projet de commission, qu'il convient préalablement de travailler en articulation étroite avec l'A.R.S., constituerait une avancée pour les situations les plus problématiques,

- le suivi en ligne de l'état d'avancement des demandes, sera opérationnel à compter du dernier trimestre 2012.

Propositions :

- adopter un règlement des procédures de saisine de la M.D.P.H. pour l'ensemble de ces décisions, diffusable largement et opposable à tout demandeur, en prenant en compte un calendrier pertinent pour fluidifier les demandes,

- constituer des groupes de travail sur l'utilisation actuelle des I.T.E.P., leurs agréments, l'âge du public, leurs articulations avec les hôpitaux spécialisés et les hôpitaux de jour, leur projet d'établissement, dans un souci d'adaptation aux besoins du public accueilli,

- offrir en l'adaptant, une mesure d'aide éducative à domicile, aux familles dont un enfant handicapé est en attente de l'exécution d'une décision d'orientation de la C.D.A.P.H. en établissement médico-social, et ce afin de soutenir parents et enfant, dans l'attente d'une admission,

- créer des places pour l'accueil des enfants atteints d'autismes ou de troubles apparentés, en établissements spécialisés,

- améliorer l'effectivité des décisions de la M.D.P.H., en organisant des groupes de travail avec les acteurs concernés A.R.S., M.D.P.H. et les services du Conseil général, les représentants des établissements médico-sociaux, sur la portée des textes juridiques et sur les processus de mise en œuvre des décisions de la C.D.A.P.H.

Le recueil des éléments d'information nécessaire au suivi des décisions de la C.D.A.P.H. a été conçu et présenté aux établissements au cours de 2 réunions les 19 et 27 juin 2012. Les premiers tableaux ont été envoyés dans le courant de l'été aux établissements pour les enfants et à la fin de l'année pour les adultes.

B. Des systèmes institutionnels sociaux, médico-sociaux et sanitaires, encore trop cloisonnés.

Parmi les causes de blocages institutionnels, ont été évoqués, au cours des auditions, les problèmes posés par la spécialisation des établissements sanitaires et médico-sociaux avec les cloisonnements qui en découlent. La catégorisation des établissements rend difficile la prise en compte des problématiques multiples des mineurs

les plus en difficulté et peut expliquer, en partie, l'embarras des établissements devant de telles prises en charge.

FICHE 3 : Les prises en charge en établissements médico-sociaux

Constats

Les orientations en I.T.E.P. :

- des directeurs d'établissements déplorent des dossiers d'orientation incomplets, minorant trop souvent la nature des problématiques réelles du mineur, avec des omissions volontaires ou pas, quant à leurs difficultés ou leurs passages à l'acte. Autant de raisons susceptibles de mettre à mal, les personnels, même pour les plus aguerris d'entre eux, ou insécuriser, les enfants et adolescents pris en charge,

- des orientations inadaptées vers les I.T.E.P. pour des enfants présentant des difficultés d'ordre psychiatrique importantes. Se pose alors un problème de moyens, les I.T.E.P., ne sont pas « outillés » pour prendre en charge ces situations psychiatriques : temps de psychiatre et de psychologue, insuffisant, (bien souvent, il n'existe pas de poste d'infirmier), et par ailleurs les prises en charge conjointes avec les hôpitaux de jour sont rares,

- des manques de places pour répondre à l'ensemble des orientations en I.T.E.P. Or le département de la Gironde concentre cependant 10% de la capacité nationale en places d'I.T.E.P., ce qui interroge sur le manque de places évoqué,

- des places vacantes dans les I.T.E.P., du fait de l'absence des mineurs au sein de l'établissement pour des raisons diverses : fugues prolongées, hospitalisations ou exclusions temporaires. Administrativement la place reste affectée aux jeunes en question, mais le prix de journée ne peut pas être facturé par l'établissement sur toute la période d'absence. Pour autant l'A.R.S. dit rester vigilante à l'équilibre budgétaire des établissements, qui selon elle, restent peu impactés par ces situations.

Les prises en charge en I.T.E.P. :

Ce type de prise en charge n'est pas sans susciter différents commentaires des chefs d'établissements.

Au niveau des jeunes :

- Une aggravation des problèmes sociaux, familiaux et psychologiques des jeunes accueillis. Ils sont de plus en plus en souffrance, en situation d'échec et de grande fragilité. Ils ont connu pour bon nombre d'entre eux, la maltraitance, l'exclusion des systèmes scolaires ordinaires. En difficulté de réflexion, ils ont bien du mal à envisager un quelconque projet tant sur le plan personnel, scolaire, professionnel ou celui des loisirs.

- Des jeunes en refus de soins, nécessitant une mobilisation des ressources internes pour les aider à s'exprimer (recours aux médias artistiques par exemple).

- Des passages à l'acte violent sur eux mêmes, à l'égard de leurs pairs ou des professionnels, voire sur le matériel, qui ne vont pas sans perturber la communauté des enfants accueillie et appelle une mobilisation forte et contenante des équipes éducatives.

- Peu ou pas de sorties des rares établissements ouverts 365 jours par an, le week-end, eu égard à leurs problèmes psychiatriques, ces jeunes demeurent donc en permanence en milieu institutionnel.

- Des perspectives d'autonomie après 21 ans très réduites.

- Des différences d'évolution entre les enfants accueillis de façon précoce et les enfants admis, plus tardivement dans les I.T.E.P., qui laissent à penser que la prise en compte des difficultés des enfants doit advenir le plus tôt possible, dans le parcours de l'enfant.

Au niveau des établissements *:*

- L'inadaptation de la structure pour certains mineurs ne supportant pas la collectivité, contraints à vivre en groupe, par défaut d'une autre solution. Pour ces enfants, l'accompagnement doit être plus soutenu, mais se pose le problème des effectifs en personnel.

- Une attention à porter aux fugues des mineurs des établissements, car les fugues constituent des situations à haut risque : avec des mises en danger (prises de toxiques, réseau de prostitution).

- Le constat d'un fréquent désengagement des partenaires, à l'origine des orientations suite aux admissions des enfants.

- Des difficultés à mettre en œuvre l'accueil séquentiel.

- Un éclatement des prises en charge du fait du manque d'internat en I.T.E.P., de leur fermeture le week-end et une partie des vacances scolaires, occasionnant de trop nombreux déplacements du jeune.

- Un déficit de temps de professionnels de santé (infirmière, pédopsychiatre), au sein des I.T.E.P. pour prendre en charge les mineurs.

- Des contraintes budgétaires pesant sur les établissements générant un souci permanent d'occuper le nombre de places et une gestion du personnel en flux tendu.

Au niveau institutionnel :

- Une dérive actuelle constatée par l'A.R.S. sur une utilisation des I.T.E.P. comme des établissements relais à l'hospitalisation psychiatrique des jeunes, qui mérite d'être contenue.

Au niveau des accueils relais, prévus pour répondre aux situations de crise :

- Les hôpitaux de jour ou hôpitaux spécialisés peuvent être amenés à prendre en charge le jeune, en crise au sein de l'établissement, mais ces structures sont le plus souvent saturées.

- L'Ermitage Emmaüs, détenteur d'une habilitation A.S.E., est considéré comme une structure pertinente, dotée d'un dispositif d'accueil simple et efficace ; le jeune est reçu « tel qu'il est ». Encore faut-il qu'il soit confié aux services de l'enfance du département.
S'ils constituent une réponse précieuse, ces accueils demanderaient à être développés.

Les différents constats énoncés sont partagés par le représentant du comité technique des M.E.C.S., M.E.C.S. qui accueillent (tout comme les assistants familiaux ou les L.V.A. : Lieux de Vie et d'Accueil) des mineurs, confiés à l'A.S.E., dans l'attente de leur orientation en établissements médico-sociaux, sachant que leur vocation n'est pas de recevoir ce public, par défaut d'une prise en charge spécialisée.

Les pédopsychiatres, quant à eux, témoignent des changements dans la population des I.T.E.P., depuis 1975. Les passages à l'acte revêtent des formes plus aiguës : un ou deux jeunes en difficulté peuvent mettre à mal tout un établissement : sécurité renforcée, annulation de sorties collectives, par exemple, sont autant de dispositions susceptibles de modifier les prises en charge des autres mineurs.

Ces jeunes les plus en difficulté, ne sont jamais à la bonne place, en M.E.C.S. quand ils devraient être en I.T.E.P., en I.T.E.P. quand ils devraient être en M.E.C.S., en I.T.E.P. quand ils devraient être en hôpital de jour.

Propositions :

Ces propositions relèvent de plusieurs domaines *:*

Au niveau interinstitutionnel :

- créer un comité technique des établissements médico-sociaux, animé par la délégation territoriale de l'A.R.S. afin de :

→ développer le réseau des établissements, dans une démarche de mutualisation de moyens,

→-favoriser les bonnes pratiques,

→ développer des procédures d'admission communes,

→ proposer des actions de formation inter-établissements,

- instaurer des rencontres entre les protagonistes départementaux de la Protection de l'enfance, du médico-social, du social et du sanitaire, coordonnées par la délégation territoriale de l'A.R.S., le Conseil général, la P.J.J., afin de réduire les méconnaissances mutuelles des champs d'intervention, de s'enrichir de compétences plurielles, construire des initiatives innovantes et travailler la place des parents dans les prises en charge,

- effectuer une étude croisée de plusieurs échantillons de population :

→ un échantillon de mineurs, bénéficiant d'une décision d'orientation non mise en œuvre,

→ un échantillon de mineurs, pris en charge en I.T.E.P,

→ un échantillon de mineurs, bénéficiant d'une mesure de protection de l'enfance et d'une prise en charge médico-sociale et ou sanitaire non mise en œuvre.

Afin de :

- clarifier l'usage fait des places en I.T.E.P. en Gironde et de l'adéquation des projets institutionnels aux besoins des mineurs,

- procéder à l'analyse des modalités d'admission en I.T.E.P. et d'en fixer les procédures communes,

- procéder à l'analyse des modalités d'admission en Protection de l'enfance (M.E.C.S., I.T.E.P.) pour ce public,

- organiser un dispositif interinstitutionnel, permettant d'ajuster au mieux, les prises en charge aux besoins des mineurs,

- optimiser l'accompagnement des mineurs auteurs et victimes de violences sexuelles, dans les prises en charge sociales, médico-sociales et sanitaires,

- organiser une réflexion sur la place des parents, dans les prises en charge éducatives, médico-sociales et sanitaires de mineurs et jeunes majeurs.

Certaines de ces préconisations ont été inscrites dans le Schéma Départemental conjoint de la prévention et de la Protection de l'enfance, de la jeunesse et de la famille et dans le Schéma Régional d'Organisation Médico-sociale (S.R.O.M.S.).

Recommandation n°13 :
L'ODPE recommande le développement d'un réseau entre les établissements médico- sociaux, *via* la création d'un comité technique pour harmoniser les pratiques.

Au niveau de l'A.R.S. :

- donner une suite positive aux demandes d'extensions d'agrément des I.T.E.P. accueillant des 12 /14 ans, pour leur permettre d'accueillir un public de 14 à 18 ans.

Recommandation n°14 :
L'ODPE recommande l'extension des agréments des I.T.E.P., accueillant des 12 /14 ans, pour leur permettre d'accueillir aussi, un public de 14 à 20 ans.

- réaliser un travail de recherche en lien avec la M.D.P.H. sur la localisation des territoires les plus en demande d'admissions en I.T.E.P.

- développer des accueils temporaires pour pallier les situations de crise :

Avec l'organisation d'accueil temporaire en urgence à activer, lorsqu'un jeune « explose », la solution idéale serait celle d'un accueil relais éducatif et thérapeutique, une structure, en capacité d'accueillir des jeunes gens en crise, ouvert 24h/24.

Cette forme d'accueil serait une des réponses à la gestion des situations difficiles. Elle permettrait à l'institution de « souffler ».

L'A.R.S., rappelle l'existence d'un cahier des charges sur le sujet. Un appel à projet a été lancé, mais n'a donné lieu qu'à lune seule candidature, non retenue. Mais de nouveaux appels à projet, pourront être lancés, car le besoin a été recensé, et jugé nécessaire. En attendant la création d'une telle structure, une réflexion sur le sujet est en cours au niveau de l'association A.I.R.E, sur le plan national :

- répondre aux besoins en internat, notamment pour les filles, dans les I.T.E.P.,

- réaliser une étude de parcours des enfants, accueillis en I.T.E.P, afin de mieux les connaître et mieux prendre en compte leurs besoins,

- pallier le déficit de réponses au niveau des jeunes majeurs, au sortir des établissements médico-sociaux, en créant des places et en travaillant les orientations en amont des limites d'âge,

- créer de petites unités pour accueillir les enfants en attente d'admission en I.T.E.P., en articulation avec les I.T.E.P., ou encore, compte tenu des orientations effectives dont bénéficient les enfants, créer un I.T.E.P. relais, qui assurerait leur prise en charge, dans l'attente de leur affectation.

Recommandation n°12 :
L'ODPE recommande la mise en place de mesures transitoires pour les mineurs, en attente de l'exécution d'une décision d'orientation de la C.D.A.P.H et /ou pour les jeunes en situations de crise, avec des accueils temporaires de type relais éducatif et thérapeutique ouvert 24h /24 ainsi que des petites unités d'accueil soir et week-end, dans le cadre d'une mutualisation de moyens, entre les MECS et les établissements médico-sociaux.

FICHE 4 : Les prises en charge pluri-institutionnelles

La spécialisation des structures médico-sociales, voire sanitaires, avec la catégorisation des publics qui en découle, constituent *ipso facto*, une source de blocage, dans les prises en charge des mineurs en grande difficulté, dont les problématiques plurielles appellent des prises en charge combinées entre le social, le médico-social, le sanitaire et l'Éducation Nationale.

De l'avis des pédopsychiatres : ces prises en charge partagées ne constituent pas en soi, un problème, au contraire, les réponses concertées, les accompagnements partagés, les prises en charge conjointes, évitent de développer chez le jeune le fantasme de sa propre emprise sur les professionnels ou de celle des professionnels sur lui-même, (tête-à-tête dangereux), limitant ainsi sa dépendance et sa propension à « monter les professionnels les uns contre les autres ». L'important est l'accord et la concertation. Ces prises en charge combinées doivent donc, être pensées et structurées, dans la construction du projet pour le jeune, d'un point de vue éducatif, social, médico-social, sanitaire et scolaire. Cette type de prise en charge, demande une plus grande transversalité.

Il s'agit de parvenir à faire travailler des structures d'institutions différentes, ensemble. Ne pas chercher des solutions bricolées, mais parvenir à construire un vrai parcours avec différents acteurs, en amont des périodes de crise, en prenant en compte tous les éléments de la situation du mineur. Il faut admettre que certains enfants doivent bénéficier, très tôt, de prise en charge transversales, compte tenu de leur problématique et des lourdes carences éducatives de leurs parents.

Constats

- Des difficultés de coordination inter partenariale autour des situations difficiles, avec une complexité pour les professionnels de l'enfance à construire des prises en charge multiples et coordonnées, nécessaires aux mineurs cumulant des difficultés de plusieurs ordres.

- Des prises en charge multiples intéressantes, sont observées çà et là, mais essentiellement autour des situations de crise. Leur cadre est fragile : tout est encore affaire de volonté individuelle, de liens partenariaux privilégiés. Il s'agit le plus souvent de prises en charge sous forme de séquences dont les durées parfois très réduites, occasionne un planning de la semaine de l'enfant fragmenté, des problèmes de déplacements, de la fatigue et des efforts d'adaptation du mineur aux changements de lieux et d'équipes.

- Des résistances de certains I.T.E.P. à s'engager dans des prises en charge en séquentiel, par crainte d'un risque de déséquilibre budgétaire de l'établissement.

Propositions :

Il s'agit donc, au travers de ces prises en charge multiples d'utiliser la palette des possibilités offertes dans les champs du social, du médico-social du sanitaire, de l'enseignement, comme d'une boite à outils ; et ce afin de construire un parcours adapté aux besoins du jeune, permettant si nécessaire, de glisser d'une prise en charge séquentielle, à une prise en charge articulée avec d'autres. La nécessité de cette nouvelle forme de prise en charge aurait été portée au niveau national et un travail serait à l'œuvre sur ses modalités de financement. (Suivre par ailleurs les travaux du cabinet de Madame Monchan sur un dispositif associant I.T.E.P., S.E.S.S.A.D., placement familial.). Cette formule représente une opportunité de déspécialisation des structures et un décloisonnement institutionnel, favorable à la prise en charge des mineurs les plus en difficulté. Pour l'accompagner, la commission propose une réflexion interinstitutionnelle sous l'égide de l'A.R.S. et du Conseil général afin :

- d'encourager et de suivre les expérimentations en cours entre établissements sociaux et médico-sociaux et sanitaires, en veillant à :

Étudier les variétés de formes de prises en charge multiples : sous ses différents aspects dans un souci de cohérence des parcours de ces jeunes les plus fragiles.

Favoriser les temps de rencontres entre intervenants, car, quand les jeunes mettent les professionnels à l'épreuve de la tentation de les abandonner, l'articulation entre les différentes institutions ainsi que la continuité du suivi est indispensable. Ces réunions sont des temps de cohérence, profitables aux situations à venir.

Organiser la coordination institutionnalisée, autour de ce public de jeunes en grande difficulté, qui fasse lien, articulation, passerelle, solidarité entre les différents dispositifs, et ce autour du département, chef de file de la Protection de l'enfance et de la P.J.J.

Formaliser la coordination des institutions appelées à travailler ensemble au travers de l'élaboration de conventions multi-partenariales.

Caler les modalités de désignation du service référent fil rouge.

Organiser les modalités et aménagements nécessaires à la mise en œuvre des prises en charge partagées au niveau des établissements.

Mais la commission insiste particulièrement sur la nécessité :

- de favoriser la création indispensable du H.A.T.I. (Home d'Accueil Thérapeutique Intersectoriel) cf. fiche 6 du présent document : santé mentale infanto-juvénile et jeunes adultes.

Cette fiche est à mettre en lien avec : Fiche D 22 : « Répondre aux doubles prises en charge médico-sociales et sociales », du Schéma Départemental conjoint de la prévention et de la Protection de l'enfance, de la jeunesse et de la famille 2012/2016 : cf. Annexe 6

FICHE 5 : La Cellule de Suivi de l'Accueil Immédiat (C.S.A.I.)

La C.S.A.I. a été créée en fin d'année 2007, dans le cadre des préconisations du Schéma départemental de prévention de protection de l'enfance, de la jeunesse et de la famille, à partir de la cellule de veille éducative co-animée par la D.E.F. et la P.J.J.

La C.S.A.I. est constituée de 14 membres, appartenant à différentes institutions :

D.E.F. : Pôle Missions Spécifiques / C.D.E.F.,
P.J.J. : Direction Départementale, P.E.A.T., C.P.I.,
M.D.P.H.,
Foyer Quancard,
Services d'A.E.M.O., à tour de rôle,
Emmaüs l'Ermitage,
Secteurs psychiatriques hospitaliers (à tour de rôle),
Lieux de Vie (à tour de rôle),

M.E.C.S. (de permanence sur le protocole d'accueil immédiat),
S.D.A.F.,
Éducation Nationale.

Sont examinées dans cette instance les situations complexes d'enfants accueillis, pour lesquelles se pose un risque de rupture de placement. Il s'agit d'éviter ainsi des placements au C.D.E.F. en urgence, sachant que cet établissement souffre aujourd'hui d'une saturation de son dispositif de prise en charge.

Les missions de la CSAI :

- anticiper les difficultés de prise en charge avant l'activation du protocole d'accueil immédiat,
- rechercher un moyen concret et coordonné de sortie du CDEF ou du Centre de Placement Immédiat de la P.J.J., pour les situations qui bloquent le dispositif immédiat après leur mise en œuvre.

Tout service détient la possibilité de saisir cette instance laquelle, il convient de le préciser, ne possède pas de pouvoir de décision.

A observer que la C.S.A.I examine peu de situations de la P.J.J., qui intervient dans cette instance, au titre de l'expertise.

La C.S.A.I. se réunit une fois par mois, et examine les situations (trois environ) dont elle est saisie *via* une fiche de liaison. Après examen de la situation sont dégagés, des axes de travail ; la mise en œuvre des axes est l'objet d'un suivi de la C.S.A.I.

La C.S.A.I., s'inscrit dans une volonté de décloisonnement des institutions, dans les situations complexes. Cette instance a produit des effets positifs de cette instance sur le développement du partenariat. La CSAI a examiné 12 situations individuelles en 2011. A noter parmi ces situations, celles des mineurs accueillis en placement familial qui deviennent majoritaires, le plus souvent en attente d'une affectation en établissement médico-social,(I.T.E.P., I.M.E., I.M.PRO.), ou d'une prise en charge hospitalière de moyen, voire de long séjour, en psychiatrie infanto juvénile ou jeune adulte.

Au-delà de son activité en lien avec la CSAI, le Pôle Missions Spécifiques de la DEF, est régulièrement interpellé, tout au long de l'année, pour une centaine de situations, par les inspecteurs de la DEF, les professionnels de l'Enfance, la M.D.P.H., le Centre de Crise pour Adolescents de Charles Perrens, la structure expérimentale d'Emmaüs Ermitage à Martillac (accueils de mineurs en séjour de rupture)…, en vue de réorientation des mineurs. Ce service est sollicité pour du conseil technique ou des recherches de solutions.

Constats

Un contexte défavorable à la prise en charge des jeunes en grande difficulté avec :

- les refus de certains I.T.E.P. d'accueillir des mineurs orientés par la M.D.P.H. : la solution de l'accueil forcé pose problème, quand sont attendues des orientations préparées, dans l'intérêt du mineur,

- un déficit de lits en pédopsychiatrie pour les moins de 15 ans et trois mois : est évoqué le problème des admissions aux urgences pédiatriques, de mineurs de plus 15 ans et 3 mois, soit : 30 jeunes par an. Ces jeunes gens sont conduits dans ce service par la police, en crise aiguë, dans un contexte de rupture familiale ou une rupture d'accueil en M.E.C.S. Ces jeunes qui présentent des troubles graves y sont accueillis, faute de places au S.E.C.O.P., (Service d'Évaluation de Crise et d'Orientation Psychiatrique) de l'hôpital Charles Perrens.
Le S.E.C.O.P. est réservé aux mineurs de plus de 15 ans et trois mois, en attente si besoin d'une prise en charge dans le service du centre de crise pour adolescents qui accueille des mineurs de 12 à 18 ans.

- un nombre de places, en hôpitaux de jour jugé, insuffisant, eu égard aux besoins,

- une trop grande spécialisation des structures médico-sociales voire sanitaires, responsables de la catégorisation des publics accueillis, quand les problématiques plurielles nécessiteraient des prises en charge globales avec des personnels pluridisciplinaires.

- le C.D.E.F., saturé par des orientations en établissement médico-sociaux non réalisées, ne peut pleinement assurer ses fonctions d'accueil, d'observation, d'orientation. Malgré la mise en place d'un dispositif d'accueil immédiat en articulation avec les M.E.C.S. (système d'astreintes au niveau des de ces établissements), le C.D.E.F. reste en difficulté pour répondre aux accueils en urgence.

- La C.S.A.I. en situation d'essoufflement avec :
    - des difficultés à réunir l'ensemble des membres de la C.S.A.I. Il en résulte un déficit de relais préjudiciable aux recherches de solutions.
    - un questionnement quant à la légitimité des décisions de la C.S.A.I. : à quel titre sont présents les membres de la C.S.A.I. ? Au nom de qui s'expriment-ils ? Une clarification à ce niveau semble indispensable.
    - un manque de formalisation du travail en réseau, trop dépendant des volontés individuelles.

Propositions :

- Faire évoluer la C.S.A.I. dans sa composition, ses missions et sa structuration, en vue de lui apporter une efficacité optimisée,

  Cf. : FICHE C.S.A.I., issue de l'étude conjointe D.E.F. / P.J.J. de 2007/2009, relative aux jeunes en très grande difficulté, réalisée par la D.E.F. et la P.J.J. de la Gironde : Annexe 2 du présent rapport.

  Cf. Fiche D24 : « améliorer l'accompagnement des mineurs en mal de protection » du Schéma Départemental conjoint de la prévention et de la Protection de l'enfance, de la jeunesse et de la famille : Annexe 3 du présent rapport.

- Légitimer les participants institutionnels de cette instance et garantir la mise en œuvre des décisions de la C.S.A.I., à défaut de leur opposabilité.

- Organiser la coordination institutionnalisée, autour de ce public, avec élaboration de conventions partenariales.

- Relancer la création indispensable du H.A.T.I.[44].

Des propositions du Schéma Départemental conjoint de la prévention et de la Protection de l'enfance, de la jeunesse et de la famille, vont dans le sens d'une évolution positive de cette instance. Il conviendra de les prendre en compte.
De l'avis de tous les acteurs concernés, les prises en charge des jeunes en difficulté nécessitent un travail d'articulation de tous les intervenants. Les magistrats insistent sur l'importance du « fil rouge » à désigner dans chaque situation et l'information à faire au jeune, sur ce qui s'élabore autour de lui.

FICHE 6 : La santé mentale infanto juvénile

Le problème des « enfants en mal de protection » n'est pas nouveau, mais il est aujourd'hui majoré, dans les pays développés, par la modification des sensibilités des adultes vis-à-vis de ces adolescents. Aujourd'hui, si l'on admet qu'il existe des adolescents en difficulté : entre la normalité et la pathologie, l'évolution des savoirs n'a pas encore été intégrée. Il faudrait améliorer le partage des connaissances sur le sujet.

Les dispensaires d'hygiène mentale infantile, à leur création, avaient pour public, des enfants âgés de 6/12 ans, plus tard ils prirent en charge des bébés et enfin des adolescents, et ce à moyen constant.
L'activité de ce secteur de soins a doublé en l'espace de 10 ans :

- 1992 : 198 000 consultations.
- 2002 : 403 000 consultations.

Des changements se sont également opérés dans les prises en charge des hôpitaux de jour qui recevaient initialement les enfants psychotiques.

---

[44] Cf. fiche D 23 du Schéma Départemental conjoint de la prévention et de la protection de l'enfance, de la jeunesse et de la famille : Le H.A.T.I.

N.B. : cette fiche à mettre en lien avec :
La fiche 2 : les difficultés de mise en œuvre des décisions de la C.D.P.A.H.,
La fiche 3 : les prises en charge en établissements médico-sociaux,
La fiche 4 : les prises en charge pluri-institutionnelles.

Si l'accès aux soins, du fait de la création de ces différentes structures et services s'en est trouvé facilité, aujourd'hui, ce secteur de soins, est gravement embolisé.

Deux focales relatives aux caractéristiques de ce public, ont été présentées, au cours de ces auditions :

- la première focale émane du Centre de crise pour adolescents (chiffres recueillis lors de l'audition en 2010) :

Ce centre a une vocation départementale. Il accueille les enfants des deux sexes, de 12 à 18 ans, qui souffrent de troubles de comportement mais pas de psychoses. Ce ne sont pas des adolescents qui viennent d'I.M.P. ou d'hôpitaux de jour, ni des adolescents déficitaires ; ces adolescents, qui mettent gravement en jeu leur intégrité physique et morale, viennent surtout des I.T.E.P., « blessés par la vie » avec des syndromes post-traumatiques, qui peuvent parfois aller jusqu'au délire. Parmi ces adolescents :

37 % d'entre eux qui font une tentative de suicide, ont subi une agression sexuelle :

80 à 90 % des adolescents accueillis, ont été victimes de maltraitance au sens général. Le dévoilement de ces agressions advient, le plus souvent, à l'apparition des troubles du comportement de ces jeunes gens.

A l'évidence, la prise en charge de la maltraitance sexuelle reste encore à travailler. Si l'adolescent est dévoilé comme étant un auteur de maltraitances, il devient « éjectable ». S'il est dévoilé comme victime, il fera l'objet de compassion mais non d'une véritable prise en charge. La prise en charge assurée par l'A.G.E.P. ne concerne qu'un petit nombre de victimes et seulement, en parallèle à une procédure judiciaire.

- La seconde focale est celle portée par le Centre ABADIE qui présente les caractéristiques suivantes des jeunes hospitalisés :
  - âge moyen: 14-16 ans (pour les trois quarts), collégiens ou déscolarisés,
  - en souffrance psychique majeure, avec des difficultés identitaires, liées à leur propre histoire ou à celle de leurs parents,
  - 1/3 ont été victimes d'abus sexuels de la part d'un adulte,
  - parcours « apocalyptiques » depuis les 12 ans,
  - adoptés pour une partie d'entre eux,
  - en contestation du système scolaire,
  - en échec dans les dispositifs existants de l'Éducation Nationale, qu'ils jugent intrusifs et liberticides,
  - en crise : dépression, fugue, tentative de suicide, trouble du comportement alimentaire, abus de drogues…
  - précocité des troubles du comportement, avec manifestations diverses : dont les actes d'agir violent, les conduites à risques, la consommation de substances toxiques, les trafics de produits illicites, les fugues, la prostitution,
  - une sensibilité exacerbée qui peut les « mettre à feu et à sang ».

  Sur ce dernier point il convient d'évoquer les positions parfois inadaptées de l'adulte, génératrices de situation de crise chez l'enfant ou l'adolescent telles que :
  - des intrusions intolérables de parents, parfois gravissimes, dans le territoire du mineur
  - des confusions de places, des adultes et des enfants, au sein de la famille, provoquant chez le jeune un grand mal être, voire un comportement de violences auto ou hétéro-agressives,
  - un défaut de distance suffisante avec le mineur de la part de certains professionnels en charge des jeunes, pouvant générer des « clash » chez les jeunes,
  - des parents débordés, au point de ne plus savoir, quelles limites poser.

Constats

Le dispositif de soins en pédopsychiatrie et en psychiatrie jeunes adultes traverse une période de crise. Les constats suivants illustrent l'ampleur du problème.

Une grave insuffisance du nombre de pédopsychiatres en Gironde, tant dans le secteur libéral que public et des perspectives très préoccupantes sachant que 55 % des psychiatres sont âgés de plus de 55 ans. Parmi les causes de cette situation : le *numerus clausus*,

- 12 psychiatres sont formés chaque année, quand 30 seraient nécessaires avec l'idée fausse que : « plus on réduit l'offre, plus on réduit la demande »,

- la durée dissuasive de la spécialisation en pédopsychiatrie,

- une inégale et problématique répartition géographique des pédopsychiatres sur le département avec une implantation de ces spécialistes, sur des zones attractives, telles que la C.U.B. ou les villes balnéaires au détriment des zones rurales,

- une trop grande spécialisation de ces pédopsychiatres quand il conviendrait de sauvegarder une option plus généraliste, au regard de la restriction du nombre de pédopsychiatres,

- un manque de pédopsychiatres pour assurer en temps voulu, les expertises d'enfants victimes de sévices sexuels. Or ce travail d'expertise est précieux, pour permettre au terme de quelques entretiens, de déterminer les soins appropriés. Des expertises réalisées trop longtemps après les faits constituent un risque de réémergence de retour traumatique chez le sujet.

- des inter-secteurs de psychiatrie infanto-juvénile et jeunes adultes débordés, sollicités trop systématiquement par les travailleurs sociaux, les psychologues ou les personnels des établissements médico-sociaux. Il en résulte un déséquilibre entre l'offre et la demande préjudiciable à la prise en compte des situations, pour lesquelles, l'intervention pédopsychiatrique est indispensable. Sachant que les situations complexes sont particulièrement chronophages,

- des inégalités dans le traitement des urgences au niveau des inter-secteurs infanto-juvénile et jeunes adultes

Sur certains secteurs, les bébés et les enfants de moins de trois ans sont accueillis dans un délai maximum de 48 h et les adolescents, dans un délai maximum de 15 jours. Les services se positionnent alors dans une fonction de « dégagement ». Et parfois l'hospitalisation demandée initialement, ne s'avère pas nécessaire.

Sur d'autres secteurs, les délais pour obtenir une consultation en urgence, sont trop longs, aux dires des professionnels de l'enfance. Les M.E.C.S. et des I.T.E.P., par la voix de leur représentant au sein de l'O.D.P.E., confirment ce constat.

Les M.E.C.S. sollicitent ces services pour des mineurs très difficiles (présentant de graves troubles de la conduite) souvent en attente d'une orientation vers un I.T.E.P.

Les I.T.E.P., interpellent les services de pédopsychiatrie, pour des mineurs nécessitant des prises en charge partagées en hôpitaux de jour, qui dans les faits ne sont pas réalisés, par manque de places.

Ces établissements observent les changements à l'œuvre, dans les caractéristiques des enfants. La pédopsychiatrie confirme que la population des I.T.E.P., depuis 1975 a beaucoup évolué et que les passages à l'acte, des jeunes, revêtent aujourd'hui des formes plus aiguës.

Un secteur hospitalier spécialisé également très sollicité :

- la psychiatrie reste le dernier bastion, vers lequel s'adressent les travailleurs sociaux, dans les situations de crise des jeunes, quand aucune autre solution de n'est trouvée. Or, si l'hospitalisation est nécessaire, l'hôpital, une fois les soins apportés, ne peut pas assurer ensuite de l'hébergement. L'après hospitalisation demande à être préparée (prise en charge P.J.J., placements A.S.E., placements thérapeutiques …). Cependant la poursuite de certaines prises en charge n'est possible que dans le cadre d'une continuité des soins, ce qui n'est pas toujours le cas.

- des places insuffisantes dans les hôpitaux de jour et les hôpitaux de jour temps partiel (H.D.J.T.P.), avec des listes d'attente importantes.

- un dispositif A.F.T. : Accueil Familial Thérapeutique du Pôle de pédopsychiatrie sectorielle insuffisant, en nombre de familles d'accueil. Ces familles sont agréées par le Conseil général, employées par l'hôpital, avec un financement de la Sécurité Sociale. Elles bénéficient d'un soutien et participent au réseau pluridisciplinaire de prise en charge les adolescents en grande difficulté. (Une seule famille d'accueil thérapeutique, en Gironde, reçoit des adolescents du Pôle de pédopsychiatrie sectorielle ; en sus des 10 assistants familiaux du S.A.F.T. de l'Hôpital de Cadillac).

- l'absence d'un équipement mixte qui allierait éducatif et thérapeutique, offrant accueil et hébergement aux adolescents dont la pathologie nécessite un accompagnement spécialisé. (cf. projet du H.A.T.I. « Home d'Accueil Thérapeutique Intersectoriel »).

L'inexistence de clinique médicale et pédagogique, proposant soins et études, de type Jean Sarrailh (Aire-sur-l'Adour). L'activité médicale de la clinique s'adresse aux jeunes gens de 14 à 20 ans présentant des troubles psychiatriques, proposant de l'hospitalisation à temps complet, des hospitalisations de jour, des hospitalisations de nuit, une unité post aiguë (U.P.A.), un centre d'accueil thérapeutique à temps partiel et des consultations médico-psychologiques. L'activité médicale de la clinique est associée à un service des études, annexe de la

cité scolaire Gaston Crampe, qui dispense les *cursus* allant du collège à la terminale. Faute de cet équipement en Gironde, les prises en charge se font donc, hors Gironde, par défaut ou ne peuvent se réaliser, quand l'éloignement du jeune est contre indiqué.

Des jeunes en refus de bilan ou de soins psychologiques ou psychiatriques.

Les avancées :

Certaines avancées dans l'offre de soins en santé mentale infanto-juvénile en Gironde, sont à saluer :

- le projet d'ouverture d'une unité d'hospitalisation de 20 lits de mineurs de 7 à 16 ans en 2014, avec des interventions brèves, en articulation avec les structures sociales ou médico-sociales ou avec le Service d'Evaluation et de Consultation Psychiatrique.(SECOP). Le SECOP offrira des possibilités d'accueil en urgence, avec relais si besoin, par le Centre de crise et de soins spécialisés pour adolescents du Centre hospitalier Charles Perrens, dont, l'âge des enfants accueillis, baissera. Il s'agit donc d'une avancée, car à ce jour il n'existait pas à Bordeaux un accueil d'urgence en psychiatrie des mineurs, en dehors des urgences pédiatriques par défaut.

- la création récente d'une filière adolescents sur un Pôle de Pédopsychiatrie concernant 4 secteurs : Arlac, Talence, Biganos, ainsi que le centre de jour de crise pour adolescents de Charles PERRENS avec la constitution d'une équipe dédiée aux adolescents :

- la création au C.H.S. de Charles Perrens de la filière de prise en charge ambulatoire, comprenant une équipe de liaison (petite équipe : 8.3 équivalent tps plein, réactive aux besoins) et l'hôpital de jour. Public concerné : jeunes présentant une pathologie spécifique adolescente, des troubles de la conduite et non des suites de pathologie infantile.

Propositions :

Une liste conséquente à la hauteur des manques :

En matière de développement des moyens :

- faire remonter auprès de l'A.R.S., de l'O.N.E.D. et de la Défenseure des Enfants, le manque alarmant de pédopsychiatres et l'impérative nécessité d'une augmentation du nombre de spécialistes, formés dans la filière psychiatrique,

- pallier l'iniquité et l'insuffisance de l'offre de soins en santé mentale sur le territoire girondin, (cf. Schéma Régional d'Organisation Sanitaire S.R.O.S.),

- développer des places en hôpitaux de jour et en structures de moyens séjours, en vue de renforcer la chaîne de soins en pédopsychiatrie et psychiatrie jeunes adultes ; le but étant de mieux répondre aux besoins des jeunes, leur offrir un temps pour s'apaiser et permettre aux professionnels de construire ou d'adapter les prises en charge.

Recommandation n°15 :
L'ODPE recommande la création de places supplémentaires en hôpitaux de jour et en structures de moyens séjours, en vue de renforcer la chaîne de soins en pédopsychiatrie et ou en relais des prises en charge en médico-social.

- Finaliser le projet de Home d'Accueil Thérapeutique Intersectoriel (HATI) :
Ce projet a pour vocation d'offrir un accueil et un hébergement pour les adolescents dont la pathologie nécessite un accompagnement spécialisé. La prise en charge peut être souple et modulable en fonction du projet individualisé.
Ce dispositif de prise en charge à double financement (Aide Sociale à l'Enfance et assurance maladie) accueillerait des adolescents nécessitant séjour hospitalier et prise en charge éducative. Il constitue une alternative à des hospitalisations de longue durée, par ailleurs inadaptées.
Ce projet de Home Accueil Thérapeutique Interinstitutionnel très avancé il y a quelques mois, a échoué au moment de la transaction immobilière. Il est indispensable de relancer ce projet. (Cf. Annexe 4).

- Développer le dispositif dédié de l'A.F.T. : Accueil Familial Thérapeutique des Pôles de pédopsychiatrie sectorielle.

Recommandation n°16 :
L'ODPE recommande le développement du dispositif dédié de l'Accueil Familial Thérapeutique des pôles de pédopsychiatrie sectorielle.

- Créer une institution soins / études pour les adolescents en Gironde du type de la clinique Jean SARRAILH ou la clinique de SCEAUX en région parisienne.

- Créer une Maison des Adolescents en Gironde.

- Spécialiser l'accueil des mineurs abusés et abuseurs.

- Solliciter des positionnements institutionnels, devant la pénurie des moyens en pédopsychiatrie. La pédopsychiatrie doit-elle s'occuper prioritairement des situations les plus difficiles, à savoir les enfants et adolescents en risque majeur de construction psychique fragile ? Se pose alors le problème des prises en charge des situations moins préoccupantes ; par qui pourraient-elles être assurées ? Le recours aux psychologues constituerait une réponse, mais dans ce cas le coût de leurs consultations non remboursées, par la sécurité sociale, serait un problème pour les parents à faible revenu ; d'où la proposition de compenser la carence de pédopsychiatres, par le recours à des psychologues, *via* des conventionnements avec les inter-secteurs de pédopsychiatrie.

En matière d'optimisation des connaissances des acteurs de la Protection de l'enfance :

- Créer un séminaire sur la thématique de la spécificité de l'adolescence et notamment sa « non demande » afin de faire évoluer les pratiques d'intervention en pédopsychiatrie et psychiatrie jeunes adultes (renoncer à ce préalable de la mobilisation du jeune dans une démarche de soins).

- Développer des colloques thématiques en lien avec la Protection de l'enfance, destinés à un public pluridisciplinaire, car ce type de manifestation, compte-tenu des débats qui en résultent, produit souvent des effets positifs et agit sur les dynamiques inter-partenariales.

En matière d'optimisation des modalités d'interventions des professionnels de santé auprès de ce jeune public et de ses parents

- Harmoniser les pratiques au niveau des inter-secteurs de psychiatrie infanto-juvénile dans le traitement des urgences, sachant que des efforts ont été réalisés pour réduire les délais de premier contact, devenu un indicateur de qualité au sein de l'institution hospitalière et sectorielle.

- Prendre en compte le pourquoi des souffrances parentales dans les consultations de pédopsychiatrie. Cette démarche s'avèrerait essentielle, et appellerait un changement radical de positionnement des pédopsychiatres.

- Développer des rencontres et partenariats entre les inters-secteurs de pédopsychiatrie et les professionnels de l'enfance (professionnels des M.D.S.I., médecins, assistantes sociales et infirmières scolaires, psychologues, médecins traitants, M.D.P.H…) pour travailler sur des situations qui posent problème, pour éviter des orientations en urgence vers la pédopsychiatrie et développer les prises en charge les plus adaptées (sociale, médico-sociale, éducative, sanitaire...).

En direction des professionnels de l'enfance :

Maintenir une vigilance tout particulièrement sur les enfants en souffrance et en échec scolaire et ce très rapidement avant la fin du C.P. L'évolution négative des enfants vers la grande difficulté, étant à craindre, sans une prise en charge rapide et adaptée.
N.B. : Cette fiche est à mettre en lien avec la Fiche 11 : Formation, du présent document.

FICHE 7 : Les mineurs délinquants

La commission « Mineurs en mal de protection » souhaitant compléter ses travaux sur le versant des mineurs délinquants, a sollicité la P.J.J., qui a réalisé cette fiche.

S'agissant de mineurs faisant l'objet de mesure de justice, il convient de souligner le principe de l'unicité de l'adolescent, et de la continuité du parcours.

Ses agissements, comportements et difficultés donnent lieu à une réponse judiciaire, réponse qui par nature est susceptible d'évoluer. Ce choix d'évolution fait partie intégrante de l'action éducative.

Suivant la nature des agissements et la lecture que le magistrat en fait, le dossier sera traité en assistance éducative ou au titre de la délinquance.

Il peut tout à fait, arriver que les deux fondements existent simultanément, en référence à des missions différentes (hébergement et peine par exemple, ou hébergement et milieu ouvert).

La PJJ intervient tant par ses services publics que par des services du secteur associatif habilité justice. Ceux relevant de l'habilitation justice article 375 du code civil, feront l'objet d'une approche conjointe avec le Conseil général. Ceux qui relèvent d'une habilitation justice et d'une habilitation justice article 375 du code civil et d'une habilitation au pénal au titre de l'ordonnance 45, peuvent faire l'objet d'une habilitation conjointe ou exclusive de la P.J.J. selon le type de mission.

Constats

Mise en échec des institutions dans un certain nombre de prises en charge complexes des mineurs les plus en difficulté dans le département de la Gironde

Ce sont tout d'abord les agissements des mineurs confiés, qui semblent être à l'origine des difficultés de l'intervention. Ces difficultés sont communes à plusieurs institutions, puisqu'elles concernent en partie un public identique : comportements violents, addictions variées et associées (alcool, cannabis, médicaments, informatique). Il peut s'agir également de l'interdiction de fumer dans les établissements, qui n'est pas respectée, même si on en comprend les raisons. Cette remise en cause de l'interdit n'est pas toujours simple, et elle peut être cependant une quasi-nécessité (dans certaines conditions dans des établissements de placements, ou en maison d'arrêt).

Le mineur est rarement acteur de sa guérison, puisqu'il est tout occupé à l'expression de son mal être. Comment entendre et attester les difficultés qui sont présentées pour passer à autre chose et mobiliser ses compétences de résolution. Il faudra rendre acteur de son histoire, un mineur, qui un moment, se définit uniquement comme victime ou auteur.

Ensuite, les difficultés peuvent tenir à l'environnement immédiat des mineurs. Faire participer la famille au développement de l'intervention éducative (même si la loi de 2002 en précise l'obligation), n'est pas toujours simple. Il y aurait pourtant là une manifestation d'intérêt de la famille pour ce qui arrive au mineur. Il est nécessaire que les professionnels en soient convaincus, au risque de cristalliser la faille entre la famille et les mineurs suivis.

Enfin les collaborations des services et institutions doivent être à dimensions variables : elles peuvent être bilatérales, d'un service éducatif avec un service hospitalier, par exemple ; elles peuvent faire l'objet de protocoles interservices, d'un schéma conjoint. La taille et le nombre de partenaires, ne vont pas produire les mêmes effets. Il importe de s'interroger sur la fonction, la mission et la capacité de réaction des réunions, protocoles, groupes de travail mis en œuvre. La dimension groupale ne doit pas exclure le travail de proximité et de partenariat à tenir.

Des blocages dans les articulations interinstitutionnelles :

Le portage politique des décisions et relations est prépondérant. C'est un facteur parfois négligé, où l'on compte sur la motivation, la personnalité, la reconnaissance des acteurs, certes productive, mais qui a ses propres limites. Le besoin d'intervention clinique ou éducative, croise celui de l'intervention institutionnelle ou du projet global porté par les directions.

Le niveau d'échange des interlocuteurs est plus ou moins productif d'une bonne accroche.

Un m□decin ne r□pond pas toujours facilement ˆ une demande □ducative. Est-il d□ailleurs le niveau d□interlocuteur requis, ou faut-il en mobiliser d□autres ?

Ce n□est pas la collaboration entre institutions qui pose probl me, mais ce qui produit cet entre deux, ce qui fait lien. Peut- tre y aurait-il ˆ envisager plus souvent des accompagnements multiples, dont les □bonnes pratiques □seraient valoris□es et rep□r□es.

Les intervenants du Conseil g□n□ral (pr□vention et protection), interviennent aupr s d□un nombre important de mineurs. Avec la loi de 2007, il est important de repr□ciser les places de chacun, de r□instaurer des lieux d□□changes et de red□finir les bons niveaux des interlocuteurs en fonction des questions abord□es.

Dans toutes les institutions, la question des places disponibles est r□currente. C□est vrai pour le placement administratif, judiciaire au civil et au p□nal. La P.J.J., avec son secteur exclusif □tat, a augment□ son offre. Les r□ponses des M.E.C.S. sont rares au p□nal. La dur□e des placements et les objectifs des placements r□alis□s au regard d□une rotation possible des places, est ˆ interroger.

Il est observ□, une □ □tanch□it□ □ forte de la prise en charge dans le cadre de la d□linquance vers la prise en charge au titre de la Protection. On peut, en effet, avoir un placement au civil et une mesure d□accompagnement au p□nal, le placement n□□tant pas une sanction.

Lorsque des jeunes sont connus par la P.J.J., il est quasiment impossible d□avoir un suivi M.D.P.H., ou en I.T.E.P. Les listes d□attente sont toujours r□actualis□es et les candidatures retard□es.

L□incarc□ration des mineures ˆ la maison d□arr t de Gradignan se r□alise dans le quartier femme. Les conditions d□incarc□ration seraient ˆ am□liorer dans le sens de leur socialisation et de leur projet de sortie.

Le suivi de mineur isol□ □tranger est probl□matique. La prise en charge dans le cadre d□une d□cision au titre de l□Ordonnance de 1945, ne suffit pas seule ˆ assurer la totalit□ de la prise en charge et notamment le volet des soins Il y a une question nationale sur le traitement de ce public et de sa prise en charge. Si la pr□sence sur le territoire est un droit, le droit au suivi social, m□dical, □ducatif doit tre le m me pour tous.

Propositions :

- R□interroger les pratiques de liens existants entre le secteur social et le secteur sanitaire en vue de formalisation si n□cessaire. Il s□agit de cr□er une v□ritable articulation entre institutions concern□es. Il convient en effet, dans les interventions des institutions de faire la part du niveau d□implication de chacun. L□impossible ˆ prendre en charge ne saurait trouver sa solution dans la seule sant□ mentale.

- Int□grer dans les projets de service les questions d□organisation, de diagnostic, et d□autorit□ de r□f□rence afin de mieux prendre en compte les adolescents les plus en difficult□. Le comportement d□un adolescent doit pouvoir tre appr□ci□ de l□endroit o il se trouve, et pas uniquement de l□endroit o il est imagin□ qu□il devrait tre. L□analyse des situations devrait s□enrichir d□approches plurielles (grilles de lectures, r□f□rences th□oriques, prise en compte la notion du temps de l□intervention, et de sa dur□e dans le parcours d□un mineurÉ).

- □laborer des fiches navettes entre les institutions permettant de formaliser les prises en charge conjointes. Exemple : projet en cours 2012 de la P.J.J. : document de prise en charge conjoint entre h□bergement de la P.J.J. (Secteur public et S.A.H.) et milieu ouvert : exemple : h□bergement en famille d□accueil et suivi d□un contr□le judiciaire par une unit□ de milieu ouvert (avant jugement).

§2 - Des dispositifs de prévention et des dispositifs scolaires en direction des élèves en difficulté à renforcer

A. Les dispositifs de prévention

Au cours des auditions il a été relevé que l'état de grande difficulté n'advient pas *ex nihilo*, dans le parcours des mineurs. Si les dispositifs de protection sont questionnés, sont également interrogés les dispositifs à l'œuvre dans le champ de la prévention.

FICHE 8 : L'action préventive

Constats :

- Des dispositifs, coûteux et à l'efficacité réduite, d'actions de prévention primaire, ne ciblant pas nécessairement les publics les plus fragiles.

- Des résistances à engager des actions de prévention, en direction des populations les plus exposées à l'isolement, la précarité, les difficultés éducatives et psychologiques et de santé. Cette démarche ne s'inscrit pas, comme certains le craignent, dans une démarche de repérage visant une stigmatisation des enfants, mais bien au contraire, dans celle d'un soutien renforcé aux familles et à leurs enfants. Ne pas attendre, conseillent les pédopsychiatres, que « l'incendie soit déclaré, pour agir ».

- Un manque de structures légères pour accueillir, soutenir des jeunes en crise, en souffrance dans un contexte de conflit aigu entre le jeune et sa famille, de lieux où il serait possible de laisser se décanter la crise ; évitant ainsi un accueil en urgence (au C.D.E.F., en établissement ou en famille d'accueil.)

- un déficit de données relatives aux besoins des mineurs âgés de 7 à 12 ans et de 12 à 17 ans.

- l'inexistence fin 2011, d'une M.D.A. en Gironde.

Propositions :

Parmi les propositions sur le sujet, qui rejoignent largement les propositions issues des ateliers du Schéma conjoint de la prévention et de la Protection de l'enfance, de la jeunesse et de la famille, des propositions majeures sont élaborées :

En terme de recherches :

- recueillir et exploiter les données existantes dans le domaine sanitaire, social, psycho social, économique et environnemental concernant les jeunes publics,

- recenser la « littérature grise »* et l'exploiter[45],

- mieux identifier les facteurs de vulnérabilité des familles et leurs besoins.

Au niveau de l'action préventive :

- mettre en place des actions spécifiques auprès du public précité, prenant en compte leurs besoins préalablement recensés,

- renforcer les dispositifs de soutien à la parentalité, notamment en direction des parents de jeunes enfants, afin de les aider à se positionner avec cohérence dans leur fonction éducative,

[45] Document, produit à l'intention d'un public restreint, en dehors des circuits commerciaux de l'édition et de la diffusion et en marge des dispositifs de contrôle bibliographiques ». Exemples de littérature grise : rapports d'études ou de recherches, actes de congrès, thèses, brevets, etc.…
- développer les études épidémiologiques (trop peu nombreuses) sur les jeunes publics notamment les 7/12 ans (avec une attention particulière sur les enfants de CE1, CE2 et les jeunes de 12/17 ans, afin de mieux les connaitre et adapter les dispositifs les concernant.

- mieux repérer les conduites addictives et mieux faire connaître les dispositifs dédiés aux problématiques d'addictologie dans le département.

Au niveau des équipements :

- Créer une Maison des Adolescents en Gironde.: les M.D.A. sont des lieux polyvalents où la santé est considérée à la fois dans sa dimension physique, psychique, relationnelle et sociale, éducative, où se travaille le développement du réseau avec l'ensemble des acteurs s'occupant d'adolescents sur un territoire donné. Les M.D.A. se proposent d'apporter une réponse globale aux adolescents, qui intègre ces différents aspects de leur vie. Elles offrent aux adolescents un accueil gratuit sur des plages horaires souples et adaptées. Elles s'adressent donc en priorité à des adolescents en proie à des difficultés faisant que leurs familles, les professionnels et les institutions atteignent, isolément, les limites de leurs compétences. Les adolescents peuvent y trouver une écoute, des informations, être accompagnés ou orientés en fonction de leur demande. Les M.D.A. s'adressent également aux parents d'adolescents. Elles ont pour mission de répondre à leur besoin d'information et d'accompagnement. Ces actions peuvent être individuelles ou collectives. Elles s'organisent en articulation avec les Réseaux d'Écoute, d'Appui et d'Accompagnement des Parents (R.E.A.A.P.), ainsi qu'avec les Points Info Famille (P.I.F.). Elles font des parents des partenaires privilégiés pour tout ce qui concerne la santé de leurs enfants. Les M.D.A. s'adressent également aux professionnels au contact des adolescents.

- Créer un lieu d'accueil, s'adressant à des jeunes en crise, en période de grand mal-être, en conflit aigu avec leur famille, domiciliés chez leurs parents. Objectifs : éviter les passages à l'acte, les fugues du domicile familial, la mise en danger du jeune, mais aussi rétablir les liens parents-enfants, et ou si besoin travailler une orientation adaptée. Il s'agirait d'un lieu de type « *crisis house* », constitué d'un appartement offrant encadrement éducatif et sanitaire (médecin, infirmière psychiatrique), Ce dispositif ne devra pas se substituer aux accueils provisoires ou aux placements judiciaires.

Cette fiche est à mettre en lien avec la fiche 11 la formation et la fiche 10 la prévention de l'échec scolaire.

FICHE 9 : La prévention des conduites addictives

Parmi les composantes repérées des difficultés des jeunes : celles des addictions sont régulièrement évoquées par les acteurs de la Protection de l'enfance. Il est rappelé que les parents dépendants de toxiques ou d'alcool, exposent leur enfant à un risque accru de reproduction de l'addiction (cf. les situations d'initiations familiales, au niveau éducatif : la question de l'autorité, de la disponibilité, du contrôle…).

Constats

Les services d'addictologie ont été créés pour recevoir des personnes dépendantes (adultes et jeunes). Or les besoins d'accompagnement et de prévention concernent de plus en plus de jeunes et de mineurs.

Cela impose une adaptation des réponses (consultations jeunes consommateurs, antennes avancées en milieu scolaire, en P.A.E.J., en B.I.J., en Missions locales, en centres P.J.J., etc.…) et notamment une meilleure prise en compte des demandes des familles).

I - Etat des lieux en gironde :

Parmi *les consommations de substances* chez les jeunes, deux enquêtes TREND et ESCAPAD de l'Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies en Gironde font état de différents constats :

- L'alcool : sa consommation chez les jeunes en Gironde, se situe au dessus de la moyenne nationale, mais son usage régulier est en baisse ; en revanche multiplication des situations d'ivresse et de binge drinking[46] chez les jeunes filles.

[46] Le binge drinking, anglicisme que l'on peut traduire par « alcoolisation massive», « hyperalcoolisation », « intoxication alcoolique aiguë », « alcoolisation paroxystique intermittente » ou bien par « alcoolisme périodique », est un mode de consommation excessif de grandes quantités de boissons alcoolisées sur une courte période de temps, par épisodes ponctuels ou répétés. Ce type de comportement où l'état d'ivresse est recherché rapidement, est considéré comme une addiction ou une dipsomanie, dès lors que la dépendance à l'alcool sous forme épisodique est établie.

- Le tabac : pas de baisse du tabac chez les jeunes (achat du tabac en Espagne moins cher).

- Le cannabis : assez haut niveau de consommation en Gironde. L'âge de la première expérimentation est à 15 ans pour le cannabis ; problème de consommation du cannabis chez les filles plus expérimentatrices en Gironde.

- Les solvants : poppers dont la vente est redevenue légale : augmentation de poppers, chez les jeunes de 17 ans.

- La cocaïne : démocratisation des usages de cocaïne et rajeunissement relatif des consommateurs du fait de son apparition en milieu festif.

L'ecstasy : diminution de la consommation des comprimés d'ecstasy, mais augmentation de nouvelles drogues chimiques disponibles « designer drugs ».

- Les médicaments : consommation de psychotropes et d'amphétamines.

- Les addictions sans produit sont peu chiffrées, à noter que les usages numériques abusifs (jeux réseaux en ligne) constituent une préoccupation grandissante de l'ensemble de la communauté éducative. En effet, les jeux les plus à risques sont les jeux en réseau, ils sont très addictogènes. Ils peuvent mobiliser le temps des jeunes de manière exclusive au détriment de leurs autres activités scolaires et sociales.... En fait, peu de jeunes perdent vraiment le contrôle d'eux-mêmes, mais les plus fragiles, présentant des troubles de la personnalité, peuvent basculer : isolement, décrochage scolaire, phobie sociale, parfois dépenses massives et troubles des conduites avec même des violences.
La question de la surconsommation des jeux vidéo par les enfants et les jeunes est à mettre en lien avec les problématiques éducatives, qui demandent le développement d'actions de soutien des compétences parentales.

Les statistiques *:* relatives aux addictions sont à la baisse sur le plan national, mais pas en Gironde. Il est à relever que si les filles sont plus tardives dans leur consommation, elles rattrapent dans ce domaine, les garçons, à 15 ans.

Les lieux de grande consommation *:* deux grands espaces de consommations massives sont particulièrement observés car c'est en leur sein souvent, que commencent à apparaître de nouveaux produits ou de nouvelles pratiques : les espaces urbains (rue, squats, « manche »…) et festifs (concerts de musique « techno »), fréquentés par des jeunes très précarisés 15/25 ans, cumulant des vulnérabilités, souvent accompagnés de chien.

Qui sont ces consommateurs ? *:* Ils ont entre 15 et 25 ans : présence féminine en augmentation. Il n'existe pas de données permettant de repérer à quels milieux sociaux ils appartiennent, cependant le C.E.I.D. constate des similitudes dans leur parcours :

- des jeunes marginalisés en grande précarité, présentant des trajectoires douloureuses et chaotiques avec : maltraitance, abus sexuels, épisodes de stress post traumatique, ruptures familiales avec fugues, parcours d'errance rendant très difficile le suivi dans les prises en charge des mineurs, proximité avec des filières illégales (liens avec milieux du trafic de rue, de la prostitution…).
Le Centre Hospitalier Charles PERRENS doit prendre en compte cet aspect avec la création d'une équipe mobile précarité qui pourrait, en lien notamment avec les équipes du C.E.I.D., aller à la rencontre de ces jeunes peu demandeurs de soins psychologiques. Addiction avec poly consommation parmi lesquelles notamment les opiacés par voie injectable. Difficultés psychologiques. Troubles du comportement. Difficultés sociales et problèmes de logement.

-des réticences de ce public à entrer en contact avec les structures institutionnelles : « je suis contraint d'être à la rue, ou je choisis d'être à la rue » dans ce cas, choix exprimé d'un mode de vie marginal en refus de C.H.R.S. au motif que les chiens (« compagnons de galère ») n'y sont pas acceptés. D'où le projet spécifique Pro Domo présenté par le C.E.I.D. qui vise à proposer à ces jeunes un hébergement adapté avec accompagnement social.

-des jeunes, en manque de confiance vis-à-vis de l'adulte, perçu comme non fiable ; d'où le travail de mise en confiance à construire avec les professionnels éducatifs ou de santé.

- des élèves scolarisés, qui présentent, du fait de leur consommation de toxiques (cannabis notamment) des troubles cognitifs, des difficultés de concentration, des difficultés d'apprentissage, préjudiciables à leur scolarité.

Parents dépendants et risques pour les enfants : les parents dépendants de toxiques ou d'alcool, exposent leur enfant à un risque accru de reproduction d'addiction (cf. situations d'initiations familiales).

Approches systémiques et familiales : Dans les années 1970, l'enfant perçu comme victime de « mauvais parents » était séparé d'eux mais des études ont pu démontrer l'inefficacité de la « parentectomie », car rien des interactions familiales n'est alors traité. Aujourd'hui, en revanche est favorisé le travail de retissage des liens parents-enfants (autant que faire se peut) au travers de l'approche systémique et familiale.il s'agit d'étudier les interrelations familiales, le rôle de l'usage de drogues dans sa famille…, les tentatives de solution qui n'ont pas fonctionnées. Si la famille fait partie du problème, elle fait aussi partie des solutions. C'est ainsi que sur le plan pratique, les parents sont accueillis et pris en compte. On ne peut que se réjouir des grandes avancées à ce niveau. L'approche systémique et familiale est l'une des différentes approches utilisées pour répondre aux problématiques d'addiction.

II - Les dispositifs et réponses existants :

Des équipes offrant écoute, accompagnement et ou soins adaptés aux jeunes et à leur famille, dans une dynamique de prévention et de réseau parmi lesquelles :

- Les C.S.A.P.A. : Centres de Soins d'Accompagnement et de prévention en Addictologie, sont le pivot des soins aux personnes présentant des conduites addictives. Ce sont des équipes pluridisciplinaires, médico-psychosociales, qui proposent des soins de qualité et de proximité, inscrits dans la durée. Ces centres proposent donc des prestations d'appel et de prévention : douches, buanderie, échanges de seringues, entretien sans rendez vous avec une assistante sociale, un médecin. Ces centres ont une approche globale du jeune et travaillent, en lien étroit avec les clubs de prévention, mais aussi avec les organismes d'insertion, les arts de la rue, l'ancienne école du cirque …Il existe 3 C.S.A.P.A. ambulatoires en Gironde (C.E.I.D., Département du Centre Hospitalier Charles Perrens et A.N.P.A.A. - Association Nationale de prévention en Alcoologie et Addictologie-).

CAAN'ABUS : rue Sainte Colombe est une consultation dédiée aux jeunes et à leur entourage notamment familial, une évaluation de leur consommation et des risques d'aggravation de la problématique addictive du jeune et une aide adaptée. Les jeunes sont le plus souvent orientés par les parents, les enseignants, les éducateurs sportifs, les travailleurs sociaux … CAAN'ABUS qui délivre messages de prévention, réalise aussi des actions intensives ciblées.

Les C.A.A.R.U.D. : Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour les Usagers de Drogues concernent les jeunes en errance.

- Le Centre Hospitalier Charles Perrens vient de créer une équipe mobile précarité (E.M.P.P.) pour les usagers de drogues en situation de précarité et présentant des troubles psychiatriques associés,

- Les Clubs de prévention : ces équipes de rue, dans les situations de mineurs en danger interpellent les autorités compétentes, en vue d'assurer la protection des mineurs, sachant que les soins font partie des priorités dans les réponses à apporter à ce public.

- I.N.P.E.S. : action de travail de soutien à la parentalité.

- S.M.P.R. : Service Médico-Psychologique Régional : ses missions : évaluation et suivi psychiatrique et addictologique, au niveau des publics incarcérés (Maison d'arrêt de Gradignan) notamment pour usage de drogues.

A souligner le projet du C.E.I.D. de création des maisons relais en partenariat État, Mairie de Bordeaux et Conseil général, à destination d'une population de jeunes majeurs en errance : projet « pro domo » : un dispositif d'autonomisation et d'accès au logement durable.

III Des actions de sensibilisation, d'information ou de formation :

- La restitution du diagnostic C.E.I.D. en 2010 (publication rapport TREND-OFDT Bordeaux).

- Les campagnes de prévention organisées dans le cadre d'appels à projet nationaux (M.I.L.D.T. : (Mission Interministérielle de Lutte contre La Drogue et la Toxicomanie) ou locaux (G.R.S.P. – D.R.A.S.S.) sur les risques liés à la consommation du cannabis. Par exemple ont fait la preuve de leur efficacité sur la diminution des consommations. Les addictions constituant une grave problématique de santé, l'A.R.S. reprendra les appels à projet avec une volonté d'ouverture du partenariat.

- La formation des médecins généralistes au repérage précoce et aux interventions brèves en addictologie assurée par le réseau addiction Gironde et Renapsud).

- La plaquette d'information à destination des médecins généralistes : « agir 33 »

- Des interventions dans les établissements scolaires en lien avec la Mission Interministérielle de lutte contre la Drogue et la Toxicomanie (M.I.L.D.T.), les établissements et l'Inspection d'Académie.

Propositions :

Les actions de prévention des conduites addictives relèvent de deux compétences complémentaires : A.R.S. et M.I.L.D.T. :

La commission encourage les actions suivantes :

- développer les actions de sensibilisation et de prévention en direction de tous les parents sur la problématique des addictions avec ou sans produit, comme initiées dans le département par la M.I.L.D.T. : repérage de ces conduites, risques pour leurs enfants, conduites à tenir,

- relancer les campagnes de la M.I.L.D.T. sur les risques liés à la consommation d'alcool ou de cannabis chez les jeunes. La démarche préventive doit viser une information des parents et des enfants en vue de prévenir, de retarder la première consommation de produits toxiques, car plus la prise de produits chez les jeunes est précoce, plus les risques de dépendance sont graves,

- mieux faire connaître les structures dédiées aux problématiques d'addictologie : travail en cours de l'A.R.S., afin de permettre un meilleur repérage des structures C.S.A.P.A. par les acteurs de la Protection de l'enfance et en particulier les Consultations Jeunes consommateurs (CAAN'ABUS).

Recommandation n°9 :
L'ODPE recommande le maintien de la vigilance et la mise en réseau des différents professionnels autour des risques liés aux addictions chez les jeunes.

- maintenir et développer les actions de soutien à la parentalité notamment en direction des parents consommateurs dépendants de toxiques compte tenu des risques psycho sociaux et addictifs pour leurs enfants.

B. Les dispositifs scolaires en direction des élèves en difficulté

Au travers des différentes auditions, est apparu le rôle majeur de l'Education Nationale auprès des mineurs les plus en difficulté ; mais il convient de ne pas procéder à des amalgames ou généralisations hâtives des constats évoqués ci-après. Les établissements, responsables du jeune sur le temps scolaire, sont un haut lieu d'éducation (après la sphère familiale), d'apprentissage et de socialisation. La commission a ciblé les mineurs en souffrance, en difficulté ou refus d'apprentissage, relevant des établissements d'enseignement de premier degré, des collèges et des dispositifs d'accompagnement spécifique, internes à l'Éducation Nationale.

FICHE 10 : La prévention de l'échec scolaire

Constats

Certains établissements scolaires, particulièrement les collèges sont en difficulté, tant en territoire rural qu'urbain avec :

- des enseignants insuffisamment préparés, pour appréhender la souffrance psychique et les troubles du comportement des enfants, des enseignants déstabilisés par des adolescents réactifs, en refus des apprentissages et irrespectueux du cadre éducatif.

- de plus en plus entre les élèves eux-mêmes, d'actes de violences, d'incivilités (violences verbales, atteintes aux biens parfois violences physiques) commis par les collégiens ou encore par des enfants du primaire, en souffrance psychologique. Cette situation engendre un climat d'insécurité, au sein des établissements. A noter que les premières victimes sont en premier chef, les élèves bien avant les personnels de la communauté scolaire.

- une augmentation des situations d''absentéisme et de déscolarisation parmi les publics les plus fragiles : les enfants des gens du voyage, les enfants issus de famille culturellement très démunies et ce malgré la mise en place de dispositifs d'accompagnement spécifique internes à l'Éducation Nationale, ou externes (Comités Locaux d'Aide à la Scolarité (C.L.A.S.), Programmes de Réussite Éducative (P.R.E.) dans le cadre de la politique de la ville, Parcours Personnalisé de Réussite Éducative (P.P.R.E...).

- des manques de moyens humains auprès des enfants, au sein des établissements notamment au niveau des assistants d'éducation formés.

- la création de lieux de non droit dans certains établissements scolaires.

- des dispositifs pertinents internes à l'Éducation Nationale, insuffisants, voire en danger :

Le dispositif des R.A.S.E.D. en voie de disparition :

Les R.A.S.E.D. dispensent des aides spécialisées aux élèves d'écoles maternelles et élémentaires en grande difficulté. Ces aides sont pédagogiques ou rééducatives. Les R.A.S.E.D. renforcent les équipes pédagogiques des écoles. Ils les aident à analyser les situations des élèves en grande difficulté et à construire des réponses adaptées. Ils contribuent à l'aide personnalisée et à la mise en œuvre des programmes personnalisés de réussite éducative (P.P.R.E.). Les R.A.S.E.D. rassemblent des psychologues scolaires et des professeurs des écoles spécialisés. Ils sont membres à part entière de l'équipe enseignante des écoles où ils exercent. Ils interviennent auprès des élèves de la maternelle au CM2, en classe ou en petits groupes.

Remis en question depuis 4 ans, les R.A.S.E.D. ont été l'objet d'une injonction de fermeture. L'Inspecteur d'Académie, convaincu de leur intérêt, n'a procédé qu'à la fermeture de postes restés vacants ; mais les postes de maîtres G et E, ne pouvant plus être remplacés, sont appelés à terme à disparaître. A noter la perte de 70 emplois au total. Le manque de R.A.S.E.D. se fait particulièrement sentir sur les territoires ruraux. Il en résulte une baisse significative des prises en charge précoces. Or Il importe de repérer dès trois ans, les difficultés des enfants, afin d'encourager la famille à mettre en place les aides nécessaires, ou dans le cas d'un handicap détecté, travailler avec la famille une orientation spécialisée.

Les R.A.S.E.D. sont considérés par les enseignants, les équipes de santé mentale, mais aussi les professionnels de l'enfance, comme un outil de prévention particulièrement pertinent car il permet au plus tôt la prise en compte des difficultés de l'enfant : difficultés d'apprentissage avec retard de langage, socialisation difficile, manque d'autonomie, pauvreté du graphisme souvent liée à des troubles psychomoteurs. Les R.A.S.E.D. sont une interface productive de prévention, entre les enseignants et les professionnels de l'enfance. Une intervention rapide du R.A.S.E.D. aide l'enfant à se remettre à niveau et à poursuivre une scolarité classique. Certains enfants ont besoin d'être soutenus ponctuellement ou régulièrement dans des petits groupes avec des techniques mieux pensées et des enseignants formés.

Il y a fort à craindre, avec la disparition des R.A.S.E.D. que le repérage des difficultés des enfants avec les prises en charge et orientations qui peuvent en découler, ne se réalisent que trop tardivement, voire pas du tout.

Un manque de S.E.G.P.A. sur certaines zones rurales, notamment Libourne, Coutras, Sainte Foy la Grande avec une augmentation double des enfants en situation de handicap (liste d'attente significative). Mêmes constats sur le territoire du nord Médoc, zone sur laquelle des classes supplémentaires ont été créées, sans pour autant parvenir à combler les besoins. Au sein du collège, les Sections d'Enseignement Général et Professionnel Adapté (S.E.G.P.A.) accueillent des élèves présentant des difficultés d'apprentissage graves et durables, qui ne maîtrisent pas toutes les connaissances et compétences attendues à la fin de l'école primaire, en particulier au regard des éléments du socle commun. Les élèves suivent des enseignements adaptés qui leur permettent à la fois d'acquérir les connaissances et les compétences du socle commun, de construire progressivement leur projet de formation et de préparer l'accès à une formation diplômante.
Ce dispositif destiné aux enfants présentant un important retard scolaire a fait ses preuves, sachant que 100% des enfants de 3ème S.E.G.P.A. intègrent des lycées professionnels.

Une insuffisance de classes relais dans le département : il existe une seule classe relais (sur la Rive Droite) et 2 ateliers relais (Libourne et Bordeaux Nord) dans le département de la Gironde.
Les dispositifs relais (classes et ateliers) accueillent des élèves de collège, entrés dans un processus de rejet de l'institution scolaire. Ce rejet peut se traduire par des manquements graves et répétés au règlement intérieur, un absentéisme chronique non justifié, une démotivation profonde dans les apprentissages, voire une déscolarisation. Tout élève fréquentant un dispositif relais, a bénéficié au préalable de toutes les mesures d'aide et de soutien prévues au collège et reste sous statut scolaire.
Les objectifs de la classe relais sont : resocialisation et re-scolarisation, le retour dans la classe d'origine est le but premier. Un travail avec les familles et les collèges d'origine se poursuit, tout au long du séjour du jeune et

même au-delà. Pour les élèves plus âgés ou en grandes difficultés psychologiques, des réorientations sont possibles en : S.E.G.P.A., apprentissage, L.P., I.T.E.P., Hôpital de jour... Il s'agit d'une prise en charge temporaire (entre 6 semaines -minimum- et une année scolaire maximum, quand deux ans seraient nécessaires). Cette classe relais se voit contrainte à refuser les nombreuses demandes qui lui sont faites, faute de places suffisantes.
Aujourd'hui, la tendance est à remplacer les classes relais par les ateliers relais. Or ces deux dispositifs qui s'appuient sur un large partenariat dont les collectivités territoriales, ont fait leurs preuves et méritent tous deux, d'être développés sur l'ensemble du département.

Un manque de Pôles Relais Insertion : Il existe sur le département 22 P.R.I., pour une capacité d'accueil de 500 élèves. Le P.R.I. est un dispositif de mobilisation réservé aux élèves sans perspective. Il a pour mission de lutter contre les sorties prématurées et sans qualification du système éducatif. Il propose un accompagnement personnalisé du projet de formation professionnelle à des jeunes de plus de 16 ans, sortis depuis moins d'un an du système scolaire :

- en échec scolaire sans qualification, ni projet professionnel sortis prématurément du système scolaire, sans affectation scolaire compte-tenu de leurs notes insuffisantes (car les notes comptent dans un processus d'affectation),
- en risque d'abandon du système scolaire.

<u>- un problème de transport,</u> en zone rurale, auquel sont confrontées les familles en situation de précarité, aux prises à des difficultés pour assurer le transport de leur domicile au lieu de ramassage scolaire ou au lieu de scolarisation; il en découle des problèmes d'absentéisme.

-des enfants et des adolescents présentant à leur admission dans les M.E.C.S. et les I.T.E.P, des retards majeurs dans leurs acquis scolaires ; certains d'entre eux souffrant quasiment d'analphabétisme (constat des I.T.E.P. et des M.E.C.S.). La commission se questionne sur la logique de ne permettre qu'un seul redoublement scolaire aux enfants, quand leur niveau est très insuffisant pour un passage en classe supérieure. A cette question l'Education Nationale répond que les enfants doivent intégrer la classe avec des enfants de la même tranche d'âge, afin de pouvoir se socialiser avec des enfants de leur âge. Sinon, ils se retrouvent marginalisés. Ils doivent pouvoir intégrer les dispositifs internes à l'Education Nationale ou être orientés vers la M.D.P.H., en vue de bénéficier de prises en charge adaptées. Or force est de constater qu'un certain nombre d'enfants passe à travers les mailles d'une orientation nécessaire à leur évolution.

Deux explications possibles :

- Les enfants présentaient déjà des déficiences, durant leur scolarité du premier degré mais n'ont pas bénéficié d'une intervention du R.A.S.E.D., ou d'un repérage en temps voulu, qui aurait pu déboucher sur une scolarité ou une prise en charge adaptée. La disparition annoncée des R.A.S.E.D., dans ce cas, laisse craindre le pire.
- Les enfants avec des déficiences ont bénéficié d'une orientation vers la M.D.P.H. ou d'une proposition d'un accompagnement adapté, mais faute d'adhésion des parents, celle ci n'a pu se réaliser.

<u>- une nécessité de réajustement du travail partenarial entre l'Education Nationale et les M.D.S.I.</u> : il existe encore trop de représentations erronées des dispositifs de Protection de l'enfance, de la part des professionnels de l'Éducation Nationale. Cet état de fait, les amène à ne pas solliciter les M.D.S.I., par crainte d'un placement des enfants ou, au contraire à recourir de façon inadaptée à l'information préoccupante, quand une simple liaison avec la M.D.S.I. suffirait. Ce constat est questionnant, compte tenu de importance du travail réalisé et toujours à l'œuvre en la matière avec :

- l'élaboration et la diffusion par l'Inspection Académique de la Gironde, de deux guides techniques relatifs à la Protection de l'enfance, élaborés par le Service Social en Faveur des Élèves, le premier à destination à l'usage des chefs d'établissements du 2nd degré et le deuxième à l'usage des directeurs d'école du 1er degré,

- les liens développés entre les I.E.N., les Inspecteurs Enfance et les M.D.S.I., avec l'organisation régulière de rencontres avec les directeurs d'école et les R.A.S.E.D. afin de mieux expliciter les missions de prévention et de protection de l'enfance ; ce faisant travailler sur ces représentations erronées encore trop nombreuses. Il importe de noter la forte implication de l'Éducation Nationale, dans cette démarche, qui a donné comme consigne à ses cadres de faciliter ces rencontres.

<u>- des difficultés au niveau des équipes éducatives :</u>

- des différences dans le fonctionnement des équipes éducatives d'un établissement à l'autre.

- des hésitations des directeurs d'école à inviter aux réunions des équipes éducatives, les référents du S.D.A.F. et les parents dont les enfants sont confiés à l'A.S.E.

- une tendance des équipes éducatives à débattre des situations des enfants, les plus bruyants, qui perturbent le groupe. Or, une attention est également à porter aux enfants, qui ne font pas parler d'eux, mais, néanmoins en difficulté, voire en souffrance.

- des programmations d'équipes éducatives trop tardives pour pouvoir instruire un dossier d'orientation (sachant que, plus tôt ce dossier est instruit et adressé à la M.D.P.H., plus vite celui-ci a des chances d'être traité avec une perspective d'admission en établissement médico-social pour la rentrée scolaire suivante, dans le meilleur des cas).

- des M.D.S.I. sur certains territoires, sont informées trop tardivement des dates des réunions des équipes éducatives, pour pouvoir y participer. Sur le sujet, il convient de noter que, d'une manière générale les M.D.S.I., accordent une attention particulière à leur participation à ces instances. Les M.D.S.I. ont mis en place, depuis plusieurs années, des référents écoles (travailleurs sociaux) pour chaque établissement scolaire, en particulier dans le primaire afin de faciliter les échanges et articulations avec les équipes pédagogiques et permettre ainsi un travail de prévention précoce.

<u>- des orientations scolaires à deux vitesses</u> : un choix très réduit, en ce qui concerne, l'orientation des jeunes les plus en difficulté scolaire. Il en résulte des orientations par défaut, dans lesquelles les jeunes ne se retrouvent pas, d'où des situations d'échecs supplémentaires dans leur parcours.

<u>- une difficulté à dénombrer et connaître le nombre de tous les jeunes de moins de 16 ans, déscolarisés sur l'ensemble du territoire girondin :</u>
Les chefs d'établissement d'enseignement public et privé sous contrat, sont tenus de déclarer les enfants déscolarisés. Mais ce mode de recensement basé sur du déclaratif, demeure aléatoire, pour donner un nombre fiable des élèves déscolarisés de moins de 16 ans.

Pour les jeunes déscolarisés connus, de nombreux dispositifs sont sollicités pour leur apporter tant au sein des établissements qu'à l'extérieur, le soutien dont ils ont besoin. Pour autant, l'on peut être préoccupé par des situations, pour lesquelles aucune solution n'a pu être trouvée. Or ces jeunes doivent bénéficier d'un suivi adapté, car le décrochage scolaire a de très graves effets sur le parcours des mineurs. Aussi importe-t-il de les connaître en vue de les aider à se réinscrire dans le circuit scolaire ou de formation.

Les C.S.M.I., les M.E.C.S. et le C.D.E.F., les services d'A.E.M.O. rencontrent bon nombre de jeunes déscolarisés, certains d'entre eux qui ont déjà bénéficié de dispositifs de soutien, tels que les classes relais, se retrouvent sans aucune perspective. Les services d'A.E.M.O. témoignent des contacts qu'ils ont pu engager avec les services de l'Education Nationale, sans qu'aucune solution ne puisse aboutir.

Parmi les raisons des déscolarisations, l'exclusion de l'établissement scolaire, du fait du comportement perturbateur de certains jeunes est à prendre en compte. Une solution est recherchée avec une orientation vers les dispositifs de soutien existante ou encore une affectation sur un autre établissement. Ainsi donc, l'on doit donc pouvoir savoir ce qu'il devient de ces jeunes. Mais il peut arriver que la famille ou l'enfant refuse l'établissement proposé, sans pour autant en informer l'établissement d'origine.

La commission remarque que la décision d'exclusion pose problème, puisque *ipso facto*, ce sont les jeunes les plus en difficulté que l'on rejette ainsi du système éducatif. Sur ce sujet, les représentants de l'Education Nationale insistent sur l'importance du suivi réalisé, notamment auprès des élèves exclus des S.E.G.P.A. Il apparaît aujourd'hui aux dires des représentants de l'Education Nationale que la tendance, à l'exclusion des éléments les plus perturbateurs, décroit avec la prise de conscience que l'exclusion définitive en temps que sanction, constitue un risque réel de déscolarisation de l'élève.

Dans de rares cas, l'Inspecteur d'Académie peut prononcer une exclusion, dans le cadre d'une mesure conservatoire (nécessité de protéger le jeune et/ou la communauté scolaire).

<u>L'absentéisme scolaire :</u>

Les acteurs de la Protection de l'enfance ont formulé leur inquiétude quant au décret d'application de la loi visant à lutter contre l'absentéisme scolaire en suspendant ou supprimant les allocations familiales, publié le 24 janvier 2011. De l'avis de la commission, ce décret rigidifie les choses et ne va pas dans le bon sens. En cas d'absentéisme scolaire c'est-à-dire au moins quatre demi-journées sur un mois, le directeur de l'organisme

débiteur de prestations familiales est tenu de suspendre, sur demande de l'Inspecteur d'Académie, le versement de la part des allocations familiales dues au titre de l'enfant absentéiste. Dans les faits, si des suspensions ont pu être demandées, dès la parution de ce décret, on constate aujourd'hui de la part de l'Education Nationale, une attention particulière portée aux dossiers, avant de recourir à ce type de décision. Le Conseil général destinataire des signalements d'absentéisme scolaire (D.A.T.D.S.) a décidé de traiter ces situations dans le cadre de son travail de prévention habituel et de ne pas faire retour, comme cela était demandé, des évaluations à l'Education Nationale et à la C.A.F. dans le but de suspendre les allocations familiales.

En 2011, ont été signalées au Conseil général, 117 situations dans le 1er degré sur 127 543 élèves, 397 situations dans le 2ème degré sur 144 407 élèves soit au total : 514 situations sur 271 950 élèves en Gironde.

Un manque crucial d'internats scolaires publics au niveau des collèges : les internats font cruellement défaut en Gironde, notamment au niveau de la classe relais. On ne compte que deux internats publics : l'un au collège Eléonore de Provence à MONSÉGUR, l'autre à l'E.R.E.A. de Pessac, accueillant les enfants de S.E.G.P.A.

Les avancées :

On ne peut que se réjouir de la dynamique engagée par l'Education Nationale au niveau des mineurs en difficulté avec :

- son implication dans les différentes instances les concernant, mais également au niveau de l'O.D.P.E. et du Schéma Départemental conjoint de la prévention et de la Protection de l'enfance, de la jeunesse et de la famille.

- le travail réalisé et en cours, en matière de formation des équipes enseignantes, aux dispositifs de protection de l'enfance.

- le partenariat à l'œuvre entre les professionnels de l'Education Nationale et les M.D.S.I.

- la mise en place d'un dispositif engagé par l'Education Nationale, visant à lutter contre le décrochage et l'absentéisme scolaire ; organisant les prises en charge et aidant les jeunes à se réinscrire dans des parcours de formation et d'insertion si nécessaire. L'assiduité étant considérée comme la condition première de la réussite d'un élève. La lutte contre l'absentéisme scolaire doit donc mobiliser tous les membres de la communauté éducative. L'école, le collège et le lycée assurent la prévention, le repérage et le traitement des absences des élèves. L'Inspection d'Académie doit contrôler l'assiduité scolaire et compléter l'action des établissements. L'École se doit aussi d'instaurer un dialogue continu avec les parents d'élèves.
Un plan d'action est construit, afin de s'assurer qu'aucun jeune ne quitte le système éducatif sans suivi. Ce plan vise à mobiliser tous les acteurs afin d'aider ces jeunes à préparer leur entrée dans la vie active. A cette fin, plusieurs actions sont engagées, parmi lesquelles : la généralisation de l'utilisation de la mallette des parents (dont le contenu est à affiner), visant à améliorer le dialogue entre l'institution scolaire et les parents d'élèves, ou encore l'organisation de partenariat entre acteurs de l'éducation, de la formation et de l'insertion pour mieux accompagner les jeunes qui sortent du système éducatif sans solution. Il s'agit d'identifier plus tôt ces jeunes pour organiser leur prise en charge sans délai et les réinscrire dans des parcours de formation et d'insertion.

Propositions

- favoriser des effectifs raisonnables par classe, afin de garantir les bonnes conditions de mise en œuvre des missions d'enseignement et d'éducation,

-, développer et adapter les dispositifs spécialisés qui fonctionnent bien et dont on parle peu, tels que les R.A.S.E.D., les classes relais (en intégrant dans l'équipe un éducateur spécialisé), les S.E.G.P.A., les ateliers relais, destinés plus particulièrement aux jeunes sans formation qualifiante en décrochage scolaire, l'objectif étant de construire avec eux un projet d'insertion professionnelle. Ces dispositifs ont démontré leur pertinence et leur contribution positive à l'action préventive et aux missions de protection de l'enfance.

Recommandation n°5 :
L'ODPE recommande que soient préservés, développés et adaptés les dispositifs spécialisés tels que les R.A.S.E.D., les classes relais, les S.E.G.P.A., les ateliers relais, qui ont su démontrer leur pertinence et leur contribution positive à l'action préventive et aux missions de protection de l'enfance en Gironde.

- Implanter des internats de collège sur la couronne bordelaise et en milieu rural, ainsi qu'un internat au niveau de la classe relais. En effet, recourir à l'internat scolaire, permet de combattre le décrochage scolaire, de favoriser le « vivre ensemble » et les apprentissages sociaux, mais aussi de garantir un respect des rythmes de l'enfant et de l'adolescent. Il s'agit de construire, *in fine*, un plan de développement des internats scolaires au niveau des collèges sur le département Girondin. Mais il importe de veiller à ne pas concentrer dans un même internat, les mineurs pris en charge à l'A.S.E. Le public doit être mixé, afin de ne pas stigmatiser les enfants accueillis. De même, la taille de ces internats devra être étudiée et les trop grandes structures évitées, afin d'offrir des conditions de vie, propices aux acquisitions scolaires et à la socialisation des élèves.

Recommandation n°4 :
L'ODPE, bien que conscient des difficultés budgétaires auxquelles doivent faire face les collectivités locales, recommande l'implantation d'internats de collège sur la couronne bordelaise et en milieu rural, ainsi qu'au niveau de la classe relais.

- Maintenir et recruter des personnels sociaux, médico-sociaux, les assistants d'éducation, et les enseignants en nombre suffisant, et formés à la psychologie et aux problématiques de l'enfance et de l'adolescence.

- Mieux adapter les orientations scolaires et les formations aux attentes des jeunes, en prenant en compte leurs capacités réelles.

- Objectiver le phénomène de déscolarisation décrit au cours des auditions, par un dispositif de recueil de données, étendu à tous les établissements scolaires, en organisant un suivi coordonné entre l'Inspection Académique et institutions en charge des missions de prévention et de protection de l'enfance ,afin de favoriser soit la re-scolarisation, soit toute autre forme d'accompagnement adapté.

- Engager un travail de réflexion sur les équipes éducatives des établissements de premier degré, au niveau des modalités de partenariat entre le Conseil général et l'Éducation Nationale, aux fins d'une harmonisation de leur fonctionnement, sur le territoire girondin.

S'appuyer sur les T.I.S.F. intervenant auprès des familles, dans les situations de difficulté d'apprentissage scolaire des enfants. Ce travail doit se développer dans un souci d'articulation entre parents, T.I.S.F. et établissements scolaires.

- Pour les mineurs confiés à la D.E.F., systématiser les inscriptions scolaires des enfants en attente d'une intégration en établissement médico-social.

A l'instar des établissements sociaux, médico-sociaux et sanitaires, l'Education Nationale est amenée aujourd'hui à prendre en compte dans ses pratiques, les évolutions des enfants et adolescents qu'elle accueille au sein de ses établissements. C'est la raison pour laquelle il importe de continuer à associer les services de l'Inspection Académique aux groupes de travail, instances de réflexion et séminaires organisés sur la thématique des enfants et des jeunes en difficulté, dans le département.

C. La formation

Tout au long des auditions réalisées par la commission, la question de la formation a été régulièrement abordée. Cette formation est essentielle aux yeux des acteurs de la Protection de l'enfance, soucieux de renforcer leurs compétences.

FICHE 11 : La formation des professionnels

Constats

La complexité des prises en charge de ces jeunes en grande difficulté, par les professionnels de l'enfance (éducateurs, assistants sociaux, professionnels de l'Éducation Nationale, médecins spécialistes et généralistes, médecins P.M.I., puéricultrices…) n'est pas sans générer stress, découragement, épuisement, voire une certaine forme d'insécurité face aux comportements des jeunes qui vont très mal. Au cours des auditions, un certain nombre de constats ont été dressés :

- des professionnels insuffisamment formés et préparés tant au niveau de la formation initiale que continue dans les domaines suivants : développement psychologique et psychomoteur des enfants, difficultés et troubles de l'enfant et l'adolescent, signes de repérage des troubles de l'adolescence, les clignotants du mal-être de ces jeunes avec les conduites à tenir. En effet la connaissance de ces différents domaines permet aux professionnels de pouvoir et savoir développer une relation de confiance indispensable à la sécurité psychique du jeune.

- Des professionnels stressés, débordés, découragés, insécurisés.

- Des demandes de groupes de paroles et d'analyse de pratiques de la part des I.T.E.P., non prises en compte par l'autorité de tarification A.R.S. (à l'époque des auditions).

- L'absence de D.U. adolescents en Gironde, abordant à la fois l'angle clinique et celui de la protection, soit la psychopathologie de ces adolescents en souffrance (souvent en raison des maltraitances qu'ils ont subies) et les dispositifs de protection dont ils peuvent ou doivent bénéficier.

Propositions :

- Intégrer, en privilégiant les formations pluri-institutionnelles, dans la formation initiale et continue, des éducateurs, assistants sociaux, professionnels de l'Éducation Nationale, médecins spécialistes et généralistes, puéricultrices et autres professionnels concourant à la protection de l'enfance les thèmes suivants :
  - la psychologie et le développement de l'enfant et de l'adolescent,
  - problématiques psychosociales,
  - repérage des signes de souffrance, et de dépression chez l'enfant et l'adolescent,
  - les troubles psychologiques, les maladies génétiques, les troubles de l'attention des enfants précoces, de l'hyperactivité, l'impulsivité, les conduites à risques.
  - stratégies éducatives dans la prise en charge des adolescents violents,
  - les dispositifs de protection de l'enfance.

- Créer en Gironde un D.U. adolescents (un DU Protection de l'enfance, a été créé en octobre 2011 à l'Université de Bordeaux IV, ouvert en formation initiale et continue aux acteurs directs ou indirects de la Protection de l'enfance et à ceux qui veulent le devenir).

- Renforcer la formation des professionnels de l'enfance en matière de co-éducation, avec les parents, dans leurs prises en charge,

- Développer les groupes d'analyse de pratiques afin de soutenir les professionnels dans les prises en charge complexes.

- Organiser des colloques thématiques accueillant un public pluridisciplinaire : les Tribunaux pour Enfants, les Parquets des Mineurs, la Police ou Gendarmerie, médecins généralistes, pédiatres, pédopsychiatres, personnels de l'Éducation Nationale, travailleurs sociaux, personnels d'établissements sociaux, médico-sociaux et sanitaires, animateurs socioculturels et sportifs…., dans des domaines divers, tels que :

- Les stratégies de repérage des différents types d'addictions et conduites à tenir, avec présentation des dispositifs dédiés.
- La dépression chez l'enfant et l'adolescent (très difficile à reconnaître, le plus souvent soit sous-estimée parce qu'on l'assimile à la crise d'adolescence, soit au contraire surestimée).
- Les troubles anxieux.
- La phobie scolaire.
- Les tentatives de suicide.
- La révélation de la maltraitance.
- Les différents types de maltraitance.
- La question de la nécessité ou pas de soins.
- Les différents types de soins
- Les différents types de prises en charge en dehors de celles du sanitaire.
- La prise en compte des membres de la famille dans les différents accompagnements de l'enfant ou de l'adolescent.
- Les tentatives de suicide.

- en direction des parents : développer des actions de sensibilisation des parents aux problématiques adolescentes. (Le bon sens ne suffit pas pour orienter les réponses des adultes)

Conclusion :

Les personnalités auditionnées ont rappelé :

1 l'indispensable cohérence à apporter toutes institutions confondues dans les interventions auprès de ce public. La cohérence apportant le terreau pacifiant dont le jeune a besoin pour grandir.

2 l'importance de la vigilance des acteurs de la Protection de l'enfance, sur les points suivants :

- les risques afférents aux restrictions de budget, dans les politiques en faveur des mineurs et de leur famille de plus en plus exposés à l'isolement et la précarité. L'éducation et le soin ne pouvant faire l'épargne de relations interhumaines,

- l'importance des relais sociaux et associatifs, qui font lien autour des jeunes et de leurs familles en difficulté, qu'il convient de préserver en sécurisant leur situation financière.

- les nécessaires rapprochements entre institutions, afin d'enrichir les prises en charge de compétences et moyens pluriels, dans une synergie pluridisciplinaire, rassemblant les acteurs de la Protection de l'enfance de l'Education, du social, du sanitaire, du médico-social et du judiciaire.

3 les nécessaires dynamiques à mettre à l'œuvre au niveau de :

- l'évolution de notre système d'enseignement, en vue d'en faire un lieu privilégié d'éducation et d'intégration, de construction et de socialisation pour tous les enfants et adolescents.

- la prise en compte par l'A.R.S. des recommandations de l'O.D.P.E. en matière d'accès des enfants aux établissements médico-sociaux et d'accès aux soins en santé mentale de ce jeune public.

- la ré-interrogation, dans un souci d'optimiser l'action préventive, des différentes formes de soutien à la parentalité, et ce notamment durant la période périnatale et en direction des publics les plus fragiles.

La commission s'est attachée dans ces auditions à entendre les difficultés des différents acteurs. Ainsi a-t-il pu être mis en lumière des constats propres à mieux comprendre la nature des blocages institutionnels dans ce dossier, mais aussi à faire émerger des propositions susceptibles d'améliorer la situation des mineurs concernés. Les objectifs que s'était donnée la commission, ont donc été atteints.

Ce document présente de nombreuses propositions, qui tendent à apporter des réponses à la situation insupportable d'un certain nombre de jeunes dans notre département, mais aussi à sensibiliser les institutions aux efforts à développer dans le domaine de l'action préventive.

Certaines de ces propositions pourront être réalisées à moindre coût, d'autres *a contrario,* nécessiteront des efforts financiers des institutions concernées. Dans ce dernier cas, trois paramètres sont à prendre en compte : le premier est le coût humain de nos dysfonctionnements actuels sur les mineurs eux-mêmes, le second est le

coût financier de nos réponses inadaptées, le troisième est l'aspect chronophage et anxiogène de ces prises en charge pour les services mal équipés pour répondre aux besoins de ces jeunes.

Il peut être souligné qu'un bon nombre de ces propositions rejoint logiquement celles du Schéma Départemental Conjoint de la prévention et de la Protection de l'enfance, de la Jeunesse et de la Famille, 2012/2016. L'O.D.P.E. conformément à ses missions, s'emploiera à en suivre la mise en œuvre.

Au-delà des actions de prévention et de protection, au-delà de la réponse cœrcitive, il est essentiel de travailler aujourd'hui, ensemble, la présence au monde de ces jeunes les plus en difficulté, dont nous devons, nous acteurs de la Protection de l'enfance, prendre le plus grand soin.

Annexes

Annexe n°1 : liste des personnes auditionnées (par ordre alphabétique)

- Docteur Patrick Ayoun, Pédopsychiatre, Médecin Responsable du Centre de Crise et de Soins Spécialisés pour Adolescents Centre Hospitalier Charles Perrens
- Madame Maryse Baty, Conseillère Technique Responsable Départementale du Service Social en faveur des élèves, Académie de Bordeaux Direction des services départementaux de l'Education Nationale de la Gironde.
- Madame Christelle Bedu, Directrice Générale de l'A.E.I.S.
- Professeur Manuel Bouvard, Responsable du Pôle Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent, Hôpital Charles Perrens.
- Docteur François Bridier, Chef de service Responsable de Pôle 3306, Centre Hospitalier Spécialisé de Cadillac.
- Madame Marie-Pierre Calmejane, Responsable de l'équipe du Pôle Missions Spécifiques, D.E.F., Conseil général de la Gironde.
- Madame Isabelle Chassan, Chef de Service du Service Évaluation Suivi de la M.D.P.H.
- Docteur Jean-Michel Delile, Psychiatre, Directeur Général du C.E.I.D.
- Madame Dubourg, Coordonnatrice de pôle Relais Insertion, Inspection Académique de la Gironde.
- Monsieur Jean-Pierre Fievet, Directeur de l'I.T.E.P. Grand Barail.
- Monsieur Jean-Luc Gateau, Directeur Adjoint de l'I.T.E.P. Millefleurs - I.T.E.P. Terre Neuvas – Bègles.
- Monsieur Arlindo Peixoto, Directeur de l'I.T.E.P. Macanan.
- Docteur Xavier Pommereau, Psychiatre des hôpitaux et responsable médical du Pôle Aquitain de l'Adolescent au Centre Jean Abadie.
- Madame Anne-Cécile Rahis, Coordinatrice Dispositif appui drogues - dépendances.
- Monsieur Thierry Samzun, Inspecteur de l'Inspection Académique de la Gironde, en charge de l'adaptation et de l'intégration et scolarisation des élèves porteurs de handicap au niveau du premier degré.
- Madame Thomas, Enseignante de la classe relais de Bordeaux Rive Droite, Inspection Académique de la Gironde.
- Madame Gisèle Thomes, Directrice de la Maison Départementale des Personnes Handicapées de la Gironde (M.D.P.H.).

Annexe n°2
Fiche C.S.A.I. :
Vers une évolution de la C.S.A.I. Etude conjointe D.E.F. / P.J.J de la Gironde 2007/2009, relative aux jeunes en très grande difficulté

La création d'un dispositif départemental interinstitutionnel autour du public de jeunes en difficultés multiples : santé mentale, somatique, famille, scolarité, éducatif, social, logement, l'insertion…).
Ce dispositif présenterait deux niveaux :

Un premier niveau : un plateau technique avec les attributions suivantes :

- Rechercher des solutions pour les situations « bloquées » sans solution de prise en charge durable. Les membres de ce plateau technique constitueront un collège d'experts désignés par leurs institutions. Par son action, ce plateau technique devrait agir à la baisse, sur le nombre de situations interpellant le dispositif d'accueil immédiat.

- Offrir expertise et interface médicales : *via* des consultations assurées par un pédopsychiatre (spécialisé dans l'adolescence et dans ses psychopathologies, avec une connaissance des dispositifs de protection de l'enfance).

- Travailler aux articulations, selon les situations, entre les secteurs : social, éducatif, sanitaire (y compris la médecine libérale), médico-social, judiciaire

- Offrir des supervisions des équipes, à la demande.

Deuxième niveau : un niveau stratégique de concertation et de décision avec la création d'une commission pluri-institutionnelle, composée des décideurs du Conseil général, de la P.J.J., de l'Éducation Nationale, de l'A.R.S.

Un protocole de fonctionnement de cette instance devra être établi.

Ce niveau stratégique poursuivrait différents objectifs :

- Recueillir des données relatives à ce public et les analyser, en articulation avec les différents acteurs, en vue d'une adaptation des dispositifs aux besoins de ce public, dans une démarche prospective.

- Examiner les motifs évoqués par les établissements sociaux et médico-sociaux de leur difficulté d'admission de ce public et les difficultés des établissements dans les prises en charge de ce public.

- Rechercher des solutions, et assurer leurs mises en œuvre.

- Formaliser un dispositif interinstitutionnel pouvant apporter un panel de réponses en terme d'accueils adaptés aux difficultés souvent cumulées des jeunes en grande difficulté (volets : familial, psychologique, psychiatrique, sanitaire, scolaire, social, judiciaire).

Ce type de dispositif contribuerait ainsi à une meilleure coordination entre les différents acteurs de terrain appelés à intervenir conjointement.

- Établir des protocoles de collaborations interinstitutionnelles, en vue de structurer les prises en charge partagées, tant au niveau des mesures civiles que pénales avec :
  - délimitation des champs d'interventions de chaque institution dans les pries en charge partagées. Exemple : suivi A.R.E.S.C.J. PRADO* dans le cadre d'une mesure de placement couplé avec une prise en charge en I.T.E.P. et une mesure de milieu ouvert au pénal réalisée par un centre d'action éducative P.J.J.,
  - élaboration de fiches de liaison,
  - prise en compte de l'indispensable nomination du service fil rouge dans chaque situation.

- Étudier et soutenir le développement de projets d'actions innovantes.

- Informer les institutions des nouveaux dispositifs et des innovations.

- Organiser des séminaires et des colloques destinés aux professionnels travaillant autour des jeunes en difficulté multiples.

- Créer l'interface entre les besoins en formation et les organismes de formation initiale et continue.

Promouvoir in fine l'adaptation des prises en charge aux besoins des jeunes en très grande difficulté en valorisant la complémentarité des actions et des « savoir faire » des établissements.

**N.B.*: dissolution de l'A.R.E.S.C.J. PRADO

Annexe n°3
Fiche action D 24 : Améliorer l'accompagnement des mineurs en mal de protection Schéma **Départemental conjoint de la prévention et de la Protection de l'enfance de la jeunesse et de la famille 2012/2016**

Public visé : Mineurs et majeurs placés

Problématique observée / Eléments de contexte :

La C.S.A.I. (Cellule de Suivi de l'Accueil Immédiat) a été créée fin 2007 à partir de la cellule de veille éducative co-animée par la D.E.F. et la P.J.J., dans le cadre des préconisations du schéma départemental de prévention et de protection de l'enfance.

La C.S.A.I. est constituée de 14 membres appartenant à différentes institutions (D.E.F., P.J.J., M.D.P.H., Foyer Quancard, Service A.E.M.O., Emmaüs l'Ermitage, secteurs de psychiatrie, Lieux de Vie, M.E.C.S., Éducation Nationale.

Elle se réunit une fois par mois et examine les situations dont elle est saisie via une fiche de saisine.

Face à l'augmentation des jeunes en très grande difficulté, on constate :

- une désaffection des participants ;

- des difficultés de mise en œuvre des préconisations de prise en charge ;

- un affaiblissement du réseau d'entraide institutionnelle.

Objectifs visés :

- Donner autorité/faire reconnaître la légitimité de la C.S.A.I. pour assurer la mise en œuvre des préconisations ;

- Légitimer les participants institutionnels de cette instance ;

- Organiser la coordination institutionnalisée, autour de ce public de jeunes en grande difficulté, qui fasse lien, articulation, passerelle, solidarité entre les différents dispositifs, et ce autour du département, chef de file de la Protection de l'enfance et de la P.J.J. ;

- Garantir la mise en œuvre des décisions de la C.S.A.I., à défaut de leur opposabilité ;
- Assurer le suivi des préconisations.

Contenu de l'action :

Action 1
- Fixer par convention la composition de la C.S.A.I. (élargissement à l'A.R.S. et aux représentants de l'autorité judiciaire) ;
- Revoir les règles : champ de compétences, procédure de saisine, calendrier annuel de session, règlement intérieur de fonctionnement, la formalisation des rendus de décision.

Action 2
- Adosser à la C.S.A.I. des possibilités concrètes d'hébergement (H.A.T.I., L.V.A., M.E.C.S., structures expérimentales, I.T.E.P., I.M.E…).

Action 3
- Alimenter la C.S.A.I. par des études de parcours.

Porteurs du projet :	**Acteurs mobilisés :**
D.E.F., P.J.J.	A.R.S., Autorité judiciaire, M.D.P.H., Secteur associatif

Modalités de mise en œuvre :
- Constituer un groupe de réflexion pluri-institutionnel ;
- Rédiger une proposition de règlement ;
- Organiser les modalités de suivi des préconisations.

Moyens (techniques, humains) à mobiliser :
- Temps de professionnels à dégager

Indicateurs d'évaluation :
- Rédaction d'un nouveau règlement et publication de la composition de la C.S.A.I. ;
- Nombre de situations étudiées avec qualification des suites ;
- Nombre de situations suivies.

Annexe n°4
Fiche action D 23 : Le H.A.T.I. du Schéma Départemental conjoint de la prévention et de la Protection de l'enfance, de la jeunesse et de la famille 2012/2016

Le H.A.T.I. : créer un pole mixte de prise en charge A.S.E../sanitaire pour répondre aux problématiques de santé psychique des mineurs et jeunes majeurs.

Publics visés : Mineurs et majeurs atteints de troubles psychiques voire psychiatriques
Problématique observée / Eléments de contexte :
La prise en charge actuelle des jeunes de l'A.S.E. et de la P.J.J. confrontés à des troubles psychiques importants est inadaptée car morcelée, discontinue.
Ces jeunes mettent en échec les structures traditionnelles ou spécifiques de la PJJ, qu'il s'agisse d'établissements sociaux ou médico-sociaux ou de placements judiciaires. Ils se voient, pour certains d'entre eux, régulièrement accueillis en urgence à l'hôpital psychiatrique lorsqu'éclate une crise, souvent au sein d'unités prévues pour des populations adultes.
Par ailleurs, il est noté une insuffisance en matière de délai d'établissement d'un diagnostic et d'accompagnement précoce (rendez-vous trop lointains…).

Objectifs visés :
- Améliorer le délai de prise en charge par un diagnostic rapide et précoce en lien avec les P.A.E.J. ;
- Améliorer la prise en charge ambulatoire ;
- Développer la formation des professionnels autour des conduites à tenir ;
- Permettre l'accompagnement et l'hébergement des jeunes en post-hospitalisation ;
- Accompagner les équipes de professionnels dans :
    - l'appréhension ;
    - la compréhension ;
- l'élaboration de stratégie de prise en charge cohérente et continue.

Contenu de l'action :
Créer en collaboration A.R.S. / C.G. un établissement autour de 2 axes :

1) un pôle d'expertise et de mise en réseau des professionnels de l'A.S.E. et de la psychiatrie pour :
- *prévoir des circuits de prise en charge* permettant la consultation dans des délais courts en privilégiant la hiérarchisation des situations et des réponses apportées ;
- *permettre l'accès à une cellule de diagnostic rapide grâce à une équipe mobile* : une équipe pluridisciplinaire composée d'un psychiatre, d'un infirmier psychiatrique, d'un travailleur social pourrait intervenir auprès des équipes de différents établissements sur des temps d'étude de cas cliniques afin d'aider les équipes à comprendre les situations, décrypter les symptômes et formaliser une réponse en terme de prise en charge adaptée aux besoins des jeunes. Cette équipe mobile peut aussi travailler en amont et, lorsque la situation l'impose, contribuer et/ou faciliter une admission en structure psychiatrique ;
- *développer de la consultation / accueil de jour ;*
- favoriser le suivi psychiatrique des jeunes mères souffrant de troubles psychiatriques en accompagnement de la sortie de l'enfant de pouponnière ;
- soutenir les professionnels éducatifs dans la prise en charge des jeunes.

2) **12 à 15 places d'hébergement spécialisé** pour faire suite à une hospitalisation ou en alternative à une hospitalisation de longue durée.

Porteurs du projet :	**Acteurs mobilisés :**
A.R.S., D.E.F.	Secteurs de pédopsychiatrie, P.J.J.

Modalités de mise en œuvre :
- Constituer une équipe chargée de la mise en œuvre du projet ;
- Réaliser l'investissement immobilier ;
- Etablir le protocole A.R.S. / C.G. de prise en charge financière et de mise à disposition.

Moyens (techniques, humains) à mobiliser :

A définir par l'A.R.S. et la D.E.F.

Indicateurs d'évaluation :
- Programmation et calendrier de réalisation et ouverture de l'établissement ;
- Nombre et durée des hospitalisations ou admissions ;
- Nombre de consultations de jour, d'interventions de l'équipe mobile.

Annexe n°5
FICHE ACTION F 32 Assurer la formation des professionnels **Schéma Départemental conjoint de la prévention et de la Protection de l'enfance, de la jeunesse et de la famille 2012/2016**

Public visé :

Tous les professionnels concourant à la Protection de l'enfance

Problématique / Eléments de contexte :

La Protection de l'enfance nécessite de conduire un travail multi-partenarial. La connaissance partagée des savoir-faire, environnement, règles de fonctionnement de chaque type d'intervenant apparaît indispensable et à entretenir dans la durée.

Objectifs visés :
- Disposer d'une connaissance partagée des problématiques, pratiques et outils à disposition ;
- Recenser les propositions et organiser les formations croisées.

Contenu des actions :
Mettre en œuvre les formations repérées comme nécessaires selon les thèmes ci-dessous :

Action 1

En direction d'un public multi professionnel :
- Enfance en danger ;
- Prévention des conduites à risque chez les enfants et adolescents pour les professionnels en charge de l'enfance et de l'adolescence des secteurs associatif, éducatif et sportif, sanitaire et social ;
- Addictologie (jeunes consommateurs, consommation parents …) ;
- Gestion de la violence ;
- Compréhension et gestion des évènements traumatisants.

Action 2

En direction de groupes professionnels spécifiques :
- Cadre juridique de la Protection de l'enfance ;
- Spécificités du travail éducatif auprès des jeunes enfants ;
- Accompagnement des enfants lors des visites ;
- Soutien de la pratique professionnelle en périnatalité vis-à-vis des populations en migration ;
- Gestion de l'accueil d'urgence ;
- Accompagnement des enfants lors des visites ;
- Prise en charge socio-éducative des situations d'agressions sexuelles intrafamiliales ou extra-familiales ;
- Prévention spécialisée ;
- Accompagnement scolaire.

Porteur du projet	**Acteurs mobilisés**
Conseil général	Ensemble des partenaires

Modalités de mise en œuvre :
En lien avec l'O.D.P.E. :
- définir un plan de formation pluriannuel ;
- le diffuser ;
- mobiliser les acteurs.

Moyens à mobiliser :
Temps à dégager par les professionnels.

Indicateurs d'évaluation :
- nombre de journées de formation réalisées ;
- nombre de personnes formées ;
- nombre d'organismes différents bénéficiaires.

Annexe n°6 :
FICHE ACTION D 22 : répondre aux doubles prises en charge médico -sociales et sociales
Schéma Départemental conjoint de la prévention et de la Protection de l'enfance, de la jeunesse et de la famille 2012/2016

Publics visés :
Mineurs relevant de prises en charge multiples

Problématique observée / Eléments de contexte :
L'organisation ou le déroulement des prises en charge multiples se heurtent à plusieurs difficultés :
- complexité pour les professionnels de l'enfance à construire des prises en charge multiples et coordonnées nécessaires aux mineurs cumulant des difficultés de plusieurs ordres ;
- difficultés de coordination et de partenariat autour des situations complexes de prises en charge multiples ;
- manque de cadre dans la collaboration et les financements interinstitutionnels au niveau des prises en charge combinées ;
- problème des incidences des prises en charge séquentielles, sur le taux d'occupation des établissements sociaux ou médico-sociaux et de leur impact sur l'équilibre budgétaire des établissements.

Enfin, pour certains de ces jeunes qui se positionnent le plus souvent dans l'opposition, le passage à l'acte, le fait d'avoir un lieu de prise en charge unique peut les mettre à mal. La multiplicité des prises en charge partagées dont ils peuvent bénéficier (M.E.C.S., I.T.E.P., intervention sanitaire) ne constitue pas en soi un problème. Au contraire les réponses concertées, les accompagnements partagés, les prises en charge conjointes évitent de développer chez le jeune le fantasme de son emprise, empêchent sa dépendance et diminuent la propension de l'adolescent à « monter les professionnels les uns contre les autres ».

Objectifs visés :
Mener une réflexion interinstitutionnelle sur l'adaptation des dispositifs aux besoins de ce public :
- Penser, construire des projets éducatifs combinés en structurant les liens entre les différentes prises en charge : éducative, sociale, médicale, scolaire (ce type de prise en charge demandant une plus grande transversalité).

Contenu de la proposition :

Action 1
- Réunir régulièrement une instance composée de l'A.R.S., de l'autorité judiciaire, de la M.D.P.H., de l'IA, de la D.E.F., de la P.J.J. pour traiter des problématiques transverses de prise en charge de ces publics.

Action 2
- Développer des partenariats dans les prises en charge conjointes I.T.E.P. / M.E.C.S. I.M.E. / M.E.C.S. (structures spécifiques ou accords de partenariats).

Action 3
- Organiser des temps de rencontre entre établissements médico-sociaux et M.E.C.S. sur le modèle des comités techniques.

Porteurs du projet :	**Acteurs mobilisés :**
A.R.S., D.E.F., M.D.P.H.	Autorité judiciaire, Inspection Académique, P.J.J., établissements médico-sociaux, M.E.C.S…

Modalités de mise en œuvre :
- Créer et animer l'instance pluri-partenariale ;
- Encourager les établissements et soutenir les projets ;
- Proposer des rencontres entre établissements (M.E.C.S., I.T.E.P., I.M.E.).

Moyens (techniques, humains) à mobiliser :
- Temps des différents partenaires ;
- Financement de projets.

Indicateurs d'évaluation :
- Nombre de rencontres de l'institution pluri-partenariale, fréquence et présence ;
- Nombre de places ou journées correspondant à des prises en charge innovantes ;
- Fréquence et nombre de réunions M.E.C.S. / I.T.E.P.

PARTIE II : LES RECOMMANDATIONS DE L'ODPE

Au terme d'un travail d'analyse des données récoltées, l'ODPE a fait le point des évolutions réalisées au regard de ses recommandations 2011 et en a formulé de nouvelles pour 2012.

Chapitre I : Les évolutions au regard des recommandations du rapport 2011

L'ODPE à partir de l'analyse des contributions a souhaité mettre en lumière par thématiques, les avancées observées, depuis l'évolution des recommandations du rapport 2011, comme autant de témoignages des efforts accomplis, dans le département, mais aussi des difficultés qui perdurent, dans le domaine de l'enfance et de la famille.

La Maison des Adolescents

Recommandation n° 4
L'ODPE recommande la création d'une Maison des Adolescents en Gironde

L'ODPE prend acte de la lettre d'engagement signée par :

- Madame Nicole KLEIN, Directrice Générale de l'Agence Régionale de Santé d'Aquitaine,
- Madame Paule LAGRASTA, Directrice de la Direction Départementale de la Cohésion Sociale de la Gironde,
- Monsieur Philippe MADRELLE, Président du Conseil général de la Gironde, Sénateur de la Gironde, Conseiller Général du canton de Carbon-Blanc,
- Madame Arielle PIAZZA, Adjointe au Maire de la ville de Bordeaux, Déléguée à la Jeunesse, au Sport et à la Vie Étudiante,
- Monsieur Christophe DEMILLY, Directeur de la Caisse d'Allocations Familiales de la Gironde.

en vue de la création de la Maison Départementale des Adolescents de Gironde, dans le courant du dernier trimestre de l'année 2012.

Dans une volonté conjointe de garantir, de développer les actions de prévention et de protection en faveur de la jeunesse pour l'ensemble des adolescents, jeunes adultes et de leurs parents, et de faciliter leur accès tant aux soins de santé mentale qu'aux dispositifs de droits commun, les institutions signataires s'engagent à conduire la création et le pilotage de la Maison Départementale des Adolescents de Gironde, ainsi que son financement dans la limite de leurs enveloppes financières respectives.

Attachées à sa vocation départementale, elles veilleront à mettre en œuvre :

Un réseau regroupant les dispositifs sanitaires, sociaux, socio-éducatifs et juridiques, susceptibles d'apporter les réponses dont les jeunes et leurs parents ont besoin, sur l'ensemble du territoire départemental.

Un maillage territorial, sous forme de permanence, dans des locaux aisément accessibles et repérables par le public visé, pour leur offrir accueil, écoute et soins.

Une équipe mobile pluridisciplinaire, sous l'impulsion d'un directeur animateur, offrira un accueil immédiat, permettant de faciliter l'accès aux différents lieux d'écoute et aux dispositifs éducatifs, sanitaires, sociaux et de logement.

Lieu d'orientation au carrefour des besoins multiples de l'adolescent et de sa famille, mais aussi lieu ressource pour les professionnels, la Maison des Adolescents contribuera à l'échange et à l'enrichissement des pratiques et compétences de l'ensemble des secteurs publics et associatifs.

Les institutions s'appuieront sur l'association nouvellement créée « Maison des Adolescents de Gironde » pour conduire ce projet et participeront au comité de pilotage, qui sera constitué pour soutenir l'équipe de la Maison des Adolescents.

Les institutions signataires s'engagent à orienter leurs financements au profit de ce projet.

Un comité des financeurs veillera à la bonne gouvernance de ce dispositif.

La Direction Territoriale de la Protection judiciaire de la jeunesse propose d'apporter sa contribution au pilotage par les financeurs de la MDA.

Les Points Accueil Ecoute Jeunes (PAEJ)

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.

Depuis les recommandations du premier rapport annuel de l'O.D.P.E, le Conseil général a financé, en 2011, les associations qui s'adressent aux jeunes âgés de 12 à 25 ans, à leurs parents et entourage adulte pour un accueil, une écoute, libres, anonymes, et gratuits dans le cadre des Points Accueil Ecoute Jeunes dont les axes d'intervention sont les suivants:

- la prévention de la dégradation de l'état psychique des jeunes en souffrance psychosociale et isolés en milieu rural ou urbain,
- la prévention des conduites à risques,
- l'accès aux soins,
- la prévention aux ruptures familiales ou scolaires,
- le soutien aux démarches d'insertion et d'accompagnement social des jeunes.

Le recueil de données

Recommandation n° 6 :
L'O.D.P.E. 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.

Aucune évolution dans la gestion informatique des données des Tribunaux n'a eu lieu pour permettre le recueil du nombre de signalements directs reçus par les Parquets du département ce qui est fort regrettable ; il manque, en effet, une donnée essentielle de la Protection de l'enfance, dans le département qui ne peut être recueillie par ailleurs.

On notera cependant l'effort considérable accompli par le greffe du Parquet des mineurs du Tribunal de Bordeaux qui a, pour les années 2010 et 2011, procédé à un décompte manuel des signalements reçus et du nombre d'OPP, émanant de ce service. Cette opération menée témoigne de l'investissement de ce dernier dans l'activité de l'ODPE. Ce procédé manuel n'est pourtant pas viable dans la mesure où il est particulièrement chronophage, pour un service qui fait déjà face à une très importante charge de travail.

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.

L'ODPE souligne toute sa satisfaction des efforts accomplis en 2010/2011 par l'Inspection Académique au niveau de sa démarche de recueil et traitement statistique des informations préoccupantes et des signalements auprès des différents professionnels de l'Institution. Cette démarche permettra dorénavant d'établir des comparaisons de données entre les années, et de suivre les évolutions des problématiques repérées. L'ODPE acte la volonté de l'Education Nationale de communiquer en année civile ses données relatives aux signalements, à partir de l'année 2012.

La formation en Protection de l'enfance

Recommandation n°1
L'O.D.P.E. recommande d'intégrer davantage la Protection de l'enfance dans les programmes de formation initiale des professionnels appelés à travailler avec des mineurs.

L'ODPE se félicite des avancées réalisées dans le domaine de la formation continue et initiale, des actions de formation et d'information tant au niveau de la prévention que de la Protection de l'enfance ; Il constate avec satisfaction que les acteurs de la Protection de l'enfance ont réalisé des accueils des stagiaires de différentes universités ou organismes de formation.

Le D.U Protection de l'enfance, ouvert à la faculté de Droit et de science politique à l'Université Montesquieu de BORDEAUX IV a réalisé sa deuxième rentrée à la rentrée universitaire 2011 .Ce D.U. répond directement à la recommandation n° I [i47]

Ces différentes actions de formation et d'information contribuent à mieux faire connaître les dispositifs de protection de l'enfance dans le département, et favorise tant les interventions en prévention que le développement du réseau des professionnels.

Toutefois, il reste du chemin à parcourir, pour que le décret n° 2009-765 du 23 juin 2009 relatif à la formation dans le domaine de la Protection de l'enfance en danger, puisse être appliqué de façon satisfaisante à tous les professionnels concernés. [48]

L'Enfance en danger

Recommandation n° 5
L'O.D.P.E. 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.

La convention annexe du Protocole avec les différents services accueillant de mineurs du CHU, est en voie de finalisation : maternité, hôpital pédiatrique, CAUVA, Centre Abadie et tous les services spécialisés accueillant des mineurs.

[47] *Supra* Page : 15
[48] *Supra* Page 16

L'élaboration d'une convention annexe est en projet, avec les centres hospitaliers spécialisés accueillant des enfants, mais également d'autres partenaires dont l'enseignement privé.

Le travail de régulation réalisé en 2010 /2011, par les services du Conseil général, les services de l'Etat et les associations, sur les questions des informations préoccupantes, des signalements et des liaisons, visant à l'appropriation de ces différentes notions, avec l'application du protocole, doit se poursuivre.

Reste cependant à améliorer le problème posé par les signalements directs adressés aux Parquets des Mineurs de Bordeaux et Libourne, dont les doubles ne sont pas systématiquement transmis à la CRIP, quand la loi de 2007 prévoit leur communication obligatoire.

De même la problématique des violences sexuelles, qu'elle concerne les mineurs victimes ou les mineurs auteurs, devenant du point de vue des professionnels, extrêmement préoccupante, nécessite un travail de mobilisation de l'ensemble des acteurs de l'enfance, sous l'égide du comité de suivi du protocole.

Le PACT Jeunes

Recommandation n° 11
L'O.D.P.E. s'inquiète de la possible disparition du P.A.C.T. 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.

L'année dernière l'ODPE avait émis des regrets face à la disparition du PACT Jeune qui permettait une alternative aux poursuites des mineurs, ayant commis des infractions à la législation sur les stupéfiants, sous forme d'une prise en charge psychologique ponctuelle, proposée par le Parquet des mineurs.

Comme on pouvait le craindre, le PACT Jeunes a disparu en raison de la suppression du budget qui lui permettait de fonctionner. Le Parquet du mineur de Bordeaux a cependant tenté de mettre en place des mesures équivalentes.

Tout d'abord pour les mineurs "primo délinquants", interpellés, en possession de petites, voire minimes quantités de stupéfiants, la réponse pénale donnée actuellement est une orientation sanitaire, c'est à dire que le Parquet des mineurs leur enjoint de se présenter à l'association CANNABUS et de justifier d'une rendez- vous sous quinzaine.

Cependant le Parquet ne dispose que d'une attestation de rendez vous (qui figure en procédure) pour vérifier que l'injonction a été respectée, ce qui paraît insuffisant.

L'association CANNABUS (qui relève du CEID), ne souhaite en effet, pas s'engager dans le principe d'un "compte rendu " fait au Parquet, après la venue du mineur (comme le faisait PACT Jeunes) car ils sont liés, selon eux, par un secret professionnel et trahiraient la confidentialité du rendez vous, s'ils rendaient compte ensuite au Parquet. C'est cependant ce que faisait le PACT Jeunes qui ne trahissait aucun secret professionnel ou médical mais indiquait seulement au Parquet que le jeune était venu, qu'il présentait ou non des difficultés, qu'une aide lui avait ou non été proposée. On peut regretter qu'un tel retour s'avère impossible car il paraît conditionner le recours à une mesure alternative aux poursuites judiciaires.

Ensuite, pour les mineurs réitérants, interpellés une deuxième fois en possession de stupéfiants, le Parquet ordonne une composition pénale avec un stage « stupéfiant » en guise de peine. Des stages « stupéfiants » ont été mis en place en septembre 2012, co animés par le CEID et la PJJ. Ils sont gratuits pour les mineurs. La Préfecture a débloqué des fonds pour financer ces stages. Le premier stage débutera le 15 octobre.

On ne peut que saluer la mise en place d'une telle mesure qui permet d'apporter un réel soutien au mineur consommateur de stupéfiants tout en évitant une condamnation pénale *stricto sensu.*

Les jeunes majeurs

Recommandation N°13
L'O.D.P.E. recommande que soit examinée la question des aides à proposer aux jeunes majeurs et leur articulation avec les dispositifs d'aide de droit commun.

L'OPDE prend en considération le nombre croissant de jeunes majeurs accueillis à l'ASE et la démarche de la DEF d'optimiser ces prises en charge, en fonction du degré d'autonomie des jeunes et ce dans un souci de pouvoir faire bénéficier cette mesure à un plus grand nombre.
L'ODPE acte :
- la reprise de prise en charge par les Foyers de Jeunes Travailleurs (FJT) sur la base d'une convention annuelle.
- le soutien financier de la DEF, apporté à l'ACRIP afin de permettre d'orienter encore davantage de jeunes vers cet opérateur.
- des perspectives d'accès à la caution Foyer de Jeunes Travailleurs et au contingent logement prioritaire du Conseil général pour ce public.

Les mineurs en mal de protection

Recommandation n° 2
L'O.D.P.E. souhaite que l'effectivité des décisions de la M.D.P.H. soit mieux garantie.

La mise en œuvre des orientations des mineurs en établissements médico-sociaux demeure particulièrement problématique. Les constats relevés par la commission « Mineurs en mal de protection » en témoignent. Des avancées sont néanmoins encourageantes :

A compter de septembre 2012 sera ouvert un nouveau site de la MDPH, qui offrira une offre de services plus développée. En fin d'année pour les publics d'enfants, sera mis en service un suivi en ligne de l'état d'avancement des demandes déposées à la MDPH

La mise en place par la MDPH, à compter de septembre 2012, d'un recueil de données, auprès des établissements médico-sociaux, permettra d'assurer le suivi des décisions de la CDAPH.

Chapitre II Nouvelles recommandations

La démarche participative adoptée par l'ODPE pour l'élaboration de son rapport 2012, a donné lieu à de riches contributions et nombre de propositions. Certaines d'entre elles figurent déjà parmi les fiches actions du Schéma Départemental de prévention et de protection de l'enfance, et l'ODPE prévoit de suivre leur mise en œuvre ; d'autres demandent à être attentivement étudiées par les autorités de tutelle ou par les services concernés, tant au niveau des problématiques qu'elles soulèvent que des solutions envisagées.

L'ODPE, après analyse des problématiques et des propositions, ainsi que des différentes données quantitatives et qualitatives des années 2010 et 2011, a dégagé différentes recommandations qui ont été adoptées, à la majorité des membres du comité de pilotage de l'ODPE.

La formation Protection de l'enfance

Recommandation n° 1
L'ODPE recommande que tous les professionnels visés par la loi du 5 mars 2007 comme devant suivre une formation en Protection de l'enfance, puissent accéder au D.U Protection de l'enfance notamment dans le service public ; il en va particulièrement ainsi des agents de l'Education Nationale, de la Gendarmerie et de la Police ainsi que de toutes les Directions du Conseil général engagées dans le champ de la Protection de l'enfance.

Recommandation n°2
L'ODPE recommande une amélioration de l'information et la formation en matière de protection de l'enfance des pédiatres.

Recommandation n°3 :
L'ODPE recommande une amélioration de la formation des professionnels de l'Enseignement privé, en matière de protection de l'enfance et l'organisation auprès de ces professionnels d'un recueil de données relatives à l'enfance en danger ou en risque de l'être.

La lutte contre l'échec scolaire

Recommandation n°4 :
L'ODPE, bien que conscient des difficultés budgétaires, auxquelles doivent faire face les collectivités locales, recommande l'implantation d'internats de collège, sur la couronne bordelaise et en milieu rural, ainsi qu'au niveau de la classe relais.

Recommandation n°5 :
L'ODPE recommande que soient préservés, développés et adaptés les dispositifs spécialisés tels que les R.A.S.E.D., les classes relais, les S.E.G.P.A., les ateliers relais, qui ont su démontrer leur pertinence et leur contribution positive à l'action préventive et aux missions de protection de l'enfance en Gironde.

La santé

Recommandation n°6 :
L'ODPE recommande, que, dans le cadre de la Protection de l'enfance, soient améliorées, la coordination et la communication entre les médecins et pédiatres libéraux, les médecins PMI et médecins scolaires.

Recommandation n°7 :
L'ODPE recommande la mise en place de mesures, pour rendre effectif, l'accès aux soins de tous les mineurs et les femmes enceintes, quel que soit leur statut, au regard de l'ouverture de leurs droits sociaux et sans que leur situation relative aux règles de séjour des étrangers, ne constitue un obstacle. L'ODPE recommande particulièrement la mise en place d'une PASS materno-infantile dans les maternités, les hôpitaux pédiatriques et généraux, avec une prise en charge médico-sociale adaptée aux besoins spécifiques des femmes, des familles et des enfants en situation de précarité, et un accès inconditionnel à l'ensemble du plateau technique, pour les enfants et les femmes enceintes ou en suite de couches.

Recommandation n°8 :
L'ODPE recommande, au regard de la recrudescence observée, des situations relevant du syndrome du bébé secoué, que soit réactivée la campagne de prévention à l'attention des parents, notamment dans les maternités, ainsi que de tous les professionnels de la petite enfance, exerçant dans des structures collectives ou à leur domicile.

La lutte contre les addictions

Recommandation n°9 :
L'ODPE recommande le maintien de la vigilance et la mise en réseau des différents professionnels autour des risques liés aux addictions chez les jeunes.

La Prévention et Protection de l'enfance

Recommandation n°10 :
L'ODPE recommande pour les situations familiales les plus complexes, d'organiser des mesures d'aides à domicile renforcées, prioritairement pour les moins de 6 ans, en coordonnant au sein d'une même équipe, une pluridisciplinarité de professionnels de la Protection de l'enfance (éducateur, TISF, puéricultrice, …) qui apporteraient un accompagnement intensif aux parents, afin d'éviter des placements d'enfants.

Recommandation n°11 :
L'ODPE recommande de positionner un médecin PMI à la CRIP, comme personne ressource des professionnels de santé et en conseil technique auprès de la CRIP, pour faciliter les échanges avec les médecins, autour des situations d'enfants en risque et ou en danger caractérisé.

Les Mineurs en mal de protection

Recommandation n°12 :
L'ODPE recommande la mise en place de mesures transitoires pour les mineurs, en attente de l'exécution d'une décision d'orientation de la C.D.A.P.H et ou pour les jeunes en situations de crise, avec des accueils temporaires de type relais éducatif et thérapeutique ouvert 24h /24 ; ainsi que des petites unités d'accueil soir et week-end, dans le cadre d'une mutualisation de moyens entre les MECS et les établissements médico-sociaux.

Recommandation n°13 :
L'ODPE recommande le développement d'un réseau entre les établissements médico- sociaux *via* la création d'un comité technique pour harmoniser les pratiques.

Recommandation n°14 :
L'ODPE recommande l'extension des agréments des I.T.E.P., accueillant des 12 /14 ans, pour leur permettre d'accueillir aussi, un public de 14 à 20 ans.

Recommandation n°15 :
L'ODPE recommande la création de places supplémentaires en hôpitaux de jour et en structures de moyens séjours, en vue de renforcer la chaîne de soins en pédopsychiatrie et ou en relais des prises en charge en médico-social.

Recommandation n°16 :
L'ODPE recommande le développement du dispositif dédié de l'Accueil Familial Thérapeutique des pôles de pédopsychiatrie sectorielle.

Glossaire

ADAV33	Association les Amis des Voyageurs de la Gironde
ADF	Assemblée des Départements de France
AED	Action Educative à Domicile
AEMO	Action Educative en Milieu Ouvert
AEP	Action Educative Préventive
AESF	Accompagnement en Economie Sociale et Familiale
AFT	Accueil Familial Thérapeutique
ALS	Allocation Logement Social
ANDASS	Association Nationale des Directeurs d'Action Sociale et de Santé des Départements
ANPAA	Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie
ANPF	Association Nationale des Placements Familiaux
API	Allocation Parent Isolé
ARS	Agence Régionale de Santé
AS	Assistant Socio-éducatif
AS MAT	Assistant maternel
ASE	Aide Sociale à l'Enfance
AVS	Auxiliaire de Vie Sociale
BIJ	Bureau Information Jeunesse
CA	Cour d'Appel
CAARUD	Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques pour les Usagers de Drogues
CAD	Commission d'Aide à la Décision
CAE	Contrat d'Accompagnement dans l'Emploi, remplacé en 2010 par le CUI-CAE
CAE	Commission d'Aide à l'Evaluation
CAE	Centre d'Action Educative
CAF	Caisse d'Allocations Familiales
CAIO	Centre d'Accueil, d'Information et d'Orientation
CASF	Code de l'Action Sociale et des Familles
CATTP	Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel
CC	Code Civil
CCAS	Centre Communal d'Action Sociale
CDA	Commission des Droits et de l'Autonomie
CDAPH	Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapée
CDDF	Conseil pour les Droits et Devoirs des Familles
CDEF	Centre Départemental Enfance et Famille
CEF	Centre Educatif Fermé
CER	Centre Educatif Renforcé
CERC	Conseil de l'Emploi, des Revenus et de la Cohésion sociale
CESF	Conseillère en Economie Sociale et Familiale
CHR	Centre Hospitalier Régional
CHRS	Centre d'Hébergement et de Réadaptation Sociale
CHS	Centre Hospitalier Spécialisé
CIAS	Centre Intercommunal d'Action Sociale
CIDE	Convention Internationale des Droits de l'Enfant
CJ	Contrôle Judiciaire
CMP	Centre Médico-Psychologique
CMS	Centre Médico-Scolaire
COPJ	Convocation par Officier de Police Judiciaire
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CPCTA	Centre Psychanalytique de Consultation et de Traitement Aquitaine
CPEF	Centre de Planification et d'Education Familiale
CPI	Centre de Placement Immédiat
CUI	Contrat Unique d'Insertion
DAA	Dispositif d'Accueil et d'Accompagnement
DDCS	Direction Départementale de la Cohésion Sociale
DIPC	Document Individualisé de Prise en Charge

DIRPJJ	Direction Interrégionale Protection Judiciaire de la Jeunesse
DPJJ	Direction de la Protection Judiciaire de la Jeunesse
DROMIE	Dispositif de Recueil et d'Observation des Mineurs Isolés Etrangers
DSDEN 33	Direction des Services Départementaux de l'Education Nationale de la Gironde
DSEN	Directeur Académique des Services de l'Education Nationale
DSL	Développement Social Local
DT	Direction Territoriale
DU	Diplôme Universitaire
ENPJJ	Ecole Nationale de Protection Judiciaire de la Jeunesse
EPE	Etablissement de Placement Educatif
EPEI	Etablissement de Placement Educatif et d'Insertion
EPLE	Etablissement Public Local d'Enseignement
EPM	Etablissement Pénitentiaire pour Mineurs
ERS	Etablissements de Réinsertion Scolaire
ESMS	Etablissement Sociaux et Médico-sociaux
ESS	Economie Sociale et Solidaire
ESSMS	Etablissements et Services Sociaux et Médico-sociaux
FAE	Foyer d'Action Educative
FJT	Foyer de Jeunes Travailleurs
FSL	Fonds de Solidarité pour le Logement
GAV	Garde A Vue
GRSP	Groupement Régional de Santé Publique
HLM	Habitat à Loyer Modéré
ILS	Infraction à la Législation sur les Stupéfiants
IME	Institut Médico-Educatif
IMP	Institut Médico-pédagogique
INSEE	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
IVG	Interruption Volontaire de Grossesse
JAP	Juge de l'Application des Peines
LAEP	Lieux d'Ecoute Parents Enfants
LOPJ	Loi d'Orientation et de Programmation de la Justice
LSP	Liberté Surveillée Préjudicielle
MAESF	Mesure Administrative d'Accompagnement en Economie Sociale et Familiale
MAJ	Mesure d'Accompagnement Judiciaire
MAJ	Mesure d'Activité de Jour
MAS	Maison d'Accueil Spécialisé
MASP	Mesure d'Accompagnement Social Personnalisé
MDPH	Maison Départementale des Personnes Handicapées
MDSI	Maison Départementale de la Solidarité et de l'Insertion
MECS	Maison d'Enfants à Caractère Social
MEN	Médecin Education Nationale
MILDT	Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie
MJIE	Mesure Judiciaire d'Investigation Educative
MLJ	Mission Locale pour les Jeunes
MPS	Maison de Promotion de la Santé
PAEJ	Point Accueil Ecoute Jeunes
PAIO	Permanence d'Accueil d'Information et d'Orientation
PA-PH	Personnes Agées, Personnes Handicapées
PASS	Permanence d'Accès aux Soins
PCH	Prestation de Compensation du Handicap
PE	Pôle Emploi
PEAT	Permanence Educative auprès du Tribunal
PIF	Point Information Famille
PIJ	Points Information Jeunesse
PMI	Protection Maternelle et Infantile
PNS	Projet National Stratégique
PTF	Pôle Territorial de Formation
QM	Quartier des Mineurs
RAM	Relais Assistantes Maternelles
RAR	Réseau Ambition Réussite
RASED	Réseau d'Aides Spécialisées aux Elèves en Difficulté
REAP	Réseau d'Ecoute, d'Appui et d'Accompagnement des Parents
RéPOP	Réseaux de Prévention et Prise en charge de l'Obésité en Pédiatrie

RIB	Relevé d'Identité Bancaire
RMI	Revenu Minimum d'Insertion,
RRSE	Recueil de Renseignements Sociaux Educatifs
RSA	Revenu de Solidarité Active
RUE	Responsable Unité Educative
SAEPC	Service des Actions Educatives et des Pratiques Citoyennes
SAH	Secteur Associatif Habilité
SAVS	Service d'Accompagnement à la Vie Sociale
SEAT	Service Educatif auprès des Tribunaux
SECOP	Service d'Evaluation et de Consultation Psychiatrique
SE-EPM	Service Educatif en Etablissement Pénitentiaire pour Mineurs
SESSAD	Service d'Education Spécialisé et de Soins à Domicile
SME	Suivie Mise à l'Epreuve
SP	Secteur Public
SPE	Service Public de l'Emploi
SPIA	Service de la Prévention, de l'Insertion et de l'Autonomie
STEI	Service Territorial Educatif d'Insertion
STEMO	Service Territorial Educatif de Milieu Ouvert
TIG	Travaux d'Intérêt Général
TISF	Technicien de l'Intervention Sociale et Familiale
TOC	Troubles Envahissants du Comportement
UEAJ	Unité Educative Activité de Jour
UEHC/D	Unité Educative d'Hébergement (Collectif/Diversifié)
UEMO	Unité Educative Milieu Ouvert

Décembre 2012 - Impression CID - CG33

Observatoire Départemental de la Protection de l'Enfance
Direction Enfance et Famille

Esplanade Charles-de-Gaulle - 33074 Bordeaux cedex
Tél. 05 56 99 33 33

Gironde
CONSEIL GENERAL
gironde.fr