

SCHÉMA DÉPARTEMENTAL ENFANCE FAMILLE 2012 - 2016

CONSEIL GÉNÉRAL DES PYRÉNÉES-ATLANTIQUES

ORIENTATIONS

















La loi du 5 mars 2007 a désigné le Président du Conseil général comme « chef de file de la protection de l'enfance ». Elle le place en première ligne dans la prise en considération de l'enfant avec sa famille. Au-delà de la loi, nos convictions les plus fortes sont engagées pour une société plus solidaire, un monde plus juste, pour moins d'inégalités et pour garantir à chaque jeune un droit à la protection et au soutien.

Ce sont là les fondations de notre avenir commun. Notre société change et nous devons en être les observateurs et les acteurs. Nous devons non seulement adapter nos interventions à ces évolutions mais aussi à chaque situation. C'est pourquoi nous avons tenu à élaborer ce nouveau schéma départemental Enfance et Famille, en concertation avec tous nos partenaires pour mieux coordonner nos services et nos actions, en adéquation avec le terrain. Écoute et respect sont nos engagements, y compris pour les parents dont le rôle au sein de la famille est primordial.

La prévention n'est pas un vain mot, c'est la meilleure alliée de notre politique sociale. Nous intervenons ainsi dès les premiers moments de la vie de l'enfant : pour nous la Protection maternelle et infantile est une priorité. L'adoption aussi fait partie de nos préoccupations, nous en sommes le pilote principal.

Quelle que soit la situation de l'enfant et de sa famille, nous continuerons à rendre plus performant notre rôle d'accompagnement jusqu'à faciliter l'autonomie, prévenir les ruptures, être présents lors des difficultés.

Ce sont là les grandes lignes qui nous guident. Mais c'est ensemble - institutions, associations, collectivités locales, parents - que nous construisons l'avenir de nos enfants.

Georges LABAZÉE Président du Conseil général des Pyrénées-Atlantiques

1. L'ambition du département des Pyrénées-Atlantiques en 15 orientations	6
1 - La mission d'adoption	7
2 - La mission de Protection Maternelle et Infantile (PMI)	9
3 - La mission de prévention ————————————————————————————————————	13
4 - La mission de protection —	—— 17
5 - Une action transversale : le pilotage	 21
2. Les 15 orientations traduite en fiches actions	23
Adoption	
1 - Développer le soutien des candidats à l'adoption et des familles ayant adopté ————————————————————————————————————	25
Protection maternelle et infantile (PMI)	
2 - Recentrer le service de pmi sur ses missions de prévention de la santé publique, par une adaptation de l'organisation et des moyens	26
Prévention	
3 - Animer la coordination des acteurs de la prévention collective en positionnant le conseil général dans un rôle de chef de file	
4 - Renforcer la prévention pour les préadolescents et adolescents ————————————————————————————————————	
5 - Participer à la prévention du décrochage scolaire ————————————————————————————————————	—— 30
6 - Favoriser l'autonomie des jeunes (16-25 ans) ————————————————————————————————————	31
Protection	
7 - Améliorer la détection des enfants en situation de danger, en optimisant le dispositif de recueil et de traitement des informations préoccupantes	32
8 - Améliorer le soutien des familles à domicile, en structurant les actions en milieu ouvert et en confortant la spécialisation des intervenants	33
9 - Assurer une réponse aux situations de danger immédiat, en étoffant le dispositif d'accueil d'urgence et en améliorant son fonctionnement	
10 - Améliorer la prise en charge des enfants en familles d'accueil, en renouvelant l'offre d'accueil familial	35
11 - Améliorer et diversifier la prise en charge des enfants en établissement ————————————————————————————————————	 37
12 - Développer le travail avec les familles, et en particulier les conditions d'exercice de l'autorité parentale ——	 39
13 - Améliorer les prises en charge mixtes médico-sociales et sanitaires en développant des dispositifs adaptés et en travaillant les articulations entre les acteurs ————————————————————————————————————	40
14 - Améliorer la continuité éducative de prise en charge des enfants confiés, notamment par la mise en place du projet pour l'enfant (PPE)	41
15 - Favoriser l'autonomie des jeunes majeurs (18-21 ans)	 42
O Chiffing and the published	
3. Chiffrage du schéma	44
Lexique	45

L'AMBITION DU DÉPARTEMENT DES PYRÉNÉES-ATLANTIQUES

A l'issue d'une large concertation et en cohérence avec les dispositions légales, le présent schéma a été voté à l'unanimité par l'Assemblée départementale en session spéciale le 1er juin 2012 et a permis d'identifier plusieurs enjeux transversaux pour le Département :

- 1. Le renforcement du positionnement du Conseil général comme pilote de la politique Enfance Famille (loi de mars 2007), vis-à-vis de l'ensemble des partenaires institutionnels et associatifs.
- 2. L'intégration des priorités de la loi de mars 2007, réformant la protection de l'enfance, dans les pratiques départementales, avec notamment :
- Le renforcement de la prévention à la fois dans les domaines de la PMI et de l'ASE,
- L'amélioration de la détection des enfants en situation de danger à travers le renforcement du circuit de recueil et de traitement des informations préoccupantes,
- La mise au point de solutions « sur-mesure » pour les enfants, à travers la diversification des modes de prise en charge en placement ou en alternatives au placement,
- La nécessité de mieux soutenir les familles et de contractualiser les relations avec elles dans le cadre de la protection.

- **3.** L'amélioration de la qualité et de la continuité de la prise en charge des enfants, notamment à travers :
- le renforcement de la complémentarité avec le soin,
- la poursuite de la rénovation des établissements de protection de l'enfance et la diversification des prestations,
- la mise en place du projet pour l'enfant (PPE).
- 4. Une meilleure coordination de la prévention, notamment pour limiter ou résoudre les problématiques des enfants avant qu'elles ne soient aiguës et pour favoriser la promotion des jeunes et de leurs familles.
- 5. Une meilleure équité de traitement des situations sur l'ensemble du territoire départemental, à travers une meilleure lisibilité des besoins territoriaux et de meilleures réponses à ces besoins.
- 6. L'amélioration des pratiques professionnelles, notamment à travers la fluidité de la communication, la diffusion des pratiques communes, et un renforcement des formations communes aux professionnels du champ de la protection de l'enfance.

Le Département souhaite en particulier

- faciliter l'épanouissement de l'enfant et favoriser l'entrée du jeune dans la vie d'adulte dans un cadre protecteur, tout en respectant la place et les compétences parentales,
- construire des réponses complètes qui répondent aux besoins des familles et des jeunes dans le cadre d'interventions coordonnées en s'appuyant sur les dynamiques partenariales,
- apporter une aide éducative et un accompagnement renforcé aux parents ainsi qu'aux jeunes en difficulté, tout en améliorant, dans la diversification, les dispositifs d'accueil.

Nous traversons une période où les nombreux facteurs de fragilité sont à la fois complexes et particulièrement évolutifs. Pour répondre au mieux aux enjeux actuels de la mission Enfance Famille, 4 missions ont été définies et confortées :

LA PROTECTION MATERNELLE ET INFANTILE (PMI)

La progression de la vulnérabilité et ses effets sur l'accès au soin et à la santé nous conduisent à recentrer nos actions autour de la prévention précoce et de l'accompagnement à la parentalité.

Ce recentrage permet également d'assurer un meilleur dépistage des handicaps des enfants de moins de 6 ans. Si les missions de la PMI s'adressent prioritairement aux familles défavorisées, elles concernent également l'ensemble de la population dans le cadre de la promotion de la santé des enfants et des familles.

LA PRÉVENTION

Il s'agit de prévenir les difficultés pouvant survenir dans les relations parents-enfants en renforçant les actions d'accompagnement et les interventions au sein des familles.

Il s'agit aussi d'améliorer l'aide des 16-21 ans pour lesquels l'accès à la majorité et l'insertion sociale sont des paliers difficiles à franchir, et en particulier lorsque les soutiens parentaux sont absents ou insuffisants.

Au sein de ces 4 missions, le Département a défini 15 orientations prioritaires, exposées ci-après.

LA PROTECTION

Le Département souhaite permettre aux familles de mobiliser leurs ressources pour la mise en œuvre de nouvelles démarches de co-construction éducative dans le cadre du projet de l'enfant, en garantissant les meilleures conditions d'accueil. Cette qualité de l'accueil passe notamment par la mise en adéquation de l'offre aux besoins et la conception de solutions alternatives aux placements : accueil séquentiel, accompagnement quotidien à domicile...

L'ADOPTION

Par ailleurs, le Département souhaite donner une place importante à une meilleure mise en œuvre de la mission « adoption » en favorisant le soutien et l'accompagnement des familles adoptantes, avant et après l'agrément, puis au moment de l'accueil de l'enfant adopté.

Mission

N°1

L'ADOPTION

ORIENTATION N°1: DÉVELOPPER LE SOUTIEN DES CANDIDATS A L'ADOPTION ET DES FAMILLES AYANT ADOPTE

Le Département des Pyrénées-Atlantiques est au premier rang des acteurs agissant dans le domaine de la parentalité et des filiations adoptives, et a notamment en charge :

- l'agrément des personnes qui souhaitent adopter,
- l'accompagnement des candidats dans l'adoption internationale, voie essentiellement utilisée aujourd'hui (mission du correspondant départemental de l'Agence Française de l'Adoption),
- le suivi post-adoption.

LE CONTEXTE

Depuis quelques années déjà, le contexte de l'adoption internationale se complexifie en raison de la diminution du nombre d'enfants adoptables et de l'évolution du profil de ces enfants. La proportion d'enfants à besoins spécifiques en raison de leur âge, de leur histoire, de leur santé ou de l'existence d'une fratrie est en constante augmentation, au point que certains pays ne proposent plus à l'adoption internationale que de tels enfants.

Aussi, les conséquences de cette situation, diminution du nombre d'enfants et profil des enfants proposés à l'adoption, ont amené les services à faire plusieurs constats :

- augmentation du délai d'attente pour adopter (en moyenne 4 ans à l'international),
- inadéquation entre projets des candidats et profils des enfants adoptables,
- parents adoptifs qui se retrouvent en grandes difficultés, parfois dès les premières années qui suivent l'arrivée de l'enfant.

LES ENJEUX

C'est pourquoi les orientations de ce nouveau schéma de l'Enfance prennent en compte l'évolution du contexte actuel afin d'optimiser les chances de réussite de d'adoption. Il s'agit notamment de :

- mieux préparer les candidats à la réalité de l'adoption,
- apporter un plus grand soutien aux candidats après l'obtention de leur agrément pour les accompagner dans la construction de leur projet,
- renforcer le suivi des familles après l'adoption, en mettant en place, dès l'arrivée de l'enfant, un accompagnement de qualité par une équipe pluridisciplinaire qui apportera son aide à la construction, tant de la filiation que de la parentalité adoptives.

LES ACTIONS À CONDUIRE

- l'organisation régulière d'entretiens avec le service pour aide, orientation et accompagnement dans la construction du projet ou durant le délai d'attente,
- la mise en place de réunions de sensibilisation sur le territoire des Pyrénées-Atlantiques,
- la structuration et la mobilisation d'une équipe pluridisciplinaire (puéricultrice, psychologue, assistante sociale, sage-femme...) pour proposer un accompagnement médico-social global à l'arrivée de l'enfant.

Mission

N°2

LA PROTECTION MATERNELLE ET INFANTILE

ORIENTATION N°2: RENCENTRER LE SERVICE DE PMI SUR SES MISSIONS DE PRÉVENTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE, PAR UNE ADAPTATION DE L'ORGANISATION ET DES MOYENS

LE CONTEXTE

La Protection Maternelle et Infantile (PMI), seule compétence sanitaire globale décentralisée dont les missions obligatoires sont partagées avec l'État et l'assurance maladie, est placée à l'interface des acteurs sanitaires, sociaux et éducatifs. Elle doit être apte à prendre en compte précocement l'ensemble des facteurs de vulnérabilité de l'enfant, de ses parents, de sa famille, et être un acteur capital de cette dimension préventive.

Or, la fragilisation et la détérioration des conditions de vie des familles se manifestent par l'émergence de nombreux indicateurs inquiétants, touchant notamment les enfants et les adolescents : troubles de l'adaptation et des comportements sociaux, troubles de la parentalité, carences de repères, atteintes à la sécurité et au développement des enfants, troubles alimentaires et addictions, résurgence de maladies

infectieuses, difficulté de maîtrise des impulsions, violences et maltraitances diverses...

Sur les 5 années à venir, la PMI devra donc accorder une attention particulière à certains déterminants de santé :

- Les inégalités de santé socio-économiques et culturelles et les troubles qui leur sont liés (handicaps sensoriels, langage, apprentissages, obésité, accidents),
- Les facteurs sociaux générateurs de stress et de pathologies,
- · Les addictions,
- · Les troubles mentaux,
- Les compétences parentales,
- Les facteurs de développement de l'enfant.

LES ENJEUX

Dans ce contexte, le Conseil général des Pyrénées-Atlantiques a souhaité positionner le service de PMI au centre d'un dispositif renforcé de promotion de la santé de la petite enfance et de la famille et recentrer ses actions sur 4 axes opérationnels :

- Prévention périnatale auprès des femmes enceintes et des nourrissons selon 3 périodes clé : grossesse, naissance et retour de maternité à domicile ;
- Accompagnement des parents dans les 2 premières années de l'enfant;
- Actions de dépistage des troubles d'ordre physique, psychologique, sensoriel, d'apprentissage dans les trois premières années;
- Réaffirmation du rôle important que doit jouer la planification et l'éducation familiale auprès des adolescents dans les réseaux de prévention.

Le Département a également l'ambition de voir la PMI

mettre en place une méthodologie d'intervention sur cette période :

- Évaluation des compétences parentales,
- Évaluation du développement de l'enfant,
- Dépistage précoce des troubles d'établissement des liens d'attachement,
- Dépistage précoce des troubles mentaux de l'enfant. Pour répondre à ces enjeux, le Département a fixé une orientation majeure générale sur les 5 prochaines années : recentrer le service de PMI sur ses missions premières et obligatoires, par une adaptation de l'organisation et des moyens.

Ces orientations sont déclinées en 10 actions concrètes, regroupées dans une fiche-actions.

LES ACTIONS À CONDUIRE

10 actions concrètes sont prévues ou en cours de réalisation :

Créer un pôle des modes d'accueil de la petite enfance

Ce projet propose dans un but d'économie de santé, de déterminer la qualification nécessaire et suffisante des personnels qui seront retenus pour exécuter l'ensemble des taches de la mission d'agrément, d'autorisation d'ouverture, de suivi et de contrôle des modes d'accueil, sans perdre en qualité de service. Les charges de travail des professionnels de santé les plus qualifiés de la PMI en seront d'autant allégées pour exécuter des missions correspondant davantage à leur qualification.

Renforcer l'action autour de la naissance

L'objectif est de soutenir les parents avant la naissance, puis l'enfant dans les premiers mois de sa vie, en veillant en particulier à la qualité d'établissement du lien d'attachement, essentiel à son développement, et à la prise en compte des situations qui peuvent le perturber.

Les parents les plus jeunes ou les plus isolés ont

besoin de soutien, notamment au moment du retour à domicile,ou quand des difficultés personnelles constituent un contexte de risque pour l'enfant à naître. Le service de PMI a contribué efficacement à la constitution et au fonctionnement des deux réseaux périnataux de proximité en Pays basque et en Béarn, qui permettent de coordonner l'intervention précoce des partenaires de prévention, parmi lesquels les 8 sages-femmes de PMI et les 2 puéricultrices de PMI de liaison occupent une place privilégiée. La vulnérabilité périnatale justifiant une intervention de la PMI et des réseaux concerne environ 15% à 20% des naissances du département.

Réaménager le dispositif départemental des examens de santé des enfants de 3 à 4 ans

Le projet de réaménagement des bilans de santé de 3 à 4 ans répond à la nécessité de renforcer la prévention au long du développement de l'enfant, face à la détérioration des indicateurs de santé infantile et au danger d'inadaptation sociale (violences et maltraitances, troubles des apprentissages, de

l'adaptation et des comportements sociaux, troubles de la parentalité...). 6 500 à 7000 enfants sont éligibles dans notre département

Objectif : généraliser un examen systématique de santé en écoles maternelles, comprenant :

- une évaluation de la croissance somatique (dépistage obésité)
- des bilans sensoriels (visuel et auditif)
- une évaluation du développement de la communication, du langage oral, des apprentissages, de l'adaptation sociale.
- un repérage des facteurs de risque de troubles mentaux.

Développer les actions qui renforcent les compétences parentales

Il est prévu de redéployer les trois principaux modes d'intervention de la PMI auprès des usagers (actions collectives, visites à domicile, consultations) en accordant plus de place aux actions collectives, centrées sur la rencontre entre parents, enfants et professionnels, qui ont pour objectifs de soutenir le lien social, de promouvoir les conduites solidaires et adaptées au sein du groupe familial et social.

Ces actions ont un impact positif sur la construction des liens parents-enfants, sur la qualité des soins parentaux et sur le comportement de l'enfant envers ses pairs.

Soutenir les Lieux d'Accueil Enfants-Parents

Le LAEP est un lieu d'accompagnement à la parentalité en présence d'accueillant(e)s qui proposent un espace collectif de rencontre et d'échanges entre enfants jusqu'à 6 ans, et parents ou substituts parentaux. Il permet d'aborder les notions de lien, de relation et de séparation symbolique, en aidant l'enfant à s'éloigner en toute sécurité pour explorer et revenir quand il en a besoin. C'est un lieu de lien social, paisible et convivial où chacun a sa place et où la compétence de tous est reconnue.

Accueillir l'enfant et ses parents dans un espace qui leur est totalement dédié, va permettre aux parents de mieux percevoir les sollicitations de leur petit, d'y répondre, de le réconforter, de dialoguer avec empathie, mais également de tirer bénéfice, compréhension et réconfort de la présence des autres parents.

Développer les Projets partenariaux d'éducation de santé

Objectif: établir une coopération entre le service départemental de PMI du Conseil général des Pyrénées-Atlantiques, les Ateliers Santé-Ville et les GIP-DSU de Pau et de Bayonne, la CPAM, afin de favoriser le développement, sur un ou plusieurs quartiers, de programmes concertés et très concrets d'éducation de santé, d'accompagnement et de soutien des parents dans leur fonctions parentales, et de leurs enfants dans leur développement physique, intellectuel, affectif et social. Ces projets de coopération concernent les troubles alimentaires, l'obésité, les vaccinations, les conduites à risques, etc.

Renforcer les actions des Centres de Planification et d'Éducation Familiale

Il est apparu nécessaire de remettre à niveau nos actions dans ce domaine, notamment en réintégrant les actions isolées des 5 Centres de Planification et d'Éducation Familiale des Pyrénées-Atlantiques ayant reçu délégation de compétence, dans les actions préventives coordonnées du Conseil général. Une nouvelle convention a été signée entre le Conseil général et chacun des CPEF des Pyrénées-Atlantiques à cet effet.

En 2011, la remise à niveau de l'organisation et des moyens en matière de planification et d'éducation familiale entreprise par l'Institution a permis d'obtenir des résultats encourageants concernant la dégradation précédemment observée des indicateurs de vulnérabilité (notamment le nombre des IVG chez les adolescentes qui semble se stabiliser selon les données recueillies par le CPEF de la Côte basque)

Améliorer la politique de vaccination, notamment grâce à l'informatisation des certificats de santé

Le service central de PMI est destinataire de plus de 20 000 certificats de santé obligatoires du 8ème jour, 9ème et 24ème mois des enfants. Ces certificats sont établis et transmis par tout médecin qui examine l'enfant. Ils comportent des données sur la famille, sur la santé de la mère et de l'enfant, sur l'environnement de l'enfant.

L'exploitation informatisée de ces données, par convention avec l'Observatoire régional de la santé d'Aquitaine (ORSA), permettra de préciser certains aspects de la santé des enfants du département, d'évaluer leur couverture vaccinale, de relancer notre politique de vaccinations, et d'assurer la transmission obligatoire des données anonymisées à la Direction générale de la santé, conformément à l'article 2112-2 du Code de la Santé Publique. L'édition d'un document tous publics permettra de présenter l'essentiel de ces données.

Coordonner la santé des enfants confiés à l'ASE

Souhaitant modéliser une pratique départementale, la direction Enfance Famille pilotera un groupe de travail pour construire et mettre en œuvre un dispositif formalisé applicable dans les 12 MSD et l'UPF, sur les bases suivantes :

- Le suivi de santé des enfants pris en charge par l'ASE sera effectué par l'équipe de PMI intervenant sur le secteur de résidence de l'Assistant familial.
- Sachant que la coordination de santé consiste à s'assurer que l'enfant bénéficie d'un suivi de santé régulier, et des soins nécessités par son état de santé, l'équipe de PMI prendra tous contacts et toutes initiatives nécessaires pour cela.

Développer les réseaux de périnatalité de proximité avec les centres hospitaliers et les maternités, et le partenariat avec les médecins libéraux et le secteur associatif

La vulnérabilité peut toucher toutes les familles, et pas seulement celles affectées par la pauvreté et la précarité. Le travail de réseau doit donc favoriser l'accès au soin au sens large des parents vulnérables et de leurs enfants, et aider les professionnels à dépasser les limites posées par leur fonction et leur institution pour permettre le traitement de l'ensemble des situations. Les actions proposées sont notamment de renforcer et finaliser la mise en place de réseaux périnatalité de proximité, développer le partenariat avec les médecins libéraux de ville et le secteur associatif, partager des formations en commun afin d'acquérir des niveaux d'expertise complémentaires et pluridisciplinaires.

Modifier la position et les missions des médecins de PMI et mettre en œuvre un plan incitatif de recrutement.

• La cohérence de l'organisation de prévention dans les territoires procède du dialogue obligatoire entre le responsable administratif, en charge de l'animation et du management général de la MSD, et le médecin référent, en charge du management de santé.

L'interdisciplinarité ne s'opère pas dans la réduction à un seul plan de compréhension, mais découle de la rencontre des complémentarités sociale et sanitaire. C'est en conséquence le rôle des deux principaux cadres de territoire en MSD, le responsable administratif de MSD, chargé de la coordination générale des actions, et le médecin référent, responsable de l'équipe et des missions de PMI, d'aménager, sans subordination hiérarchique entre eux, le dialogue et l'entente obligatoires, gages d'efficacité.

Pour atteindre ce résultat, l'institution doit définir précisément la position des médecins de PMI dans leur rôle et leurs responsabilités de cadre chargés du management des professionnels de santé sur un territoire, par délégation du médecin départemental de PMI, conformément aux dispositions de la loi du 18 décembre 1989, reprises dans celles du 5 mars 2007, et aux CTP départementaux de 2003 et de 2006.

Parallèlement, un groupe de travail doit préparer et proposer un schéma de coordination fonctionnelle entre les deux cadres de territoire chargés d'encadrement : responsable de territoire et médecin référent de PMI.

- Les conditions salariales et indemnitaires des médecins doivent être réexaminées pour permettre une fidélisation des équipes.
- Des actions incitatives de recrutement doivent être menées dans un contexte de concurrence entre collectivités et de désaffection pour la profession, notamment l'accueil de stagiaires et d'internes ou l'information des étudiants en médecine dans les cycles d'études universitaires

Mettre en place un plan de formation d'équipe PMI et de formations communes avec les partenaires.

Le plan d'organisation du service départemental de PMI des Pyrénées-Atlantiques prévoit de former les agents aux connaissances et aux pratiques qui sont indispensables pour comprendre et mettre en œuvre efficacement les actions de prévention auprès des familles dans les domaines de la santé publique, de la vulnérabilité, de l'intervention précoce et du soutien à la parentalité.

En parallèle, depuis 5 ans, un programme de formation interne continu a été mis en place auprès de l'ensemble des professionnels de santé en PMI, qui fait appel principalement au compagnonnage et aux « personnes ressources ».

Mission

N°3

LA PRÉVENTION

La loi de mars 2007 fait de la Prévention un axe majeur de la Protection de l'enfance et la définit dans ces termes : «Prévenir les difficultés auxquelles les parents peuvent être confrontés dans l'exercice de leurs responsabilités éducatives et accompagner les familles ».

PRÉVENIR consiste à :

- Susciter une dynamique favorable au développement de l'enfant et de l'adolescent,
- Écouter, comprendre et élaborer avec la famille des réponses qui doivent permettre de dépasser les difficultés,
- Prendre en compte les différents besoins des parents, des enfants et des jeunes : information, conseil, orientation, accompagnement, soutien.

Une attention particulière doit être portée à :

- soutenir les parents, à les aider à développer leurs capacités parentales, à les conforter dans leurs rôles et responsabilités;
- accompagner préadolescents et adolescents dans cette phase de la vie où expérimentation, recherche de défis et de limites sont prégnants mais aussi besoin de réassurance et de liens avec des adultes structurants;
- lever les freins à la prise d'autonomie et à la construction des parcours d'insertion sociale et professionnelle.

La prévention ne se comprend que dans une approche globale, tant elle concerne l'ensemble des champs de la vie de l'enfant, de l'adolescent et de sa famille : relations intrafamiliales, vie de quartier, relations avec l'école, le collège, loisirs et centres d'intérêts, santé,...

Cette approche globale impose aux nombreux acteurs

de la prévention de travailler dans la complémentarité, de tendre vers la cohérence des dispositifs, de développer les relais, la mise en réseau des différents intervenants en lien avec les parents et les familles. Le Conseil général des Pyrénées-Atlantiques a affirmé sa volonté de développer une politique en faveur de la jeunesse. Si elle doit concerner l'ensemble des jeunes du département, elle doit prendre en compte les plus fragilisés, tant pour gommer les obstacles à leur autonomie (ou leur donner les moyens de les franchir) que pour mettre en valeur leurs ressources,

« Faciliter l'insertion ou la promotion sociale des jeunes et des familles » est une mission confiée au Département par le Code de l'Action sociale et des familles, qui sous-tend la démarche de prévention déclinée dans ce schéma.

leurs initiatives et projets.

ORIENTATION N°3: ANIMER LA COORDINATION DES ACTEURS DE LA PRÉVENTION, EN POSITIONNANT LE CONSEIL GÉNÉRAL DANS UN RÔLE DE CHEF DE FILE

LES ENJEUX

La loi de mars 2007 a positionné le Président du Conseil général comme le chef de file de la Protection de l'enfance et accorde une place importante à la prévention.

Il importe donc de positionner le Conseil général dans un rôle de coordination des acteurs de la prévention, avec pour 1er objectif de développer la complémentarité des interventions de la prévention du champ de l'Aide sociale à l'enfance (Maisons de la Solidarité départementale, Associations de prévention spécialisée, Centres sociaux et MJC). Cette complémentarité doit permettre la construction de réponses concertées, qu'elles soient individuelles ou collectives.

La superposition des dispositifs partenariaux de la prévention (Réseau appui parents, Contrats urbains de cohésion sociale, Contrat enfance jeunesse, ...) rend parfois complexe la lecture des enjeux et des interventions sur les territoires. Leur mise en cohérence doit faciliter le positionnement des acteurs et favoriser leurs impacts pour les publics concernés.

Le maillage du territoire et la prise en compte des zones rurales ou périurbaines est capitale, les besoins des jeunes (même s'ils ne s'expriment pas toujours avec la même acuité) étant fondamentalement les mêmes, quel que soit leur lieu de résidence.

LES ACTIONS À CONDUIRE

- Mise en place d'instances de concertation,
- Réalisation de diagnostics partagés,
- Mise en œuvre de projets collectifs pour répondre aux besoins des jeunes,
- Construction de réseau sur les territoires périurbains ou ruraux.

Pour animer ces actions, au plus près des territoires, trois postes de référents territoriaux prévention seront créés pour porter au sein des Maisons de la Solidarité départementale cette mission et favoriser les liens avec et entre les acteurs de la prévention.

ORIENTATION N°4: RENFORCER LA PRÉVENTION POUR LES PRÉADOLESCENTS ET ADOLESCENTS

LES ENJEUX : ACCOMPAGNER LES JEUNES, VALORISER LEURS INITIATIVES ET TRAVAILLER LA PLACE DES PARENTS

L'adolescence est une période de fragilité dans la construction des jeunes. Perte de confiance en soi, transformations corporelles et psychiques, conduites d'opposition, alternance d'enthousiasmes et de déprimes, repli sur soi ou recherche du groupe... autant de difficultés auxquelles sont confrontés les ados et les parents ou adultes qui les accompagnent.

Les parents souvent démunis devant leurs préados ou ados doivent pouvoir trouver des ressources leur permettant d'être réellement présents auprès de leurs jeunes.

Les adolescents ne doivent pas être perçus (ni se percevoir) en négatif ou comme source de problèmes et difficultés. Il est primordial de leur donner des opportunités de dynamique positive, de les accompagner dans leurs projets et ainsi de leur renvoyer une image valorisante pour eux-mêmes et pour les adultes.

LES ACTIONS À CONDUIRE

- Développer les lieux d'écoute des jeunes, lieux d'expression des difficultés, doutes mais aussi lieux d'information sur les différentes préoccupations des jeunes.
- Créer un dispositif de « bourses aux projets », en cohérence avec l'existant, pour valoriser les initiatives des jeunes et les accompagner dans leurs projets individuels ou collectifs.
- Accompagner les parents en identifiant les actions déjà conduites et en renforçant leur complémentarité.
 Mais aussi, mettre en place des plates-formes de soutien aux parents avec une approche tant collective qu'individuelle. Et enfin, proposer des formations communes aux différents acteurs sur la spécificité de l'accompagnement de parents d'adolescents.

ORIENTATION N°5: PARTICIPER A LA PRÉVENTION DU DÉCROCHAGE SCOLAIRE

LES ENJEUX

Le Département se doit de contribuer à la réussite scolaire des collégiens en participant à la lutte contre l'absentéisme scolaire et le décrochage scolaire. Cette contribution s'inscrit pleinement dans la mission de Protection de l'enfance et est conduite dans ce cadre là. Les parents des jeunes collégiens en difficulté scolaire ont besoin d'un accompagnement spécifique, tant la scolarisation de leurs enfants est souvent source de

conflit et de difficultés surajoutées.

La complémentarité entre le champ scolaire et le champ éducatif doit être confortée. Le jeune scolarisé nécessite une approche globale et les compétences des uns doivent être conjuguées aux compétences des autres pour permettre cette prise en compte globale du jeune (et de sa famille).

LES ACTIONS À CONDUIRE

- Favoriser la participation des travailleurs sociaux aux cellules de veille mises en place dans les établissements scolaires. Pour cela, organiser des formations communes sur le partage des informations.
- Conforter les dispositifs relais en créant une classerelais sur la côte basque et en étoffant le personnel éducatif de celle de Pau.
- Accompagner les expérimentations favorisant le maintien dans la scolarité (prise en charge des élèves risquant l'exclusion ou exclus, développement d'actions sur les zones non ciblées par le programme de réussite éducative).

ORIENTATION N°6: FAVORISER L'AUTONOMIE DES JEUNES DE 16 A 25 ANS

LES ENJEUX

16-25 ans est une période clé pour l'insertion sociale et professionnelle des jeunes. Dans une période de la vie où les spécificités de l'adolescence sont encore prégnantes, l'autonomie ne s'acquiert pas de façon aisée, quand se conjuguent des difficultés d'accès à l'emploi, d'accès au logement, de mobilité, de prise en compte de la santé...

La volonté de construire une politique jeunesse doit prendre en compte de manière particulière les jeunes les plus en difficultés, tout en veillant à ne pas stigmatiser tel ou tel public mais plutôt à les intégrer dans une approche plus large.

LES ACTIONS À CONDUIRE

- Pérenniser et développer le dispositif d'accompagnement des jeunes les plus en difficultés, dispositifs conduits par les Missions locales. Et pour cela, développer le partenariat avec le Conseil régional, notamment dans le cadre du dispositif 2nde chance.
- Favoriser la mobilité des jeunes et les aider à prendre soin de leur santé. Dans un 1er temps, une évaluation des besoins sur ces deux thématiques devra être conduite (de même qu'un état des lieux des ressources existantes), étape préalable à la mise en oeuvre de mesures spécifiques pour les jeunes.

Mission

N°4

LA PROTECTION

LE CONTEXTE

L'évolution des besoins :

- L'évolution des besoins des publics à protéger est à l'image de la crise sociale et économique qui percute les familles et les enfants au sein de la société dans son ensemble et qui conduit les professionnels à gérer des problématiques sociales et psychologiques multiformes.
- L'évolution législative (loi de 2002 et loi du 5 mars 2007 en particulier) reconnaît une plus grande place à la formation parentale et à l'exercice de l'Autorité parentale qui induit un autre mode de relation entre les services & les familles.
- L'évolution des connaissances dans les domaines sociologique, psychologique et ethnologique, amène les institutions à repenser les modes de leurs interventions.

Les orientations du Schéma dans ce domaine doivent prendre en compte :

- L'évolution des besoins des publics à protéger,
- Les transformations législatives et institutionnelles,
- Un cadre budgétaire plus contraint que par le passé, en lien avec les capacités financières du Département dans les années à venir.

LES ENJEUX

Le Département des Pyrénées-Atlantiques souhaite donc regrouper les axes forts du Schéma

2012-2016, en matière de protection, autour de 5 enjeux essentiels :

- Individualiser les prises en charges des enfants en y associant les parents: travail renforcé avec la famille, continuité de la prise en charge notamment en lien avec le projet pour l'enfant (PPE), interventions éducatives à domicile à travers des mesures d'AED ou d'AEMO...
- Répondre avec réactivité aux besoins de protection : réponses adaptées aux informations préoccupantes, accueil d'urgence...
- 3. Développer la qualité de la prise en charge de

l'enfant, tant sur l'hébergement, l'accompagnement éducatif que le soutien scolaire ou l'aide à l'insertion professionnelle, que ce soit au sein de services et d'établissements ou des familles d'accueil.

- **4.** Diversifier les modes d'accueil et faire émerger des innovations nécessaires.
- **5.** Conjuguer les compétences des différents partenaires (Justice, Santé, Éducation ...) afin de construire des solutions adaptées à l'intérêt de l'enfant.

L'enjeu général est d'offrir aux usagers une qualité maintenue ou renforcée dans les réponses, au travers de l'amélioration des prises en charge existantes ou de leur adaptation.

LES 9 ORIENTATIONS

Les enjeux exprimés ci-dessus se traduisent en 9 orientations en matière de protection :

Orientation 7. Améliorer la détection des enfants en situation de danger, en optimisant le fonctionnement du dispositif de recueil et de traitement des informations préoccupantes ;

Orientation 8. Améliorer le soutien éducatif des familles à leur domicile, en structurant les actions en milieu ouvert et en confortant la spécialisation des intervenants ;

Orientation 9. Assurer une réponse aux situations de danger immédiat, en étoffant le dispositif d'accueil d'urgence et en améliorant son fonctionnement ;

Orientation 10. Améliorer la prise en charge des enfants en familles d'accueil, en renouvelant l'offre d'accueil familial ;

Orientation 11. Améliorer et diversifier la prise en charge des enfants en établissements ;

Orientation 12. Développer le travail avec les familles, et en particulier les conditions d'exercice de l'autorité parentale ;

Orientation 13. Améliorer les prises en charge mixtes médico-sociales et sanitaires, en développant des dispositifs adaptés et en travaillant les articulations entre les acteurs ;

Orientation 14. Améliorer la continuité éducative de la prise en charge des enfants, notamment par la mise en place du Projet Pour l'Enfant (PPE) ;

Orientation 15. Favoriser l'autonomie des jeunes majeurs (18-21 ans) pris en charge en protection.

ORIENTATION N°7 : AMÉLIORER LA DÉTECTION DES ENFANTS EN SITUATION DE DANGER, EN OPTIMISANT LE DISPOSITIF DE RECUEIL ET DE TRAITEMENT DES INFORMATIONS PRÉOCCUPANTES

L'objectif du Département est d'améliorer significativement la détection et le traitement des situations d'enfants en situation de danger, non seulement en améliorant le circuit de recueil et de traitement de l'information préoccupante, mais aussi en clarifiant la typologie et la définition de l'IP avec l'ensemble des partenaires concernés.

Pour atteindre cet objectif, plusieurs actions sont prévues :

- Élaborer un guide départemental de l'information préoccupante (IP),
- Améliorer la gestion du flux d'IP et fiabiliser les outils de suivi, notamment en renforçant les moyens de la CDED (Cellule Départementale de l'Enfance en Danger),
- Optimiser les circuits de recueil et de traitement de l'TP
- Continuer à clarifier les articulations avec les partenaires, notamment par des conventions.

ORIENTATION N°8 : AMÉLIORER LE SOUTIEN DES FAMILLES A LEUR DOMICILE, EN STRUCTURANT LES ACTIONS EN MILIEU OUVERT ET EN CONFORTANT LA SPÉCIALISATION DES INTERVENANTS

Sont concernés les intervenants en AED (Aide Éducative à Domicile), en AEMO (Aide Éducative en Milieu Ouvert) ou les TISF (Travailleurs de l'Intervention Sociale et Familiale).

Les recommandations de la loi de mars 2007 et l'évolution de la prise en charge des familles au sein de leur domicile nécessitent de faire évoluer les dispositifs et les pratiques, à travers plusieurs actions :

• Expérimenter un dispositif de mesure en milieu ouvert,

avec hébergement exceptionnel ou périodique ;

- Homogénéiser les modes d'organisation des équipes du Département assurant la mise en œuvre des AED;
- Améliorer la structuration et la coordination des interventions: référentiel AED-AEMO, guide explicatif à l'intention des parents, formations communes AED-AEMO, modes d'intervention des TISF sur certaines situations...

ORIENTATION N°9: ASSURER UNE RÉPONSE AUX SITUATIONS DE DANGER IMMÉDIAT, EN ÉTOFFANT LE DISPOSITIF D'ACCUEIL D'URGENCE ET EN AMÉLIORANT SON FONCTIONNEMENT

Le diagnostic du Schéma a notamment mis en lumière plusieurs enjeux :

- Clarification de la notion d'accueil d'urgence sur le département,
- Structuration du processus de traitement de l'urgence,
- Mise en adéquation du dispositif départemental avec les besoins, avec un sous-équipement constaté du département des Pyrénées-Atlantiques d'environ 40 places,
- Amélioration du suivi des places disponibles,
- Optimisation de la fluidité du dispositif, avec la nécessité de trouver rapidement des orientations en aval de l'accueil d'urgence.

Pour répondre à ces enjeux, et notamment l'enjeu primordial de la capacité d'accueil en cohérence avec les besoins, le Département envisage plusieurs

actions:

- Augmenter, dans les 5 ans à venir, le nombre de places en accueil d'urgence, soit en internat, soit en familles d'accueil, principalement au sein de l'établissement public du CDEF (Centre Départemental de l'Enfance et de la Famille).
- Améliorer la fluidité du dispositif départemental, notamment en mettant en place un outil améliorant la visibilité des places disponibles et en travaillant le partenariat avec les établissements pour accélérer les réorientations des jeunes,
- Clarifier la définition et structurer le processus et les modalités de traitement de l'accueil d'urgence, à travers un protocole et l'hypothèse d'une plate-forme départementale d'accueil d'urgence.

ORIENTATION N°10: AMÉLIORER LA PRISE EN CHARGE DES ENFANTS EN FAMILLES D'ACCUEIL EN RENOUVELANT L'OFFRE D'ACCUEIL FAMILIAL

Le diagnostic du Schéma pointe un autre enjeu majeur des 5 années à venir : le renouvellement des assistants familiaux, lié à une difficulté croissante à trouver des places d'accueil familial, avec de multiples explications : vieillissement et manque de renouvellement des assistants familiaux, décalage entre l'offre et le besoin, nécessité d'améliorer les conditions de travail du métier...

Plusieurs actions sont en cours de réalisation ou envisagées sur les 5 années à venir :

• Recruter de nouveaux assistants familiaux, grâce à une campagne de communication menée sur la durée,

- Diversifier l'offre d'accueil pour répondre aux problématiques spécifiques : accueil familial thérapeutique, accueil séquentiel, accueil d'urgence...
- Renforcer l'attractivité du métier et la fidélisation des assistants familiaux, grâce à une politique volontariste de revalorisation des conditions de rémunération et d'amélioration du soutien au quotidien;
- Renforcer la cohérence et la cohésion du dispositif départemental, regroupant assistants familiaux employés par le Conseil général ou par des associations.

ORIENTATION N°11: AMÉLIORER ET DIVERSIFIER LA PRISE EN CHARGE DES ENFANTS EN ÉTABLISSEMENT

L'amélioration de la protection des enfants en établissement est l'autre enjeu majeur du volet « hébergement » de la protection, en parallèle de celui de l'amélioration en familles d'accueil.

Si le diagnostic pointe un nombre de places d'hébergement en établissements globalement suffisant, la répartition de ces places nécessite un travail de redéploiement significatif : nécessité de petites unités d'hébergement plutôt que des sites trop concentrés, amélioration de certains projets éducatifs et rénovations architecturales pour faire coïncider l'offre à l'évolution des besoins des enfants, hypothèses de redéploiement vers des dispositifs alternatifs au placement traditionnel, construction de réponses spécifiques aux adolescents en grande difficulté, aux jeunes majeurs (18-21 ans), aux fratries...

Plusieurs actions sont en cours de réalisation ou envisagées sur les 5 années à venir :

- poursuivre la politique volontariste de rénovation des maisons d'enfants à caractère social,
- favoriser le rééquilibrage entre accueil collectif et accueil sur de petites unités,
- développer l'accueil séquentiel,
- renforcer des dispositifs alternatifs au placement, comme le service d'adaptation progressive en milieu naturel (sapmn),
- développer l'accueil avec hébergement pour « parent isolé - enfants de moins de 3 ans »,
- améliorer la prise en charge des fratries,
- adapter et conforter les activités de jour au sein des maisons d'enfants ou des lieux de vie et d'accueil,
- conforter la démarche de prévention des maltraitances en institution.

ORIENTATION N°12 : DÉVELOPPER LE TRAVAIL AVEC LES FAMILLES, ET EN PARTICULIER LES CONDITIONS D'EXERCICE DE L'AUTORITÉ PARENTALE

La loi du 5 mars 2007 met en avant le travail avec les familles et la mobilisation de leurs ressources pour initier de nouvelles démarches de co-construction de projets pour leurs enfants. L'objectif de la loi est d'améliorer la place des familles dans le dispositif de protection de l'enfance, dans une logique contractuelle de « donnant-donnant » ou de « gagnant -gagnant » entre parents et services de l'Aide Sociale à l'Enfance. Dans ce contexte, le diagnostic du schéma pointe un dispositif départemental insuffisamment adapté à cette mobilisation des familles, avec une difficulté particulière à organiser les conditions de l'exercice de l'autorité parentale sur des lieux rencontres parents-enfants (LRPE).

Le Département envisage alors les principales actions suivantes :

- augmentation des capacités d'accueil en lieux rencontre parents-enfants,
- mise en adéquation des conditions d'ouverture et de fonctionnement des lieux de rencontre avec les besoins des publics,
- création d'équipes mobiles, issues des équipes des lrpe, pour améliorer le maillage territorial,
- amélioration de la structuration et de l'ajustement des pratiques, par la formalisation de référentiels d'intervention, de formations communes, d'échanges de pratiques.

ORIENTATION N°13: AMÉLIORER LES PRISES EN CHARGE MIXTES MÉDICO-SOCIALES ET SANITAIRES, EN DÉVELOPPANT DES DISPOSITIFS ADAPTES ET EN TRAVAILLANT LES ARTICULATIONS ENTRE LES ACTEURS CONCERNES

La multiplication des situations mixtes médicosociales et sanitaires au sein des dispositifs de l'Aide sociale à l'Enfance, que ce soit en familles d'accueil ou en établissements, oblige à imaginer de nouvelles solutions : construction de réponses mieux coordonnées entres institutions, dispositif à financement et personnel mixte État et Département afin de limiter le nomadisme de ces jeunes sur tous les établissements.

Le Département a la volonté de développer son

partenariat avec les services de l'État (ARS et DDCS) pour mettre en place les actions suivantes :

- mettre en place des réponses coordonnées pour prendre en charge les publics présentant des troubles du comportement et de la personnalité graves,
- assurer une continuité dans l'accueil des publics médico-sociaux les we et vacances pour éviter les ruptures.

ORIENTATION N°14: AMÉLIORER LA CONTINUITÉ DE LA PRISE EN CHARGE DE L'ENFANT, NOTAMMENT PAR LA MISE EN PLACE DU PROJET POUR L'ENFANT (PPE)

Le projet pour l'enfant vise avant tout à améliorer la fluidité du parcours du jeune au sein du dispositif de la protection de l'enfance, aussi bien sur le versant administratif que judiciaire. Le continuum d'actions entre prévention et protection souhaité par la loi de réforme du 5 mars 2007 reste à construire. Le projet pour l'enfant peut être l'élément charnière capable d'articuler les actions entreprises.

L'outil que représente le PPE est donc une invitation à améliorer les pratiques des acteurs de la protection de

l'enfance. L'objectif principal retenu est donc la mise en place effective du PPE sur le département, avec 4 actions :

- mettre en place la référence unique de l'enfant,
- élaborer le document-type du ppe,
- préciser le rôle des professionnels et améliorer la lisibilité de leurs actions, en articulant le ppe avec les autres outils de la loi de 2002,
- déterminer le périmètre de l'expérimentation du ppe avant sa généralisation.

ORIENTATION N°15: FAVORISER L'AUTONOMIE DES JEUNES MAJEURS (18-21 ANS) PRIS EN CHARGE EN PROTECTION

Le Conseil Général a fait de la prise en charge des jeunes majeurs une priorité. Cette ambition s'est concrétisée au cours des dernières années de plusieurs façons :

- une augmentation significative des aides financières accordées aux jeunes majeurs,
- la formalisation de nouveaux contrats jeunes majeurs, y compris avec des jeunes pris en charge par la Protection Judiciaire de la Jeunesse lors de leur minorité,
- la formalisation d'une prise en charge et d'un accompagnement socio-éducatif spécifique au sein des Foyers des Jeunes Travailleurs.

Cette politique nécessite une amélioration de sa structuration et de son pilotage, et d'un renforcement de son articulation entre les différents acteurs.

Il sera nécessaire d'y intégrer les éléments du Plan Jeunesse du Département, encore en cours d'élaboration en 2012.

Dans ce contexte, les actions d'ores et déjà envisagées sont les suivantes :

- identifier les besoins des jeunes majeurs et les ressources contribuant à leur accompagnement,
- consolider le dispositif jeune majeur pour assurer la stabilité de la trajectoire des jeunes.

Le Département souhaite apporter de la lisibilité à la mise en place de ce nouveau schéma, en répondant à plusieurs demandes :

- Un besoin accru d'avoir une visibilité et un contrôle des actions publiques départementales,
- Un intérêt des professionnels d'avoir des outils de travail permettant une meilleure collaboration en réseau, et la nécessité d'améliorer la lisibilité de certains dispositifs et de certaines actions,
- Une volonté de restituer aux partenaires institutionnels et associatifs les actions et décisions engagées.

Dans ce contexte, le Département souhaite mettre en place les actions suivantes :

- mise en place d'indicateurs sur la durée du schéma,
- mise en place d'un site internet ou intranet à l'usage de l'ensemble des professionnels du département,
- restitution régulière aux partenaires de l'avancée des travaux à travers une conférence départementale annuelle.

LES

15

ORIENTATIONS TRADUITES EN FICHES-ACTIONS

Éléments de contexte et de diagnostic

- Le pôle adoption est chargé d'accompagner les candidats dans leurs démarches d'adoption et d'accès aux origines. Il gère également le suivi de la procédure d'accouchement sous X. Il est composé d'une équipe administrative (1 attachée et 3 adjoints administratifs) et de deux psychologues réparties entre le Pays Basque et le Béarn. Dans chacune des 12 MSD, deux à trois assistantes sociales interviennent en partie sur les adoptions.
- Le pôle adoption gère chaque année en moyenne 150 demandes d'agrément, une centaine de démarches d'adoption et assure en sus le suivi d'une soixantaine d'enfants arrivés dans des foyers (le suivi peut durer jusqu'à 3 ans).
- Le nombre d'adoptions annuelles oscille entre 60 et 80 sur les dernières années. Un décalage important existe entre le nombre de demandeurs et le nombre d'enfants à adopter :
 - 400 foyers sont en attente et 130 à 150 nouvelles demandes d'agrément de parents sont recensées chaque année.
 - les délais moyens d'adoption s'élèvent à 3-4 ans pour des enfants étrangers et 8 ans pour un enfant pupille de l'état.
- Les candidats sont confrontés à une démarche qui s'inscrit dans le temps et dans un contexte où l'adoption internationale est de plus en plus complexe
- Le profil des enfants proposés à l'adoption par les pays étrangers s'est considérablement modifié : enfants grands, fratries, enfants avec problématiques (santé, vécu)

Principaux enjeux attendus

- Mieux préparer les candidats à la réalité de l'adoption et à ses enjeux
- Apporter un plus grand soutien aux candidats après l'obtention de l'agrément (construction du projet, délai d'attente....)
- Renforcer le suivi post-adoption assuré aujourd'hui exclusivement par une assistante sociale spécialisée adoption.
- Formaliser un référentiel de pratiques du suivi post-adoption

OBJECTIFS	MODES OPÉRATOIRES / ACTIONS	ÉCHÉANCES	PILOTE	ACTEURS ASSOCIES	INDICATEURS
Développer un plus grand soutien auprès des candidats après l'agrément	Organiser l'actualisation de l'agrément avant le 2ème anniversaire : entretien avec le service pour aide, orientation et accompagnement dans la construction du projet ou durant le délai d'attente	2012 / 2013	Pôle adoption	Agence Française de l'Adoption – Organismes Autorisés pour l'Adoption – Association de parents Enfance et Famille d'Adoption	Nombre et proportion d'agréments actualisés, nombre d'entretiens réalisés
Préparer les candidats à la réalité de l'adoption	Organiser des réunions de sensibilisation	2012 / 2013	Pôle adoption	Psychologues et assistants sociaux spécialisés Adoption - Association de parents Enfance et Famille d'Adoption - Consultation Orientation et Conseils en Adoption (COCA) - Organismes Autorisés pour l'Adoption -	Nombre de réunions
Structurer le suivi post adoption et	Structurer et mobiliser une équipe pluridisciplinaire (puéricultrice, psychologue, assistante sociale, sage-femme) pour proposer un accompagnement médico-social global à l'arrivée de l'enfant	2012 / 2013	Pôle adoption	Assistantes sociales - Psychologues - PMI - COCA - CAMSP	Nombre et na- ture d'accom- pagnements proposés
renforcer les moyens	Formaliser un référentiel de pratiques du suivi post-adoption.	2012 / 2013	Pôle adoption	Assistantes sociales - Psychologues - Inspecteurs ASE - PMI - COCA	Mise en place du référentiel.

Éléments de contexte et de diagnostic Principaux enjeux attendus Une dynamique démographique soutenue sur le département, • Renforcer significativement les actions de prévention de avec l'augmentation du nombre d'enfants de moins de 3 ans santé publique autour de la naissance et sur les premières $de + 10 \, \bar{0}00 \, en \, 10 \, ans,$ années de la vie de l'enfant, Des indicateurs de vulnérabilité en hausse, Développer les actions renforçant les compétences parentales, • Une charge de travail accrue pour les équipes PMI, notamment sur l'agrément et le suivi des assistant(e)s maternel(e)s et la • Améliorer la coordination des professionnels de santé création d'établissements petite enfance, (réseaux de périnatalité, santé des enfants confiés à l'ASE...) • Un problème de démographie médicale et une politique • Renforcer et réorganiser les moyens de la PMI afin de de recrutement et d'évolution de carrière insuffisamment recentrer sur leurs cœurs de métier les professionnels de la attractive, freinant recrutement et fidélisation des médecins PMI, en accompagnant cette réorganisation des métiers par de PMI, de la formation, par un positionnement des médecins de PMI en management de la santé, par des mesures incitatives de missions obligatoires partiellement assurées, Des recrutement et de fidélisation notamment sur les bilans de santé en écoles maternelles et les examens médicaux, en baisse sur les dernières années.

		ć ć	l	l	
OBJECTIFS	MODES OPÉRATOIRES / ACTIONS	ÉCHÉANCES	PILOTE	ACTEURS ASSOCIES	INDICATEURS
Renforcer les actions autour de la naissance	Actions en réseaux PMI-ville-hôpital Cibler les interventions de la PMI sur les âges clés de la prévention	2012-2016	PMI	Réseaux périnataux Pays Basque et Béarn, intervenants autour de la naissance	Bilan d'activités de la PMI sur les âges clés Ratios accompagnement facteurs de risques
Généraliser l'examen de santé des enfants de 3-4 ans en écoles maternelles	Réaménager le dispositif départemental des examens de santé des enfants de 3-4 ans en écoles maternelles	2012-2016	PMI	Éducation Nationale, Partenaires de santé	Nombre d'examens médicaux annuels, ratios de dépistage sur accès aux soins
Développer des actions renforçant les compétences parentales	Redéploiement des 3 principaux modes d'intervention de la PMI (actions collectives, visites à domicile, consultations) au profit des actions collectives Soutien des LAEP (Lieux d'Accueil Enfants-Parents) Développement des projets partenariaux d'éducation de santé	2012-2016	PMI	CAF, CPAM, ateliers santé-ville, GIP- DSU de Pau et Bayonne, partenaires associatifs	Évaluation des capacités parentales Ratios accompagnements sur engagements
Améliorer significative- ment l'orga- nisation et les moyens en matière de planification et d'éducation familiale	Renforcer les actions des Centres de Planification et d'Éducation Familiale (CPEF)	2012-2016	PMI	CPEF, associations, CIDIST, Espaces santés Jeunes, collectivités locales	Nombre d'IVG chez les adolescentes Nombre et âge des consultantes Ratios IST traités, contraceptions suivies
Améliorer la politique de vaccinations	Exploiter les données des certificats de santé des enfants du 8ème au 24ème mois pour évaluer leur couverture vaccinale et adapter la politique de vaccinations	2012-2016	PMI	Observatoire Régional de la Santé d'Aquitaine, Direction générale de la Santé	Édition d'un document d'information Couverture vaccinale territoriale, Nombre de vaccinations effectuées Nombre de professionnels participant aux actions

OBJECTIFS	MODES OPÉRATOIRES / ACTIONS	ÉCHÉANCES	PILOTE	ACTEURS ASSOCIES	INDICATEURS
Coordonner la santé des enfants confiés à l'ASE	Mise en place d'un groupe de travail pour construire un dispositif départemental de suivi de la santé des enfants pris en charge par l'ASE, par l'équipe de PMI	2012-2016	SEF	PMI, MSD, UPF, partenaires associatifs	% des enfants de l'ASE bénéficiant du dispositif départemental
Développer les Réseaux Périnatalité de	Finaliser la structuration juridique des réseaux de périnatalité de proximité et poursuivre le conventionnement sur les professionnels de liaison (sage femme, puéricultrice, médecin,)	2012-2014	PMI	Principalement : centres hospitaliers, maternités privées	Nombre et contenu des conventions formalisant les réseaux et autres liaisons
Proximité et le partenariat avec le secteur libéral et	Travailler en partenariat avec les sages-femmes et les médecins libéraux autour de ces âges	2013-2016	PMI	Sages-femmes et médecins libéraux, secteur associatif	Bilan des actions partagées
associatif	Acquérir des niveaux d'expertise complémentaire et pluridisciplinaire	2015-2016	PMI	Équipes de chercheurs, de médecins experts- formateurs	Natures et acteurs des formations effectuées
Dágiustar les	Créer un pôle des modes d'accueil de la petite enfance, à organiser en 2 territoires inter-MSD, en lieu et place des puéricultrices et des médecins de PMI, pour l'agrément des assistantes maternelles ou le contrôle des établissements	2012	PMI et DRH	MSD	Tableaux de bord des activités
Réajuster les missions des professionnels de la PMI	Modifier la position et les missions des médecins de PMI en termes de management de la santé	2012-2013	DSD- DRH	PMI, MSD, partenaires de santé	Évolution méthodologique et tableaux de bord des activités
	Mettre en œuvre un plan de recrutement et de fidélisation des médecins de PMI, dont une campagne de communication auprès des universités	2012-2014	PMI et DRH	Universités, conseil de l'ordre, ARS	Amélioration qualitative et quantitative des recrutements
Mettre en œuvre un plan de formations d'équipe PMI et des formations en commun avec les partenaires	Programme de formations : troubles du développement du langage, langage adapté, conduite d'entretien en situation de vulnérabilité, motricité libérée du nourrisson, évaluation des troubles précoces de l'adaptation et des apprentissages, évaluation des capacités parentales	2012-2016	PMI et DRH	Réseau Meurthe & Moselle, CAMSP Pau, CH Bayonne, CHU de Paris, réseaux périnataux de proximité, centres de formation, experts ressources, compagnonnage	Amélioration qualitative et quantitative des recrutements Nombre de participants aux différents groupes Nombre de suivis techniques réalisés à l'issue des formations initiales Évolution méthodologique des professionnels

Éléments de contexte et de diagnostic Principaux enjeux attendus • Un travail mené entre le Conseil général et les intervenants de • La nécessité d'une politique et d'un pilotage stratégiques la prévention collective qui a permis de préciser et structurer impulsés par le Département des Pyrénées Atlantiques. le cadre et les modalités d'intervention, notamment par le • Malgré des rapprochements construits sur certains biais des référentiels territoires, une recherche des complémentarités et du travail • Une concertation d'ensemble à renforcer dans le cadre en commun reste à développer et à structurer. d'une logique globale de prévention, avec une nécessité de • Les instances de coordination de la prévention repéreraient coordonner les différents dispositifs de prévention. les besoins et ressources des territoires, proposeraient des réponses concertées de prévention et favoriseraient la communication entre professionnels des institutions.

OBJECTIFS	MODES OPÉRATOIRES / ACTIONS	ÉCHÉANCES	PILOTE	ACTEURS ASSOCIES	INDICATEURS
Mettre en œuvre des instances de coordination de la Prévention	Recruter 2 à 3 postes de référents territoriaux Prévention, sur le département, en lien fonctionnel avec le Service Enfance Famille, afin d'assurer une coordination au quotidien sur les territoires Déployer sur les territoires des MSD les instances de coordination de la prévention. Produire les diagnostics territoriaux avec l'appui des référents	2012-2016	SEF	Prévention spécialisée, MSD, Animation socio- éducative, Éducation nationale, services jeunesse des communes, etc.	Nombre et fréquence des réunions des instances de coordination Remontée au SEF des productions des instances de coordination
Mettre en cohérence les différents dispositifs (RAP, CUCS,	Structurer et conventionner la mise en place d'un réseau au niveau départemental	2012-2016	.2-2016 DSD Cg, CAF, Services de l'État, Communes ou Communautés d'agglomération ou de communes et les différents acteurs des	Nombre et fréquence des réunions du comité de liaison Nombre et contenu des conventions territoriales	
CLS, CEJ,)	Animer le réseau sur les territoires	2012-2016	SEF	différents dispositifs (MSD, partenaires)	Nombre et fréquence des réunions sur le territoire
Favoriser le maillage du territoire et la prise en	Identifier les personnes ressources sur les territoires ruraux et périurbains et partager l'analyse de l'évolution de la situation des jeunes	2013-2014	DSD	Acteurs des territoires avec l'éclairage d'universitaires travaillant sur cette question	Traces du travail conduit sous forme de productions écrites
compte des jeunes du « périurbain » ou du « rural » territoires qui couvrent une large partie du département	Constituer un « réseau ressources » et le mettre en lien avec les acteurs en contact régulier avec les jeunes (associations, clubs sportifs,)	2013-2016	DSD	MSD, Prévention spécialisée, Animation socio- éducative, CAF, MSA, Éducation nationale, missions locales DJECS et DDCS (Services jeunesse et sport),	Effectivité du réseau ressources et effectivité des relations avec les acteurs de terrain (sollicitations)

Éléments de contexte et de diagnostic	Principaux enjeux attendus
 Des situations délicates touchant des adolescents de plus en plus jeunes Au moment de l'adolescence, les familles rencontrent des difficultés avec leurs enfants préadolescents et adolescents D'un point de vue tant quantitatif que qualitatif, les problèmes prennent donc une intensité justifiant une politique départementale de prévention 	 Développer la prévention en tenant compte des potentialités et initiatives des jeunes tout en renforçant les compétences parentales et ce sur l'ensemble du territoire départemental Face aux difficultés des familles avec leurs adolescents, le travail en réseau est l'une des meilleures façons d'agir car, seuls, les parents et les acteurs peuvent se trouver démunis. Au-delà du réseau parentalité, nécessité de structurer, d'institutionnaliser et de formaliser, dans le cadre du schéma départemental, le travail partenarial sur quelques actions cibles.

OBJECTIFS	MODES OPÉRATOIRES / ACTIONS	ÉCHÉANCES	PILOTE	ACTEURS ASSOCIES	INDICATEURS
	Faire l'état des lieux des initiatives développées pour conforter les parents dans leur rôle et particulièrement auprès des préadolescents et des adolescents	2012	SEF	Les MSD, les partenaires et acteurs habituels des territoires sont à mobiliser	Nombre d'initiatives Thématiques abordées dans
Accompagner les parents et	Imaginer et mettre en œuvre des plates-formes de soutien aux parents de préadolescents et d'adolescents : approche collective mais aussi individuelle, et appui sur les compétences des parents, en complément de l'existant	2013-2016	DSD	MSD et acteurs territoriaux travaillant habituellement avec les familles	les actions collectives et individuelles Bilan individuel et collectif des accom- pagnements
les adolescents	Développer les lieux d'écoute et d'accompagnement des jeunes, en partenariat avec l'Éducation nationale ou à l'extérieur des établissements scolaires	2013-2014	SEF et Éducation nationale	MSD, partenaires et acteurs territoriaux souhaitant se mobiliser	des familles mobilisées et des jeunes
	Valoriser les initiatives des jeunes et notamment des collégiens, en valorisant les compétences des jeunes et leurs projets mais aussi confortant les liens avec les parents	2013-2016	SEF	DEJCS, MSD et acteurs territoriaux travaillant habituellement avec les jeunes notamment collégiens	Nombre d'initiatives des jeunes valorisées
Travailler en réseau en mutualisant les plans de formation	Enrichir les pratiques des différents acteurs auprès des parents des préadolescents ou des adolescents par des échanges professionnels ou des formations transversales	2013-2014	DSD	Acteurs territoriaux souhaitant mutualiser leur plan de formation avec les MSD sur ces thématiques	Liste et contenu des plans de formation mutualisés

Éléments de contexte et de diagnostic	Principaux enjeux attendus
• Trois grands types de problématiques relevées chez les jeunes : les ruptures scolaires, les consommations de psychotropes licites (alcool) ou illicites (cannabis), les comportements de repli sur soi et d'isolement.	 Tenir compte du fait que le problème est global et supporte mal des réponses segmentées
	 Globalisation et coéducation semblent nécessaires pour traiter les causes des problèmes
L'Intensification et la multiplication de ces problèmes. Des ménages se apparentées along que les graphiques automnées de la multiplication de ces problèmes.	S'attaquer aux causes multiples en mutualisant les moyens
 Des réponses segmentées alors que les problèmes sont globaux. 	des divers partenaires et acteurs
	 Co-pilotage à instaurer entre l'Éducation nationale et le Conseil général 64 pour donner un cadre au partenariat dans le champ scolaire, être « facilitateur » du partenariat.

OBJECTIFS	MODES OPÉRATOIRES / ACTIONS	ÉCHÉANCES	PILOTE	ACTEURS ASSOCIES	INDICATEURS
	Appliquer le protocole interinstitutionnel (EN, CAF, CG) relatif au traitement de l'absentéisme scolaire	2012	DSD, CAF et EN	Partenaires et acteurs mobilisés dans le cadre du protocole interinstitutionnel	Publication et diffusion du protocole
Donner un cadre au partenariat dans le champ scolaire	Organiser des formations communes à mettre en œuvre pour acquérir, entre autres, une même culture de l'information partagée et du traitement global des problèmes des jeunes	2012-2013	DSD et EN	Partenaires et acteurs souhaitant mutualiser leurs plans de formation	Nombre de cellules de veille élargies aux partenaires et acteurs territoriaux hors Éducation nationale Plans de formation et contenus mutualisés
Trouver d'autres	Accompagner les réflexions en cours portées par les acteurs de la prévention (prévention spécialisée ou prévention collective ou autres opérateurs), développer des espaces intégratifs (exemple : classe relais) et compléter ce qui se fait dans le cadre du dispositif PRE, sur les zones non ciblées par cette démarche	2012-2016	SEF et EN	Partenaires et acteurs territoriaux travaillant avec une approche globale des situations.	Diversité des réponses alternatives recensées Nombre et qualité des projets alternatifs intégratifs Initiatives des jeunes et notamment des collégiens dans le cadre
solutions intégratives	Prendre en compte les jeunes qui font « exploser » le dispositif en ne laissant pas d'autres alternatives aux établissements que l'exclusion (alternatives à expérimenter)	2013-2016	SEF et EN	Les MSD, partenaires et acteurs décloisonnant les réponses	dans le cadre des opérations valorisant les compétences des jeunes mais aussi confortant les liens avec les parents Zones blanches restant à pourvoir dans la ruralité

Éléments de contexte et de diagnostic	Principaux enjeux attendus
Le Conseil Général a fait de la mise en œuvre d'une politique jeunesse une priorité.	 Améliorer la structuration et le pilotage de l'accompagnement des jeunes les plus en difficulté.
• Cette ambition doit donc se concrétiser dans les actions développées par la Direction de la Solidarité départementale et particulièrement dans le cadre du Schéma Enfance Famille.	 Développer le partenariat entre les acteurs et mettre en place les articulations avec les dispositifs d'insertion sociale et professionnelle
• Par ailleurs, le besoin d'un accompagnement à l'autonomie pour les jeunes 16/25 ans est pointé par les acteurs du département.	• Articuler les actions préconisées dans le cadre du Schéma Enfance Famille avec la politique jeunesse du Département

OBJECTIFS	MODES OPÉRATOIRES / ACTIONS	ÉCHÉANCES	PILOTE	ACTEURS ASSOCIES	INDICATEURS
Identifier les ressources contribuant à l'accompa- gnement des jeunes	Identifier le réseau des partenaires et les différents dispositifs de droit commun favorisant l'insertion sociale et professionnelle des jeunes	2013-2014	SEF	MSD, Missions locales, FJT, Prévention spécialisée,	Réalisation d'un guide départemental
Développer les dispositifs d'ac- compagnement des jeunes les plus en difficulté (sui- vis ou pas par l'ASE)	Pérenniser l'action « Reprendre sa place » conduite sur l'agglomération paloise et l'étendre à d'autres territoires notamment en contractualisant avec le Conseil régional dans le cadre du réseau 2nde chance	2012-2016	SEF	Conseil régional, Missions locales, MSD, UPF	Contractua- lisation avec le Conseil régional et les opérateurs Mise en œuvre du dispositif d'accompa- gnement
	Favoriser la mobilité des jeunes, notamment en soutenant les initiatives développées par les structures en contact avec les jeunes 16/25 ans	2013-2016	SEF	DJECS, ML, FJT, Structures socio- éducatives, Prévention spécialisée,	Nombre de jeunes entrés dans des dispositifs d'aide à la mobilité.
	Lever les obstacles à la prise en compte de leur propre santé par les jeunes : Identifier ces obstacles et évaluer la faisabilité de solutions à mettre en œuvre	2013-2016	SEF	DJECS, MSD, UPF, établissements et services accompagnant les jeunes, CPAM, Centres hospitaliers, maisons de l'adolescent,	Expérimenta- tions réalisées sur la durée du Schéma

Éléments de contexte et de diagnostic Principaux enjeux attendus Une cellule de recueil des informations préoccupantes (CRIP), Améliorer la détection et le traitement des situations dénommée « cellule départementale de l'enfance en danger d'enfants en situation de danger. » (CDED) a été mise en place en 2009. • Clarifier pour les professionnels la définition et la typologie • Le recueil et le traitement de l'IP a fait l'objet d'un protocole de l'information préoccupante. départemental signé en 2010. Une convention spécifique • Construire une culture et des pratiques communes entre avec l'Éducation Nationale a été établie et un guide interne MSD, et entre MSD et service Enfance Famille. formalisé. • Optimiser les circuits de recueil et de traitement internes au • Le nombre d'informations préoccupantes (IP) a connu une Conseil général. augmentation sensible au cours des dernières années (doublement depuis 2008), conséquence de l'application de • Formaliser des conventions avec les partenaires extérieurs. la loi du 5 mars 2007 et de l'amélioration du dispositif de repérage. • Des moyens en décalage avec les besoins : le calibrage des moyens en personnel de la CDED a été établi en 2008 en prenant en compte le volume d'informations traitées à cette époque. Les articulations internes du Cg64 sont perfectibles.

OBJECTIFS	MODES OPÉRATOIRES / ACTIONS	ÉCHÉANCES	PILOTE	ACTEURS ASSOCIES	INDICATEURS
Définir l'information préoccupante	Élaboration d'un guide départemental de l'IP	2012 - 2014	CDED	MSD, inspecteurs, EN, justice (parquet et JE, Hôpitaux, PJJ,	Comptes rendus réunions de travail, diffusion du guide
	Formaliser et signer un nouveau protocole départemental interinstitutionnel	2012 - 2014	SEF	MSD, inspecteurs, EN, justice (parquet et JE, Hôpitaux, PJJ,	Actualisation et diffusion du protocole
Optimiser les circuits de recueil et de traitement des IP	Améliorer le guide des procédures internes au CG : inspecteurs-CDED, MSD-CDED, MSD-inspecteurs	2012 - 2013	CDED	MSD, inspecteurs	Guide de procédure actualisé
Clarifier les articulations avec les partenaires	Formaliser des conventions avec les principaux partenaires	2013	SEF	MSD, inspecteurs, EN, justice (parquet et JE, Hôpitaux, PJJ	Nombre de conventions signées
	Réaliser régulièrement des actions de communication à destination des structures, établissements et services	2012-2016	CDED	MSD, inspecteurs	Nombre d'actions de communication
Mettre en adéquation les moyens de la CDED avec le volume d'IP, l'amélioration du système d'information et la mise en conformité avec la réglementation (statistiques ministérielles / ONED)	Recrutement à minima d'un cadre et d'un rédacteur pour : Gestion du flux d'IP et traitement de l'urgence, Fiabilisation des outils de suivi des IP et de qualification Suivi, actualisation et transmission des données	2012-2013	SEF	CDED, inspecteurs, MSD	Nombre de recrutements Création, diffusion et utilisation des outils Actualisation et transmission des données

Éléments de contexte et de diagnostic Principaux enjeux attendus • La prise en compte de la loi du 5 mars 2007 concernant les • 1 803 mesures en 2009, dont 1 401 mesures d'AEMO et 402 mesures d'AED prestations et mesures nouvelles pour l'Action Éducative en Milieu Ouvert • Sur la période 2005-2009, la tendance des AEMO a été orientée à la baisse. Après une augmentation entre 2005 et • La mise en adéquation du nombre de mesures financées 2007, le nombre de mesures en milieu ouvert a fortement avec les besoins diminué entre 2008-2009. • La structuration des interventions et des pratiques en milieu • Le département se caractérise par une plus forte « judiciarisation » des mesures d'aide éducative à domicile • L'homogénéisation des modes d'organisation pour la mise en (78% d'AEMO contre 69% au niveau national). Toutefois, la œuvre des AED part des AED est en constante augmentation depuis 2005. • Le développement de l'évaluation.

OBJECTIFS	MODES OPÉRATOIRES / ACTIONS	ÉCHÉANCES	PILOTE	ACTEURS ASSOCIES	INDICATEURS
Mettre en œuvre les mesures en milieu ouvert (AEMO et AED) avec hébergement	Structuration du cadre juridique et financier	2012-2013	SEF	Magistrats, AEMO, établissements et PF	Protocole cadre
	Mise en place d'une expérimentation sur une ou des structures identifiées	2013-2014	SEF	Associations	Nombre d'ex- périmentations menées et résultats
exceptionnel ou périodique	Réalisation d'une évaluation avant éventuelle généralisation	2014	SEF	Associations	Synthèse d'évaluation
Homogénéiser les modes d'organisation des équipes assurant la mise en œuvre des AED	Spécialisation/polyvalence des intervenants, formalisation du contrat d'AED, durée des mesures, formation spécifique,	2013	DSD	MSD	
	Finaliser les référentiels d'interventions AED/AEMO et signer un protocole départemental	2012-2013	SEF	MSD, services AEMO, magistrats, PJJ,	Finalisation et diffusion des référentiels
Améliorer la structuration et la coordination des interventions	Élaborer un guide pédagogique de l'intervention à domicile à destination des parents Clarification des missions, rôles et responsabilités entre services d'AEMO/MSD/et autres partenaires	2012-2013	SEF	MSD, services AEMO, magistrats, PJJ, Direction communication	Production et diffusion du guide Protocole d'intervention et d'articulation
	Mise en place de formations communes AED/AEMO pour répondre aux nouvelles problématiques (conflits parentaux graves, pathologies mentales, conduites addictives,)	2012-2016	SEF	MSD, services AEMO	Nombre de formations communes réalisées
	Développement d'une analyse de pratiques pour les professionnels d'AED et AEMO	2013-2014	DSD/SEF	MSD, services AEMO	Nombre de séances d'analyse de pratiques
	Développer de nouvelles compétences/expertises au sein des services d'AEMO	2012-2016	SEF	Services d'AEMO	Acquisition/ gain de compétences
Développer l'évaluation des interventions	Définition des champs et indicateurs d'évaluation permettant de donner une lisibilité aux interventions	2012-2016	SEF	MSD, services AEMO	Référentiel d'évaluation

Éléments de contexte et de diagnostic Principaux enjeux attendus • Un dispositif composé de 3 structures dédiées (foyers de • Clarification de la notion d'accueil d'urgence sur le l'enfance et le SAU) d'une capacité de 42 places, de 22 département places réservées en CHRS pour l'accueil mères avec enfants • Structuration du processus de traitement de l'urgence de moins de 3 ans et des MECS de permanence. • Mise en adéquation du dispositif départemental avec les • Un déficit de places d'accueil d'urgence sur le département : les places en Foyer de l'enfance y représentent seulement 4%, contre 15% au niveau national, soit un manque besoins · Amélioration du suivi des places disponibles d'environ 40 à 50 places. • Optimisation de la fluidité du dispositif. • Un système de permanence d'accueil d'urgence sur les MECS peu efficient dans la pratique. • Un dispositif saturé globalement et plus particulièrement sur l'accueil des 0-6 ans. • Un manque de fluidité dans le dispositif (accueils d'urgence qui ont tendance à se prolonger). • Un dispositif d'accueil concentré sur Pau et Bayonne.

OBJECTIFS	MODES OPÉRATOIRES / ACTIONS	ÉCHÉANCES	PILOTE	ACTEURS ASSOCIES	INDICATEURS
Clarifier la	Mettre en place un groupe de travail interinstitutionnel (CG, Parquet, JE, PJJ, établissements) pour définir la notion d'accueil d'urgence	2012	SEF	Parquet, JE, PJJ, établissements	Nombre de réunions Comptes rendus et synthèse
définition et structurer le processus et les modalités	Élaboration d'un protocole départemental d'accueil d'urgence	2012	SEF	Parquet, JE, PJJ, établissements	Formalisation et diffusion du protocole
de traitement de l'accueil d'urgence	Réflexion sur la mise en place d'une plateforme départementale assurant: Une veille et une continuité sur le dispositif d'accueil d'urgence (7 jours sur 7, 24h/24h) Une gestion des orientations en urgence Une primo évaluation des situations	2012-2014	SEF	CDED, CDEF, parquet, établissements	Comptes rendus de réunions de travail et décision de positionne- ment
	Augmentation des places en accueil familial CDEF, en priorité sur les 0-10 ans	2012-2013	SEF	Établissements	Nombre de places créées
Mettre en adéquation le dispositif	Dédier des places d'accueil d'urgence au sein du dispositif départemental d'accueil familial (MSD, UPF, PF associatif) pour les 0-10 ans	2012-2013	SEF	Établissements	Nombre de places dédiées
départemental avec les besoins	Augmentation du nombre de places en internat CDEF sur les 10-18 ans	2013-2015	SEF	Établissements	Nombre de places créées
besoms	Création ou redéploiement de places internats MECS sur des structures dédiées (type SAU) au sein d'une ou deux MECS	2013-2014	SEF	Établissements	Nombre de places redéployées
	Disposer d'une visibilité en temps réel des places disponibles (établissements et PF) en créant un outil de suivi spécifique.	2012	SEF	Parquet, JE, PJJ, établissements	Création, diffusion et utilisation de l'outil
Améliorer la fluidité du dispositif départemental	Travailler en partenariat (ASE / PJJ / établissements) à une réorientation rapide des jeunes accueillis en MECS dans le cadre de l'urgence et des situations chronicisées au CDEF.	2012-2016	SEF	Parquet, JE, PJJ, établissements	Nombre de situations chronicisées Nombre de réorientations
	Maintenir le principe d'un accueil immédiat sur l'ensemble des MECS	2012	SEF	Établissements	
	Formaliser des modalités spécifiques d'accueil d'urgence sur certaines MECS	2012-2013	SEF	Établissements	Actualisation des projets

→ FICHE-ACTION N°1: DÉVELOPPER L'OFFRE D'ACCUEIL FAMILIAL ET LA DIVERSIFIER

Éléments de contexte et de diagnostic Principaux enjeux attendus • L'offre d'accueil s'élève à 999 places en 2010. La capacité Le renouvellement de l'offre d'accueil d'accueil s'est réduite entre 2006 et 2010. Le dispositif a L'adaptation et la diversification du dispositif afin de mieux perdu 16 assistants familiaux représentant une perte de 37 répondre aux problématiques spécifiques (urgence, fratries, accueil thérapeutique,..) • Un dispositif saturé malgré une capacité d'accueil théorique · L'amélioration du suivi des places disponibles excédentaire • Différencier les conditions de rémunération en fonction de la • Le vieillissement (57% ont plus de 55 ans) et le manque de complexité de situations prises en charge renouvellement des assistants familiaux (peu de nouvelles candidatures) Un renforcement de l'étayage des familles accueillant des adolescents difficiles • Un décalage entre la localisation de l'offre et les besoins : assistants familiaux dans les zones rurales / demandes de placement dans les MSD urbaines • Des problématiques insuffisamment prises en charge : L'urgence, l'accueil thérapeutique, les fratries.

OBJECTIFS	MODES OPÉRATOIRES / ACTIONS	ÉCHÉANCES	PILOTE	ACTEURS ASSOCIES	INDICATEURS
Développer l'offre d'assistants familiaux	Mener une campagne de communication dans la durée à destination : - des AF existantes - des assistantes maternelles - des organismes de formation, des acteurs de l'aide à domicile - du grand public si nécessaire (réunions publiques,)	2012-2016	DSD	SEF, UPF, MSD, DRH, service communication	Nombre d'actions de communica- tion, nombre de personnes touchées, nombre de recrutements
	Améliorer la visibilité et le suivi de la disponibilité des places	2012-2013	SEF	UPF, MSD	Mise en place et utilisation d'outils partagés
	Réactualiser le projet éducatif du placement familial départemental	2012-2013	SEF	UPF, MSD	Projet réactualisé
Diversifier l'offre d'accueil pour répondre aux problématiques spécifiques	Augmenter l'offre d'accueil d'urgence (cf. fiche accueil d'urgence) avec accompagnement spécifique	2012-2016	SEF	UPF, MSD, CDEF, associations de PF	Nombre de places créées
	Développer l'accueil séquentiel en ajustant les conditions de rémunération et de tarification	2012-2016	SEF	DRH, UPF, MSD, associations de PF	Nombre de places créées, conditions tarifaires, rémunération
	Augmenter des capacités de l'accueil familial thérapeutique en garantissant un maillage du territoire Élargir l'accueil thérapeutique aux préadolescents et adolescents	2013-2014	SEF	UPF, MSD, CHP, MDPH	Nombre de places créées

Améliorer la prise en charge des enfants en familles d'accueil en renouvelant l'Offre d'accueil familial

→ FICHE-ACTION N°2: AMÉLIORER LA STRUCTURATION DE L'ACCUEIL FAMILIAL, LA CONSOLIDATION DES PRATIQUES ET LA VALORISATION DES MÉTIERS

Éléments de contexte et de diagnostic	Principaux enjeux attendus
 Une diminution des capacités entre 2006 et 2010, qui traduit la difficulté à renouveler l'offre d'assistants familiaux Un manque d'attractivité du métier d'assistant familial : niveau et modalités de rémunération (salaire, primes,), perspectives d'évolution, conditions de travail (soutien des AF, modalités de travail des travailleurs sociaux avec les familles d'accueil) 	 Le renforcement de l'attractivité du métier d'assistant familial, condition indispensable du renouvellement de l'offre d'accueil La formation, l'encadrement et le soutien des AF La stabilisation des équipes de travailleurs sociaux travaillant sur l'accueil familial (effet dévastateur du turnover)
 Des modes d'organisation du PF public hétérogènes selon les territoires : coexistence de l'UPF (Béarn) et des MSD sur le reste du département. Un manque de clarté dans le pilotage et le management des assistants familiaux. 	 L'harmonisation des modes d'organisation et des pratiques entre MSD et UPF La structuration et l'homogénéisation des pratiques de l'accueil familial

OBJECTIFS	MODES OPÉRATOIRES / ACTIONS	ÉCHÉANCES	PILOTE	ACTEURS ASSOCIES	INDICATEURS
Renforcer la cohérence et la cohésion du dispositif	Définir un socle commun (CG et associatif) sur l'accueil familial (indications, pratiques, complémentarités,),	2012	SEF	UPF, MSD, CDEF Associations de PF	Formalisation d'un guide départemental
départemental de PF (CG et associatif)	Mettre en place un observatoire du placement familial	2012	SEF	UPF, MSD, CDEF Associations de PF	Nombre de réunions, participation
	Créer une fonction managériale unifiée et clarifier le rattachement hiérarchique des AF du CG	2012-2014	DSD	SEF, UPF, MSD	Organigramme
Améliorer l'encadrement, l'accompa- gnement et le soutien des AF	Améliorer l'intégration des AF aux équipes de terrain : participation à l'évaluation annuelle, projet individualisé, formations communes, analyse de pratiques	2012-2016 (en continu)	SEF	MSD, UPF, Associations de PF	Participation aux réunions et formations
	Former les professionnels chargés du PF aux spécificités du métier et à l'accompagnement des assistants familiaux dans leurs missions.	2012-2016 (en continu)	SEF	MSD, UPF, Associations de PF	Nombre de formations
	Introduire un développement de carrière (reconnaissance de l'ancienneté)	2012	SEF/DRH	UPF, MSD	Valorisation de l'ancienneté (paye)
Renforcer l'attractivité du métier et la fidélisation des AF	Améliorer la rémunération des sujétions particulières (état de santé, handicap)	2012-2013	SEF/DRH	UPF, MSD	Valorisation des sujétions (paye)
	Envisager un soutien financier à l'adaptation de l'habitat et des véhicules et ajuster les conditions d'indemnisation des dégâts provoqués par les jeunes	2012-2013	SEF/DRH	UPF, MSD	Nombre et montant d'in- demnisation

de terrain.

Éléments de contexte et de diagnostic Principaux enjeux attendus • Une capacité d'accueil globale suffisante mais un dispositif • Un développement des modes alternatifs au placement déséquilibré, avec notamment une sous représentation de traditionnel : accueil séquentiel, accompagnement au sein places en accueil d'urgence, accueil parents-enfants, lieux de la famille... de vie, • Une adaptation du dispositif aux besoins essentiellement par • Une inadaptation du dispositif à l'accueil des adolescents en reconversion de places : accueil parents-enfants, fratries, urgence, adolescents en rupture, rupture, • Une répartition territoriale des places partiellement adaptée Une amélioration de la qualité de la prise en charge, par aux besoins, la rénovation des architectures et l'adaptation des projets éducatifs • Un dispositif d'accueil en établissement avec un nombre insuffisant de petites unités d'hébergement (7-8 places) La construction de réponses spécifiques à la prise en charge offrant un accueil plus contenant et un accompagnement des jeunes majeurs et à la mise en place des articulations après 21 ans. • Des modalités d'accueil alternatives insuffisamment • Améliorer la prévention des maltraitances en institution. développées : accueil séquentiel, périodique, exceptionnel. • Une continuation de la démarche de prévention des maltraitances des usagers au sein des établissements médico-sociaux, par une action collaborative avec les acteurs

OBJECTIFS	MODES OPÉRATOIRES / ACTIONS	ÉCHÉANCES	PILOTE	ACTEURS ASSOCIES	INDICATEURS
Poursuivre la politique volontariste de rénovation des maisons d'enfants à caractère social (MECS)	Améliorer la qualité de la prise en charge au sein des MECS en mettant l'architecture des projets de rénovation en cohérence avec les besoins des enfants et les projets éducatifs des établissements	2012-2016	SEF	CDEF, MECS, associations de PFS, services d'AEMO	Nombre d'éta- blissements restructurés ou rénovés.
Favoriser le	Redéploiement de places en faveur de petites unités dans le cadre des rénovations d'établissement	2012-2016	SEF	MECS, AEMO, PJJ,inspecteurs MSD, magistrats	Nombre de places redéployées
rééquilibrage entre accueil collectif et accueil sur de	Création d'une vingtaine de places en lieux de vie ou établissements expérimentaux	2012-2014	SEF	MECS, AEMO, PJJ,inspecteurs MSD, magistrats	Nombre de places créées
petites unités	Inclure le critère de rééquilibrage territorial dans les futures procédures d'appel à projet	2012-2016	SEF	MECS, AEMO, PJJ,inspecteurs MSD, magistrats	Dossier d'appel à projet
Développer l'accueil séquentiel	Définir un socle commun, au sein d'un groupe de réflexion, en lien avec le travail de la commission des directeurs	2012-13	SEF	MECS, AEMO, PJJ, inspecteurs, MSD, magistrats	Nombre de séances de travail, socle commun
Donforcer les	Accompagner et coordonner la conception et le déploiement des projets d'accueil séquentiel	2012-2016	SEF	MECS, AEMO, PJJ,inspecteurs MSD, magistrats	Nombre de projets
Renforcer les capacités du dispositif d'accompagnement au domicile	Mettre en place une tarification incitative	2012-2013	SEF	PJJ	Nombre de places créées par redéploiement
(SAPMN)	Évaluation des besoins, création de places sur le Béarn et éventuelle augmentation sur le Pays Basque	2013-2015	SEF	Magistrats, MSD, MECS, services d'AEMO, UPF	Nombre de places créées et localisation
Développer l'accueil «pa- rent isolé - en- fants de moins	Extension de places d'accueil mère- enfants	2013-2016	SEF	CDEF, SAF, MECS, CHRS	Nombre de places créées
de 3 ans» avec hébergement (mère-enfants, père-enfants)	Création de places pour l'accueil père-enfant (redéploiement)	2013-2016	SEF	CDEF, SAF, MECS, CHRS	Nombre de places créées

OBJECTIFS	MODES OPÉRATOIRES / ACTIONS	ÉCHÉANCES	PILOTE	ACTEURS ASSOCIES	INDICATEURS
Améliorer la prise en charge des fratries	Définir des modalités de prise en charge spécifiques des fratries	2013	SEF	MECS, AEMO, PJJ,inspecteurs MSD, magistrats	Inscription dans les pro- jets d'établis- sements
Adapter et conforter les activités de jour (AJ) au sein des MECS ou des LVA	Assurer une complémentarité d'action entre les activités de jours des établissements ASE et l'ensemble des dispositifs de soutien scolaire et d'insertion hors protection de l'enfance.	2012-2016	SEF	MECS, AEMO, PJJ, inspecteurs MSD, magistrats	Adaptation des projets d'éta- blissements, activité soute- nue des AJ
Conforter la démarche de prévention des maltraitances des usagers en institution (PMEI)	Assurer une démarche régulière de prévention des maltraitances en institution à travers la visite d'établissements, avec une méthodologie adaptée.	2012-2016	SEF		Nombre d'éta- blissements visités

Développement des complémentarités entre les TISF et les

autres intervenants sociaux

département.

des TISF est élevé et en augmentation importante sur le

Éléments de contexte et de diagnostic Principaux enjeux attendus Un dispositif sous dimensionné par rapport aux demandes Appropriation et partage d'une typologie d'intervention des prescripteurs (Justice et ASE) Visites libres/simples relais • Un dispositif manquant de souplesse : • Visites encadrées (présence à distance d'un professionnel) • Seuls 2 lieux de rencontre (sur 8) sont ouverts au tout • Visites accompagnées/médiatisées (présence importante public. 3 sont réservés au public de la structure d'accueil d'un professionnel) à laquelle est adossée le LRPE, 2 sont spécialisés • Visites accompagnées/médiatisées/contrôlées (présence exclusivement sur le placement familial ASE. constante d'un professionnel, besoin de protection) • Seul 1 lieu de rencontre (sur 8) est ouvert en continu • Mise en adéquation du dispositif avec les demandes et (semaine, week-end et vacances). Les créneaux horaires besoins demandés étant souvent les mêmes, ces lieux sont vite saturés. Optimisation des conditions de fonctionnement diversification des prestations assurées par les lieux de • Des structures souvent éloignées et un maillage du territoire rencontres existants très parcellaire Structuration et échanges de pratiques • Les lieux de rencontre ne sont utilisables que dans le cadre du placement institutionnel (familial ou établissement). • Amélioration des réponses à destination des publics les plus difficiles • Le volume de rencontres accompagnées assurées par

OBJECTIFS	MODES OPÉRATOIRES / ACTIONS	ÉCHÉANCES	PILOTE	ACTEURS ASSOCIES	INDICATEURS
	Augmentation des capacités d'accueil en lieux rencontre parents- enfants(lieux existants et éventuelles créations)	2012-2016	SEF	Magistrats, MSD, inspecteurs, opérateurs	Nombre et types créées, localisation
Étoffer le dispositif pour une meilleure réponse aux demandes et besoins	Évaluation des expérimentations en cours (Borce, Urt, Regain) avant éventuelle extension Mise en adéquation des conditions d'ouverture et de fonctionnement des lieux de rencontre avec les besoins des publics: - ouverture 365 jours, possibilité d'hébergement sur week-end ou vacances - diversification des modalités (repas, activités extérieures, observation à domicile)	2013-2016	SEF	Magistrats, MSD, inspecteurs, opérateurs	Continuité d'ouverture Diversité des supports proposés
	Création d'équipes mobiles (issues des équipes des LRPE) pour améliorer le maillage territorial	2013-2016	SEF	Magistrats, MSD, inspecteurs, opérateurs	Nombre d'équipes créées et maillage
Améliorer la structuration et l'ajustement des pratiques	Formalisation de référentiels d'intervention, formations communes, échanges de pratiques	2012-2016	SEF	MSD et UPF, inspecteurs, opérateurs	Référentiel, nombre de formations
Améliorer la	Élaboration et diffusion de support de présentation des différents lieux de rencontre	2014	SEF	MSD et UPF, inspecteurs, opérateurs, CHP	Nombre de supports crées et diffusés
visibilité de l'offre	Mise en place d'un outil de suivi en temps réel des créneaux de rencontres disponibles sur les LRPE	2014-2016	SEF	MSD et UPF, inspecteurs, opérateurs, CHP	Création et utilisation d'un outil de suivi
Assurer la complémenta-rité d'intervention des TISF avec les autres intervenants sociaux	Mise en place d'un protocole de fonctionnement des rencontres à domicile	2012-2013	SEF	MSD et UPF, inspecteurs, opérateurs	Protocole formalisé

Éléments de contexte et de diagnostic Principaux enjeux attendus • Face à la complexité des profils de certains jeunes et • Construction de réponses globales et coordonnées pour l'imbrication des prises en charges (ASE, médico-social, prendre en charge des jeunes présentant des problématiques sanitaire), le travail en partenariat est essentiel. multiples, • Des difficultés ont été constatées pour le dispositif de prise Décloisonnement des champs social, médico-social et en charge médico-psychologique sur certaines situations de sanitaire et renforcement des liens, échanges, coordinations, crise et surtout dans les prises en charge post crise. Par • Cohérence et coordination du soin dans le cadre des multiailleurs, des carences sont repérées dans le dispositif après suivis, 18 ans • Maintien d'une continuité d'accueil des publics médico-• L'accompagnement des jeunes ayant posé des actes sociaux les WE et vacances pour éviter les ruptures. dans des structures médico-sociales est particulièrement difficile, notamment du point de vue de l'insertion sociale et professionnelle. · La prise en charge étant éclatée entre plusieurs partenaires, les transmissions d'informations sur les traitements médicaux (nature, effets, modifications,..) ne sont pas toujours assurées. • L'accueil dans le dispositif ASE de jeunes en IME et ITEP le week-end et les vacances se fait par défaut.

OBJECTIFS	MODES OPÉRATOIRES / ACTIONS	ÉCHÉANCES	PILOTE	ACTEURS ASSOCIES	INDICATEURS
Mettre en place une réponse coordonnée pour prendre en charge les publics présentant des troubles du comporte- ment et de la personnalité graves	Inciter à la mise en place de structures adaptées de petite taille (8-10) pour accueillir ou suivre des jeunes nécessitant une prise en charge spécifique (maison d'enfants à soins intégrés ou tout autre dispositif mixte).	2013-2015	DSD	SEF, MSD, UPF, ARS, PJJ, Secteur hospi- talier,	Nombre et type de struc- tures créées
	Inciter à la mise en place de deux équipes mobiles (médecin, psychologue, infirmière, assistante sociale, éducateur) pour intervenir notamment sur les temps de crise et aprèscrise (3-6 mois) : mutualisation de moyens et ressources entre partenaires (GCSMS ?)	2013-2016	DSD	SEF, MSD, UPF, ARS, PJJ, Secteur hospi- talier,	Équipes mo- biles créées, périmètre d'in- tervention
	Institutionnaliser et élargir l'instance de coordination sur les enfants qui bénéficient de prises en charge multiples	2012	SEF	Inspecteurs ASE, UPF, MSD, Magistrats, PJJ, MDPH, service handicap Cg64, IA, Hôpitaux	Nombre de réunions de coordination Nombre de situations abordées
Assurer une continuité dans l'accueil des publics médicosociaux les WE et vacances pour éviter les ruptures	Discussion Cg64 / ARS sur l'hypo- thèse d'ouverture WE et Vacances des ITEP et IME	2012-2014	DSD	ARS, ESMS, MDPH	Continuité de l'ouverture des établissements médico- sociaux

Éléments de contexte et de diagnostic

Plusieurs séances de travail partenarial se sont déroulées en 2009-2010 sur le Projet Pour l'Enfance (PPE), qui ont été l'occasion de :

- Présenter le cadre et la méthodologie de travail
- Réfléchir au sens, enjeux et finalités du PPE
- Réfléchir sur les responsabilités des différents acteurs
- Proposer un document-type avec guide d'application du PPE.

Ce travail a notamment abouti à l'élaboration d'un PPE- type et d'un guide d'application du PPE.

Principaux enjeux attendus

- Le PPE: un outil d'implication et d'information des parents et des enfants - jeunes, dans le cadre de leurs droits
- Le PPE : un outil de partage d'un diagnostic entre opérateurs éducatifs
- Le PPE : un outil de construction de la continuité éducative, participant à l'amélioration des pratiques et de l'organisation des professionnels de la protection de l'enfance.

OBJECTIFS	MODES OPÉRATOIRES / ACTIONS	ÉCHÉANCES	PILOTE	ACTEURS ASSOCIES	INDICATEURS
Mettre en place la référence unique de l'enfant	Organiser la mission de référent unique ASE au sein des MSD et de l'UPF.	2012	DSD	SEF, MSD, UPF	Élaboration fiche de fonc- tion des réfé- rents uniques de l'enfant Nomination des référents
	Faire l'inventaire des documents existants en visant la suppression des doublons d'informations. Articuler autant que possible le PPE avec les outils de la loi de 2002.	2012	DSD	SEF, MSD, UPF	Production de la maquette
Élaborer le document-type du PPE	Construire le document-type du PPE en 2 parties (1ère partie à visée de contractualisation et 2ème partie éla- borée plus tard avec intervenants)	2012	DSD	SEF, MSD, UPF, éta- blissements	du document- type du PPE. Élaboration des circuits de communi-
uu FFL	Élaborer le circuit de mise en place du PPE avec les intervenants au sein de la mesure, et avec les autres acteurs mentionnés et associés dans le PPE.	ec les intervenants au sein de ure, et avec les autres acteurs 2013	DSD	SEF, MSD, UPF, éta- blissements et autres acteurs représentatifs	cation et de signature du PPE.
	Préciser les informations recueillies dans le cadre du PPE auprès des parents et enfants	2013	DSD	SEF, MSD, UPF, éta- blissements	
Préciser le rôle des professionnels	Préciser, au sein du PPE, le rôle des professionnels MSD et UPF en charge du placement en établissement.	2013	DSD	SEF, MSD, UPF, éta- blissements et autres acteurs représentatifs	Élaboration du protocole associant tous les interve- nants dans les mesures et les acteurs
et améliorer la lisibilité de leurs actions, en articulant le PPE avec les	Préciser, au sein du PPE, les rôles des professionnels chargés des place- ments familiaux (assistants familiaux et éducateurs MSD et UPF).	2013	DSD	SEF, MSD, UPF, éta- blissements et autres acteurs représentatifs	
autres outils de la loi de 2002 (DIPC, PI,)	Fixer le rôle PPE des autres acteurs intervenant dans les mesures de placement.	2013	DSD	SEF, MSD, UPF, éta- blissements et autres acteurs représentatifs	
	Viser prioritairement les nouvelles mesures administratives (Accueils Provisoires) et la suite de ces mesures administratives, y compris si elles se judiciarisent.	2012	DSD	SEF et MSD	
Déterminer le périmètre de l'expérimen- tation du PPE avant sa géné- ralisation	Expérimenter et évaluer sur 1 an, avant de généraliser aux autres mesures de placement (mesures judiciaires confiées à l'ASE).	2013	DSD	SEF, MSD, UPF, éta- blissements et autres acteurs représentatifs	Bilan de l'ex- périmentation. Mise en place de la généra- lisation en fin de schéma.
	Généraliser le PPE à toutes les mesures de placement administratives et judiciaires confiées à l'ASE, avec une interrogation à résoudre sur les placements judiciaires confiés directement aux établissements.	2014-2016	DSD	SEF, MSD, UPF, éta- blissements et autres acteurs représentatifs	

Éléments de contexte et de diagnostic Principaux enjeux attendus • Le Conseil Général a fait de la prise en charge des jeunes Améliorer la structuration et le pilotage de l'accompagnement majeurs une priorité. Cette ambition s'est concrétisée au jeunes majeurs cours des dernières années de plusieurs façons : • Développer le partenariat entre les acteurs et mettre en - Une augmentation significative des aides financières place des articulations avec les dispositifs d'insertion, si accordées aux jeunes majeurs : ces aides ont progressé de possible au-delà de 21 ans 11.7 % entre 2005 et 2010 passant de 734 à 820 • Articuler la prise en charge des jeunes majeurs avec la - La Formalisation de nouveaux contrats jeunes majeurs politique jeunesse du Département - La signature d'un protocole ASE-FJT permettant de réserver des places spécifiques « Jeunes Majeurs » et de proposer un accompagnement socio-éducatif au sein des Foyers des Jeunes Travailleurs (5 par FJT). • Toutefois, cette politique nécessite d'être améliorée en termes de structuration, de pilotage et d'articulation entre les différents acteurs. Par ailleurs, le besoin d'un accompagnement à l'autonomie pour les 16/25 ans est pointé par les acteurs du département.

OBJECTIFS	MODES OPÉRATOIRES / ACTIONS	ÉCHÉANCES	PILOTE	ACTEURS ASSOCIES	INDICATEURS
Identifier les besoins des jeunes ma- jeurs et les ressources contribuant à leur accompa- gnement	Réaliser une enquête qualitative auprès des jeunes majeurs, en continu sur la durée du Schéma	2013-2016	SEF	MECS, AEMO, PJJ,ASE, MSD, UPF	Production régulière des résultats de l'enquête qualitative
	Rendre visibles les différents projets des services et établissements qui prennent en charge les jeunes majeurs	2013-2014	SEF	MECS, AEMO, MSD, UPF, services de placement familial, lieux de vie	Production et diffusion des projets de service spécifiques.
	Identifier le réseau des partenaires et les différents dispositifs de droit commun favorisant l'insertion sociale et professionnelle des jeunes	2013-2014	SEF	MSD, MECS, AEMO, UPF, Missions locales, FJT, association d'entraide des anciens pupilles	Réalisation d'un guide départemental
Consolider le dispositif Jeune Majeur pour assurer la stabilité de la trajectoire des jeunes	Harmoniser les procédures et pratiques professionnelles par la création d'un comité technique chargé d'élaborer un référentiel d'accompagnement des jeunes majeurs	2013-2014	SEF	MECS, AEMO, PJJ, ASE, MSD, UPF,	Réalisation et diffusion du Référentiel
	Travailler les passages de relais enfance-adulte et particulièrement pour les jeunes porteurs d'un handicap	2013-2016	SEF	MECS, AEMO, PJJ, ASE, MSD, UPF, magistrates, MDPH, services spécialisés, association des assistantes familiales	Articulation avec le Schéma Autonomie Mise en œuvre de procédures garantissant l'effectivité du passage de relais

AMÉLIORER LE PILOTAGE DU SCHÉMA

Éléments de contexte et de diagnostic	Principaux enjeux attendus
 Un besoin accru d'avoir une visibilité et un contrôle des actions publiques impulsées et financées par le Conseil général, Un intérêt des professionnels d'avoir des outils de travail permettant une meilleure collaboration en réseau, 	 La mise en place d'indicateurs sur la durée du schéma, Une visibilité apportée aux élus et à l'ensemble de la hiérarchie administrative des actions engagées (restitution interne régulière au sein d'un comité de pilotage interne Conseil général),
Une nécessité d'améliorer la lisibilité de certains dispositifs et de certaines actions,	La mise en place d'un site internet ou d'un intranet à l'usage de l'ensemble des professionnels du département,
• Une volonté Départementale de restituer aux partenaires institutionnels et associatifs les actions et décisions	 L'amélioration de la visibilité des places disponibles en familles d'accueil et en établissements,
engagées, avec une mise en perspective.	• La restitution régulière aux partenaires de l'avancée des travaux à travers une conférence départementale annuelle.

OBJECTIFS	MODES OPÉRATOIRES / ACTIONS	ÉCHÉANCES	PILOTE	ACTEURS ASSOCIES	INDICATEURS
Améliorer le pilotage interne du schéma	Mettre en place des indicateurs lisibles pour des non-professionnels ASE, indicateurs suivis sur la durée du schéma	2012-2016	SEF		Production d'indicateurs
	Visibilité apportée aux élus et à l'ensemble de la hiérarchie administrative des actions engagées	2012-2016	SEF		Réunions annuelles d'un comité de pilotage interne Conseil général
Améliorer le pilotage des actions avec les partenaires institutionnels et associatifs	Améliorer la visibilité des places disponibles en familles d'accueil et en établissements pour l'ensemble des acteurs	2012-2016	SEF	MSD, UPF, MECS, LVA	Mise en place d'un logiciel informatique permettant ce suivi
	Améliorer la connaissance et la lisibilité des acteurs, des prestations, des projets éducatifs, des circuits d'information, des décisions	2012-2016	SEF	Tous les partenaires associatifs et institutionnels	Mise en place d'un site internet ou d'un intranet à l'usage de l'ensemble des professionnels du département
	Restituer à dates régulières aux partenaires l'avancée des travaux du schéma	2012-2016	SEF	Tous les partenaires associatifs et institutionnels	Organisation d'une confé- rence dépar- tementale annuelle

Évaluation du surcoût net du schéma sur 2016 comparé à 2012	
ADOPTION	
1. Développer le soutien des candidats à l'adoption et des familles ayant adopté	1,5 ETP 1 000 €
PMI	
2. Recentrer le service de PMI sur ses missions de santé publique	10,25 ETP 7 800 €
PRÉVENTION	
3. Animer la coordination des acteurs de la prévention collective	
4. Renforcer la prévention pour les adolescents et préadolescents	5 ETP
5. Renforcer la prévention du décrochage scolaire	81 500 €
6. Favoriser l'autonomie des jeunes 16-25 ANS	
PROTECTION	
7. Améliorer la détection des enfants en situation de danger, en optimisant le dispositif de recueil et de traitement des informations préoccupantes	
8. Améliorer le soutien des familles à domicile, en structurant les actions en milieu ouvert et en confortant la spécialisation des intervenants	
9. Assurer une réponse aux situations de danger immédiat, en étoffant le dispositif d'accueil d'urgence et en améliorant son fonctionnement	
10. Améliorer la prise en charge des enfants en familles d'accueil, en renouvelant l'offre d'accueil familial	5,5 ETP
11. Améliorer et diversifier la prise en charge des enfants en établissement	7 033 000 €
12. Développer le travail avec les familles et en particulier les conditions de l'exercice de l'autorité parentale	
13. Améliorer les prises en charge mixtes médico-sociales et sanitaires, en développant les dispositifs adaptés	
14. Améliorer la continuité éducative de prise en charge des enfants confiés, notamment par la mise en place du projet pour l'enfant (PPE)	
15. Favoriser l'autonomie des jeunes majeurs (18-21 ans)	
PILOTAGE DU SCHÉMA	1 ETP
TOTAL	
SURCOÛT NET EN ETP (Budget DRH) en 2016 comparé à 2012	23,25 ETP
SURCOÛT NET EN € (Budget ENFANCE FAMILLE) en 2016 comparé à 2012	7 123 300 €

Ce chiffrage est une évaluation du surcoût net engendré par l'ensemble des mesures schéma déployées sur une année pleine, à savoir 2016. Ce déploiement s'échelonnera sur 5 ans et dépendra également des recettes annuellement votées par le Département.

LEXIQUE

AED: aide éducative à domicile

AEMO : action éducative en milieu ouvert

AF : Assistant Familial
AM : Assistant Maternel

APJM: Accueil Provisoire Jeunes Majeurs (voir aussi CJM)

ASE : aide sociale à l'enfance CAF : caisse d'allocations familiales

CAMSP : centre d'action médico-sociale précoce CESF : conseillère en économie sociale et familiale CHRS : centre d'hébergement et de réinsertion sociale

CLSH : Centre de Loisirs Sans Hébergement CMJ : Contrat Jeunes Majeurs (voir aussi APJM)

CMP: centre Médico-Psychologique

CMPP : centre Médico-psycho-pédagogique

DREES: direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

ETP: équivalent temps plein
FAJ fonds d'aide aux jeunes
FJT: foyer de jeunes travailleurs
FSL: fond solidarité logement

INSEE : institut national de la statistique et des études économiques

IOE: Investigation d'Orientation Éducative

ITEP: Institut Thérapeutique, Éducatif et Pédagogique

IME: Institut Médico-éducatif

LAEP lieu d'accueil enfant parent (public généraliste, notamment suivi par le service PMI)

LAPE ou LRPE: lieu d'accueil parents-enfants ou lieu de rencontres parents-enfants (public d'enfants sous mesure de protection)

MECS : maison d'enfants à caractère social MJC : Maison des Jeunes et de la Culture

MVC: Maison de la Vie Citoyenne

OPP: Ordonnance de Placement Provisoire

PFS: Placement Familial Spécialisé
PJJ: Protection Judiciaire de la Jeunesse
PMI: Protection Maternelle et Infantile
PRE: Programme de réussite Éducative

RAM relais d'assistants maternels

RAP: Réseau Appui Parents

REAAP: réseau d'écoute, d'appui et d'accompagnement des parents

RRSE : recueil de renseignements socio-éducatifs

SAF : Service Accueil Familles

SAPMN: service d'adaptation progressive en milieu naturel)

SEGPA: sections d'enseignement général et professionnel adapté

SESSAD : service d'éducation spéciale et d'aide à domicile

TISF: technicien d'intervention sociale et familiale

TS: travailleur social

ULIS: Unité localisée pour l'inclusion scolaire



Conseil général des pyrénées-atlantiques

HÔTEL DU DÉPARTEMENT - 64 AVENUE JEAN BIRAY - 64058 PAU CEDEX 9
DÉLÉGATION DE BAYONNE - 4, ALLÉES DES PLATANES - BP 431 - 64104 BAYONNE CEDEX

















