



# SCHÉMA DÉPARTEMENTAL ENFANCE FAMILLE 2015-2020





**Le** Vaucluse se dote d'un nouveau schéma départemental de prévention et de protection de l'enfance et de la famille 2015-2020, dans un contexte socio-économique rude, qui appelle plus que jamais à des efforts de solidarité.

La crise économique que traverse notre pays a deux incidences directes, qui mettent au défi notre collectivité et ses partenaires : la première incidence concerne l'augmentation des difficultés socio-économiques que subissent les familles. Ces difficultés doivent être prises comme des facteurs de fragilité, que peuvent atténuer nos dispositifs partenariaux de prévention (aide à la parentalité et aux familles, soutien apporté en périodes pré et post natales par la protection maternelle et infantile, accompagnements sociaux...). La deuxième incidence de la crise concerne ses effets mécaniques sur les ressources des acteurs publics, dont notre Département. Il y a donc d'un côté la nécessité d'une action publique protégeant des publics de plus en plus vulnérables, et susceptibles d'être toujours plus nombreux, et de l'autre la contrainte de faire mieux, sans augmenter la dépense publique.

La mission de prévention et de protection de l'enfance a été réformée par une loi du 5 mars 2007 proposant une série de dispositions, qui précisément, peuvent aider les parties prenantes à relever ces défis.

D'abord, la loi invite à développer et articuler les actions menées dans le registre de la prévention sociale et médico-sociale. En ce sens, le Département de Vaucluse s'apprête à renouveler le cadre départemental de mise en oeuvre des actions de prévention portées par la PMI (orientation 1 du schéma) et à revisiter son offre de service de prévention, en bonne articulation avec les dispositifs proposés par ses partenaires (orientation 2).

Ensuite, la loi invite à la recherche d'efficacité en réaffirmant la nécessité d'une meilleure adaptation et individualisation des mesures aux situations des enfants et des familles. Notre Département se propose de décliner cet objectif en deux dimensions. La première consiste en une rénovation des modalités d'accompagnement des jeunes et des familles, en mettant ces dernières au centre de l'action des travailleurs sociaux (orientation 3). La deuxième dimension est celle de l'adaptation des modalités d'hébergement, et d'accompagnement de certains publics spécifiques, qui obligent les acteurs de la protection de l'enfance à se rapprocher des acteurs d'autres champs de la solidarité (orientation 4).

Enfin, la loi propose une série de dispositions permettant la meilleure coordination du paysage institutionnel et associatif, constitué d'une myriade d'acteurs, contribuant chacun à la mission de prévention et de protection de l'enfance et de la famille. Cela passera par une meilleure coordination technique, sur les situations individuelles, mais également par une coordination plus théorique, faisant place à la réflexion collective. Ces approches seront aussi ouvertes aux jeunes et aux familles, premiers concernés de notre action commune (orientation 5).

Ce nouveau schéma, élaboré par l'ensemble des parties prenantes du champ de la prévention et de la protection de l'enfance et de la famille, sera conduit sous l'impulsion du Département, pour une période qui pour la première fois correspondra à celle d'une nouvelle mandature. C'est donc une période propice à l'ouverture de chantiers ambitieux, qui ne peuvent aboutir que si chacun de nous y contribue, dans un effort collectif et convergent.

**Maurice CHABERT**  
**Président du Conseil départemental de Vaucluse**

PARTIE 1 - Synthèse du diagnostic du dispositif  
départemental de prévention  
et de protection de l'enfance..... 4

PARTIE 2 - Les 5 orientations du Schéma..... 36

CONCLUSION..... 97

# PARTIE 1

## SYNTHÈSE DU DIAGNOSTIC DU DISPOSITIF DÉPARTEMENTAL DE PRÉVENTION ET DE PROTECTION DE L'ENFANCE

1. Introduction.....	6
2. Synthèse de l'état des lieux.....	11
A. Le contexte départemental.....	11
B. Les actions de préventions portées par la PMI.....	15
C. Les actions de prévention généralistes portées par le Département.....	19
D. Les outils et les pratiques professionnelles au service des missions d'aide sociale à l'enfance.....	24
E. L'adaptation de l'offre de protection de l'enfance aux besoins des publics.....	28
F. Les actions de communication et de partenariat portées par le Département.....	33

# 1. INTRODUCTION

## Le contexte législatif & réglementaire de la politique départementale en faveur de l'enfance et de la famille

Le schéma départemental en faveur de l'enfance et de la famille intervient dans un contexte profondément modifié par trois grandes lois, dont l'application se fait progressivement sur l'ensemble du territoire national :

- **La loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale** qui institue les schémas départementaux d'organisation sociale et médico-sociale et prévoit un ensemble d'outils visant à impliquer davantage les enfants et les familles dans la mise en oeuvre de leur accompagnement par les services et établissements sociaux et médico-sociaux.
- **La loi du 13 aout 2004, acte II de la décentralisation** qui a confirmé la responsabilité exclusive du Président du Département dans la mise en oeuvre des schémas d'organisation sociale et médico-sociale, ceux-ci ne relevant plus d'une validation conjointe.
- **La loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance**, qui consacre le Département comme chef de file de la protection de l'enfance et introduit un certain nombre de changements dans l'action en direction des enfants et des familles au titre de la protection de l'enfance.

## L'instauration des schémas départementaux d'organisation sociale et médico-sociale par la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale

Depuis la loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, les Départements ont l'obligation d'établir, pour une période de cinq ans, **des schémas d'organisation sociale et médico-sociale, dont un volet est consacré à la politique de protection de l'enfance**. L'article L.312-4 du Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF) précise ainsi que «Les schémas d'organisation sociale et médico-sociale [...] :

- Apprécient la nature, le niveau et l'évolution des besoins sociaux et médico-sociaux de la population.
- Dressent le bilan quantitatif et qualitatif de l'offre sociale et médico-sociale existante.
- Déterminent les perspectives et les objectifs de développement de l'offre sociale et médico-sociale et, notamment, ceux nécessitant des interventions sous forme de création, transformation ou suppression d'établissements et services [...].
- Précisent le cadre de la coopération et de la coordination entre les établissements et services [...].
- Définissent les critères d'évaluation des actions mises en oeuvre dans le cadre des schémas.»

La loi du 2 janvier 2002 comprend également **des dispositions relatives au pilotage des établissements et services** : l'évaluation de la qualité est particulièrement mise en exergue, à travers des obligations d'évaluation interne (tous les cinq ans) et externe (dans les 7 ans suivant l'autorisation et au plus tard 2 ans avant son échéance). Elle affirme enfin la place des usagers et de leurs familles, en mettant l'accent sur des outils visant à concrétiser leurs droits : livret

d'accueil, charte des droits et des libertés, règlement de fonctionnement, contrat de séjour ou document individuel de prise en charge, projet personnalisé d'accompagnement, conseil de la vie sociale...

## Un accent mis sur la prévention et la diversification des accompagnements ainsi que sur le pilotage, par la loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance

La loi n°2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance consacre le Département comme chef de file de la politique de protection de l'enfance.

Elle donne une définition de la protection de l'enfance qui a pour but de prévenir les difficultés auxquelles les parents peuvent être confrontés dans l'exercice de leurs responsabilités éducatives, d'accompagner les familles et d'assurer, le cas échéant, selon des modalités adaptées à leurs besoins, une prise en charge partielle ou totale des mineurs. La loi introduit également dans le Code de l'action sociale et des familles une référence nouvelle aux droits et à l'intérêt de l'enfant.

Les axes stratégiques du schéma départemental 2015-2020 font écho aux quatre grandes orientations de la loi du 5 mars 2007 :

- **Le renforcement de la prévention**, en insistant sur la prévention périnatale (entretien psychosocial au cours du quatrième mois de grossesse, visite à domicile dans les premiers jours suivants la sortie de la maternité, bilans systématiques à l'école maternelle...), le rôle de la médecine scolaire (renforcement de la fréquence des visites médicales et élargissement du contenu de l'examen) et en créant de nouvelles prestations à l'attention des familles rencontrant des difficultés éducatives (mesure d'accompagnement en économie sociale et familiale, mesure judiciaire d'aide à la gestion du budget familial, mesure d'accueil du jour...).

- **L'amélioration du repérage et du traitement des informations relatives aux situations de danger et de risque de danger**, grâce à la création, dans chaque département, d'une cellule chargée de centraliser le recueil et le traitement des informations préoccupantes. Pour traiter ces informations et permettre une évaluation pluridisciplinaire, la loi introduit également la notion de partage d'informations à caractère secret entre les personnes soumises au secret professionnel. Enfin, l'observatoire départemental de la protection de l'enfance est chargé de recueillir et d'analyser les données départementales relatives à l'enfance en danger, au regard notamment des informations anonymes transmises par la cellule départementale.
- **La revalorisation de la protection administrative**. La loi consacre le principe de subsidiarité de l'intervention judiciaire : sauf situation de danger grave pour l'enfant, le Président du Département n'a le devoir de saisir l'autorité judiciaire de la situation d'un enfant en danger que s'il est établi que le service départemental n'a pu remédier au danger par des prestations administratives, ou en raison du refus de la famille d'accepter l'intervention du service de l'aide sociale à l'enfance. L'impossibilité d'évaluer une situation constitue le troisième critère de saisine de l'autorité judiciaire.
- **La diversification et l'individualisation des modes de prise en charge des enfants** grâce à un élargissement du champs des possibles : mesures d'accueil ponctuel (accueil de 72 heures notamment), exceptionnel, périodique ou modulable et l'institution d'un «Projet pour l'enfant», élaboré avec les parents et l'ensemble des professionnels intervenant dans la prise en charge de l'enfant.

La politique départementale en faveur de l'enfance et de la famille est également encadrée par d'autres textes fondamentaux :

- **La loi du 27 juin 2005** relative aux assistants maternels et aux assistants familiaux clarifie leur statut et entend améliorer la qualité de l'accueil, à travers le renforcement de la formation des accueillants.
- **La loi du 21 juillet 2009** portant réforme de l'Hôpital et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires (HPST) instaure une procédure d'appel à projet, à laquelle devront se conformer les projets de création, transformation ou extension d'Établissements ou de Services Sociaux et Médico-Sociaux (ESSMS) s'inscrivant dans le cadre des orientations du Schéma départemental de l'Enfance et la Famille.
- Enfin, **la circulaire du 31 mai 2013** relative aux modalités de prise en charge des mineurs isolés étrangers, instaure un dispositif national de mise à l'abri, d'évaluation et d'orientation des personnes se présentant en qualité de mineurs isolés étrangers et une répartition de ces mineurs entre les différents départements du territoire national.

## La méthode d'élaboration du schéma départemental 2015 -2020

Le schéma départemental 2015-2020 a été élaboré grâce à une méthodologie associant étroitement les professionnels du Département ainsi que leurs partenaires institutionnels et associatifs à chacune des étapes des travaux. De même, des entretiens avec des usagers (enfants et familles) ont été organisés dans le temps du diagnostic.

### Une démarche conduite en trois étapes

Pilotée par plusieurs instances (comité de validation, comité de pilotage, comité partenarial), la démarche d'élaboration du schéma 2015-2020 a été conduite en trois phases :

- De juin à septembre 2014, une première étape a été consacrée à **la réalisation d'un bilan du précédent schéma et à un état des lieux de l'existant**. Les travaux menés ont permis d'aboutir à un diagnostic détaillé du dispositif de protection de l'enfance et d'identifier ainsi les axes d'évolution souhaitables pour les années à venir en lien avec l'ensemble des acteurs concernés.

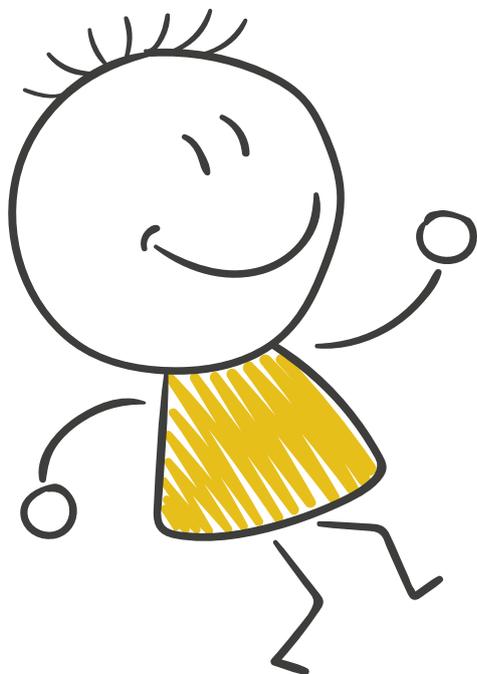
Ce travail de diagnostic avait été préparé, dans son volet PMI, par le Département en interne. Le diagnostic a donné lieu à une restitution des travaux devant l'ensemble des professionnels de PMI, et les travaux du schéma ont ensuite intégré les conclusions de ce volet.

- Une seconde étape, d'octobre à décembre 2014, a permis de dégager des propositions d'amélioration concrètes du dispositif de prévention et de protection de l'enfance, grâce à **l'organisation d'une large concertation des professionnels de la prévention et de la protection de l'enfance**. Onze groupes de travail ont ainsi été réunis en



novembre/décembre 2014 de manière à dégager des grandes propositions d'évolution du dispositif enfance famille (orientations). En parallèle, le Département a conduit deux groupes de travail en interne, portant sur les évolutions à donner aux dispositifs d'adoption et d'accompagnement des mineurs victimes.

- La dernière phase des travaux, menée en janvier 2015, a consisté en la rédaction du schéma et à l'élaboration d'un outil de pilotage interne, de façon à permettre le meilleur **suivi du plan d'actions retenu**.



## Une démarche d'état des lieux ouverte à la participation des professionnels et des usagers

Les travaux d'élaboration du nouveau schéma départemental se sont traduits par la mobilisation d'outils à la fois quantitatifs et qualitatifs.

Plusieurs études quantitatives ont tout d'abord été réalisées :

- Une étude comparative interdépartementale a été élaborée à partir de bases de données nationales<sup>1</sup>, permettant de mettre en perspective le contexte socio-économique et le dispositif de prévention et de protection de l'enfance de Vaucluse, par rapport à la situation nationale et celle d'autres départements<sup>2</sup> choisis à partir de critères de proximité ou d'organisation du dispositif de protection de l'enfance.
- Une étude comparative infra-départementale a quant à elle permis de situer les Unités Territoriales (UT) du Département les unes par rapport aux autres, grâce à la collecte d'un ensemble d'indicateurs portant sur des données démographiques, socio-économiques et relatives à l'activité des services d'Aide Sociale à l'Enfance (ASE), de Protection Maternelle et Infantile (PMI) et Service Départemental d'Action Sociale (SDAS).
- La construction d'un indice de vulnérabilité, agrégeant des indicateurs considérés comme des facteurs de risques en protection de l'enfance, a permis d'affiner l'analyse infra-départementale, sur la base d'un ensemble de ratios relatifs à la situation familiale des ménages, leur situation vis-à-vis de l'emploi, du logement, leurs revenus, etc. Cet indice, déjà élaboré dans des travaux menés antérieurement, peut constituer un outil de pilotage dans un département ayant fait le choix d'une organisation territorialisée.

<sup>1</sup> INSEE, DREES, ANDASS, STATISS

<sup>2</sup> Gard, Drôme, Hauts-de-Seine.

Plusieurs outils ont parallèlement permis de recueillir les attentes et les enjeux perçus par les acteurs durant la première phase de la démarche :

- **Des entretiens individuels ou collectifs** ont été réalisés auprès des acteurs du dispositif. Professionnels du Département (Encadrement des Directions départementales, des Unités Territoriales), partenaires institutionnels (DDCS, Education nationale, CAF, autorité judiciaire, pédopsychiatrie, PJJ, ARS,...) et associatifs (MECS, services AEMO et TISF,...) ont ainsi pu être rencontrés.
- **Des réunions collectives organisées sur les territoires**, ayant donné lieu à des contributions écrites ont permis d'associer étroitement les professionnels de terrain aux travaux d'état des lieux du dispositif départemental Enfance Famille.

Les acteurs intervenant dans le champ de la prévention et de la protection de l'enfance ont également été mobilisés dans le cadre d'ateliers thématiques de travail, lors de la seconde phase des travaux. Le travail de formulation des propositions d'évolution s'est ainsi appuyé sur **11 groupes pluri-institutionnels et pluri-professionnels chacun réunis sur une journée entière**, et ayant permis de faire émerger des pistes d'évolution partagées.

Enfin, les usagers du dispositif de protection de l'enfance ont également été consultés, via l'organisation de rencontres collectives et d'entretiens individuels avec des enfants confiés à l'Aide Sociale à l'Enfance et des parents.



# 2.SYNTHÈSE DE L'ÉTAT DES LIEUX

## A. LE CONTEXTE DÉPARTEMENTAL

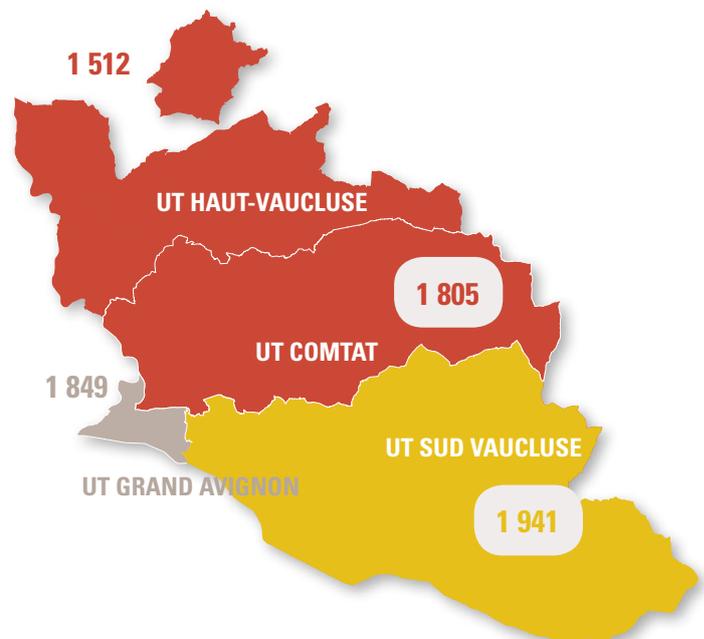
Les caractéristiques principales du territoire : des fortes disparités entre les Unités Territoriales concernant l'évolution des jeunes enfants et des indicateurs socio-économiques plutôt défavorables dans le département.

► **Un dynamisme démographique très proche de la moyenne nationale et un taux de natalité supérieur à celui observé en France métropolitaine**  
Au regard des Départements de comparaison, le Vaucluse se caractérise par **un taux de croissance annuelle identique à celui de la France métropolitaine sur la période 2006-2011 (0,5%)**.

“ Au niveau infra-départemental, les **UT du Sud Vaucluse et du Comtat sont les plus peuplées en 2011**, avec respectivement 168 342 et 149 500 habitants. L'évolution de la population entre 2006 et 2011 est en hausse dans l'ensemble des UT, à l'exception de Grand Avignon qui connaît une baisse de -2%.

**Le taux de natalité de Vaucluse est quant à lui supérieur à celui de la moyenne nationale** avec 12,9 naissances domiciliées pour 1000 habitants en 2012. Il constitue par ailleurs le taux le plus élevé de l'ensemble des territoires de comparaison. Son taux de fécondité est également le plus élevé avec 2,3 naissances pour 100 femmes en âge de procréer en 2012, contre 2,1 pour la moyenne de l'échantillon et 2,0 pour la France métropolitaine.

“ Si le taux de natalité observé en Vaucluse est supérieur à la moyenne nationale, il varie néanmoins en fonction des Unités territoriales du département sur la période 2006-2011, comme l'illustre la carte ci-dessous



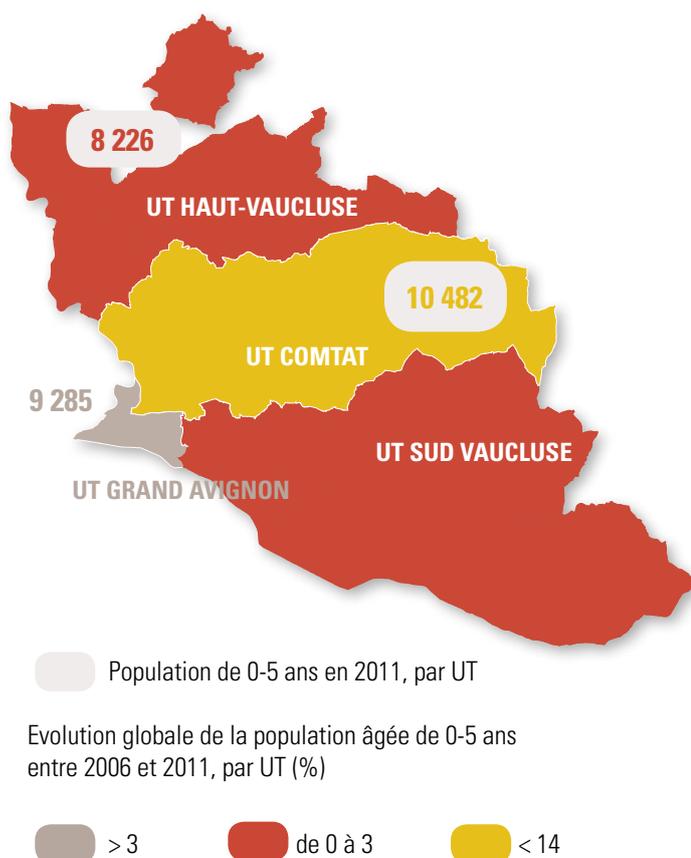
○ Naissances en 2012 par UT

Taux de natalité observé sur la période 2006-2011, par UT (%).  
(nombre de naissances pour 1 00 habitants présents en moyenne durant la période)

○ > 17    ● de 14 à 17    ● < 14

## Une population des moins de 21 ans en légère baisse entre 2006 et 2011

La part des enfants de 0 à 5 ans en 2011 en Vaucluse est légèrement inférieure à la moyenne nationale, et inférieure à celle de la moyenne des départements de l'échantillon (7,2% en Vaucluse, 7,3% en France métropolitaine et 7,8% pour la moyenne de l'échantillon).



A l'échelle infra départementale, on constate **une forte disparité de l'évolution des 0-5 ans entre les unités territoriales** du département, ce qui pourrait induire des **besoins disparates s'agissant de politique départementale en faveur de la petite enfance et de la famille**.

En effet, si la population des 0-5 ans en Vaucluse augmente sur la période 2006-2011, l'Unité territoriale du Sud Vaucluse enregistre la plus faible croissance des 0-5 ans avec 0,1%, tandis que le Comtat accuse

une baisse de 1%. En revanche, l'Unité territoriale qui connaît la plus forte hausse de cette population est celle du Grand Avignon avec 4,8% d'augmentation. Par ailleurs, la population des moins de 21 ans est en baisse de 0,9% sur la période 2006-2011 en Vaucluse, contrairement aux autres territoires de comparaison.

## Une proportion de familles monoparentales supérieure à la moyenne nationale

La proportion de familles monoparentales dans le total des familles constitue un indicateur de fragilité, et peut traduire un niveau de besoin en matière de prévention et de protection de l'enfance. **En 2011, la part de familles monoparentales s'élevait à 15,5% en Vaucluse, soit un niveau proche de celui des territoires de comparaison** et très légèrement supérieur à celui observé à l'échelle métropolitaine (14,1%).

- “ **Par ailleurs, la part des familles nombreuses en 2011 en Vaucluse** (8,7% de familles avec 3 enfants ou plus dans le total des familles) **est inférieure à la moyenne de l'échantillon** (9,7%) et à la moyenne nationale (9,3%). Elle a par ailleurs baissé de 2 points entre 1999 et 2009.
- “ Au niveau infra départemental, **le Grand Avignon comprend la proportion la plus importante de familles monoparentales (20,8%) et de familles nombreuses (11,4%) ce qui peut laisser supposer un besoin important en termes de politique familiale.**
- Le diagnostic PMI met en avant que les familles monoparentales sont en majorité regroupées dans les villes centres du département (Avignon, Cavailon, Carpentras, Orange).

## De fortes disparités de revenu entre les Unités territoriales et une situation particulièrement défavorable pour le Grand Avignon

Le Vaucluse présente des indicateurs socio-économiques relativement défavorables rapportés à la moyenne de l'échantillon et à la moyenne de la France métropolitaine.

- “ La proportion de chômeurs en Vaucluse est plus élevée dans le Grand Avignon avec 9,3% de chômeurs dans l'ensemble de la population. **Le département présente donc des disparités importantes entre les UT en matière de chômage.**
- “ En ce qui concerne **le taux de non scolarisation**, une hétérogénéité importante apparaît au sein du département en 2011.

	Vaucluse	Gard	Drôme	Hauts de Seine	Moyenne de l'échantillon	France Métropolitaine
Activité et revenus (INSEE, RGP 2011, STATISS)						
Taux de chômage estimé à la fin du 4 <sup>ème</sup> trimestre 2010 (cat. A)	10,8%	11,8%	9,6%	7,1%	9,8%	8,8%
Revenu médian par Unité de consommation en 2010	16 966	16 920	17 639	5 398	19 231	18 355
Part des foyers fiscaux non imposés en 2011	49,4%	50,4%	46,5%	29,5%	44%	43,8%
Part de la population couverte par le RSA au 31 décembre 2011	7,8%	10,1%	6,2%	4,3%	7,1%	6,3%
Part de la population couverte par la CMUC au 31 décembre 2011	7,8%	10%	5,9%	4,2%	7%	6%

En effet, le Vaucluse présente le taux de chômage le plus élevé de l'échantillon au 4<sup>e</sup> trimestre 2010 (10,8%), derrière le Gard. Il est ainsi supérieur de 2 points à celui de la France métropolitaine (8,8%). Le Vaucluse présente avec le Gard le revenu médian par Unité de consommation le plus faible de l'échantillon (16 966 €), en-deçà du revenu observé à l'échelle de l'échantillon (19 231 €) et du niveau national (18 355 €). On note par ailleurs que la part de la population couverte par le RSA (7,8%) et la CMUC (7,8%) est plus importante que celle des moyennes de l'échantillon et de la France métropolitaine. En outre, il est notable que parmi les bénéficiaires du RSA en 2009, 36,8% faisait partie d'une famille monoparentale (source : diagnostic PMI, observatoire sanitaire et social du Département).

En effet, le Grand Avignon comprend la proportion la plus importante de 15-17 ans non scolarisés avec 6,7%, contre 4,2% dans le Sud Vaucluse et 3,6% dans le Comtat.

**Concernant le logement**, la part des résidences surpeuplées<sup>3</sup> s'établit à 1,2% pour l'ensemble du département de Vaucluse, ce qui constitue un taux inférieur à celui de la France métropolitaine, s'élevant à 1,5%. La part de résidences surpeuplées en Vaucluse connaît par ailleurs de fortes variations selon les UT. En effet, le Comtat présente l'indicateur le plus favorable avec 0,9% des résidences surpeuplées en 2011. Leur proportion est deux fois plus élevée dans le Grand Avignon (1,8%), ce qui peut notamment s'expliquer par un caractère urbain plus important.

<sup>3</sup> Soit les logements dont le nombre de pièces est inférieur de deux ou plus au nombre de personnes y habitant (source CAF)

Au regard des différents indicateurs explicités ci-dessus (taux de chômage, taux de non scolarisation, logements surpeuplés), **l'UT du Grand Avignon semble constituer une zone particulièrement fragile au niveau socio-économique**. Ce constat reste néanmoins à relativiser, compte-tenu du fait que les territoires urbains concentrent souvent le plus de facteurs de fragilité. La précarité prend d'autres formes dans les territoires ruraux. A ce titre, ces indicateurs sont à mettre au regard de la localisation des équipements et des moyens dont disposent les habitants pour y accéder.

## L'indice de vulnérabilité des territoires : un outil d'aide à la décision dans les modalités d'intervention auprès des publics

La matrice des risques éducatifs a vocation à **prendre en compte les différentes dimensions de la vie des familles**, dans leur impact sur la relation parent-enfant et l'exercice de la parentalité. Cette démarche s'appuie sur le constat du **caractère multifactoriel des difficultés rencontrées par les familles accompagnées dans le cadre de la prévention et de la protection de l'enfance**, et sur l'enjeu de développer une réelle stratégie de prévention dans le cadre de cette politique.

“ Il est à noter qu'il s'agit bien là de **facteurs de risque**, en aucun cas de rapport de causalité<sup>4</sup> à rechercher entre ces facteurs et l'émergence de difficultés éducatives appelant une intervention de protection de l'enfance.

“ L'indice par Unité territoriale pour chacun des indicateurs est calculé en prenant comme référence le ratio départemental correspondant à une base 1,00. Il permet de situer le niveau de vulnérabilité des UT les unes par rapport aux autres.

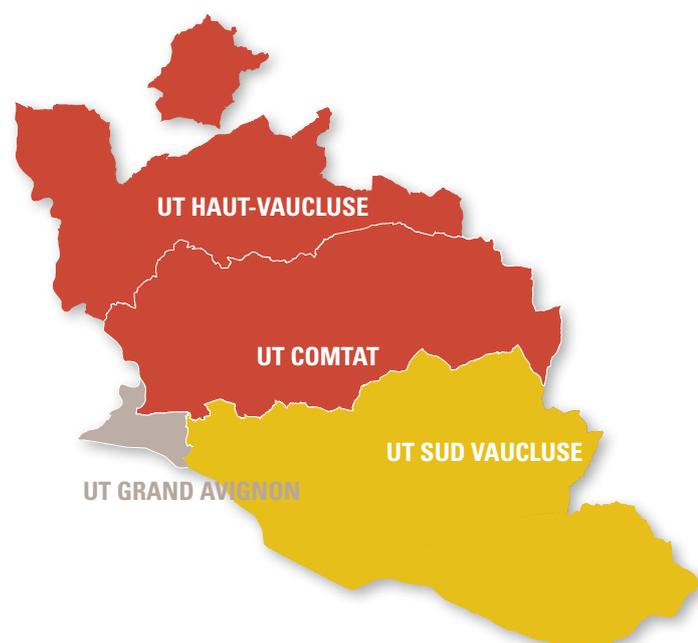
“ L'indice cartographié ci-dessous a été construit à partir de l'agrégation des indicateurs suivants, considérés comme des facteurs de risques en matière de protection de l'enfance :

- La part des familles avec enfants sans actif occupé dans le total des familles avec enfants en 2011.
- La part des familles monoparentales dans le total des familles en 2011.
- La part des familles nombreuses (3 enfants ou plus) dans le total des familles en 2011.
- La part des familles monoparentales nombreuses (3 enfants ou plus) dans le total des familles en 2011.
- La part des allocataires CAF percevant l'AAH et/ou le RSA en 2013.
- La part des allocataires CAF dont le revenu est constitué à plus de 50% de prestations sociales en 2013.
- La part des résidences surpeuplées sur l'ensemble des résidences principales en 2011.
- La carte page 15, permet de constater des écarts relativement faibles entre les indices des UT du Comtat, du Haut et Sud Vaucluse avec un écart maximal de 0,10 point. L'UT Grand Avignon présente l'indice de vulnérabilité sociale le plus élevé de l'ensemble du département, avec 1,37. Cela confirme le caractère plutôt défavorable de la situation socio-économique de cette UT, constaté plus haut.
- En revanche, les UT du Sud Vaucluse et Comtat présentent des situations plutôt favorables avec un indice de vulnérabilité peu élevé (respectivement 0,85 et 0,87). Le Haut-Vaucluse enregistre un indice de 0,95.

<sup>4</sup> Cela nécessiterait des études plus poussées, quantitatives ou qualitatives.

A titre de comparaison, un travail similaire avait été réalisé dans le cadre de l'évaluation de la politique de protection de l'enfance en 2012, et avait conduit à des indices territorialisés présentant les mêmes écarts : UTGA à 1,39 ; UTHV : 0,96 ; UTC : 0,87 ; UTSV : 0,85.

Les territoires dont l'indice est supérieur à 1 connaissent un niveau de vulnérabilité plus élevé que la moyenne départementale.



Indice de vulnérabilité par UT



Source : Conseil Général au 31.12.2012

-  ETP d'infirmières-puéricultrices 2013 pour 250 naissances, par UT
-  ETP de sages femmes en 2013 pour 1500 naissances, par UT
-  ETP de médecins de PMI en 2013 pour 1000 enfants de 0-5 ans, par UT

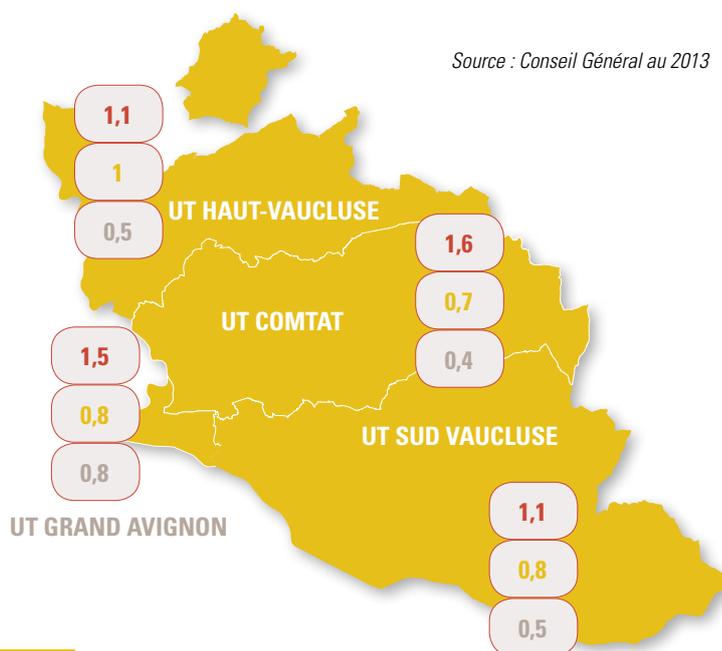
5 Rapporté au nombre de naissances et au nombre d'enfants de moins de 6 ans.  
6 Rapporté au nombre de naissances.

## B. LES ACTIONS DE PRÉVENTION PORTÉES PAR LA PMI

### Une couverture en professionnels de PMI insuffisamment en correspondance avec les besoins du territoire

Au 31 décembre 2011, selon les données recueillies par la DREES, le département de Vaucluse comptait un nombre d'ETP de médecins<sup>5</sup> ainsi qu'un nombre d'infirmières-puéricultrices<sup>6</sup> en cohérence avec le ratio observé à l'échelle nationale. **La dotation en sages-femmes de PMI avoisine le ratio défini par le Code de la Santé Publique** (à savoir 1 sage-femme pour 1500 naissances : le Vaucluse dispose de 4 ETP de sages-femmes au lieu des 4,7 ETP qui permettraient de respecter ce ratio). Seule l'UT du Haut-Vaucluse respecte le ratio légal avec 1 ETP de sages-femmes pour 1500 naissances, tandis que les UT du Comtat, du Sud Vaucluse et de Grand Avignon présentent respectivement 0,7 et 0,8 ETP pour 1500 naissances.

Source : Conseil Général au 2013



La répartition des professionnels de la protection maternelle et infantile doit certes être observée au travers des dynamiques démographiques propres à chaque territoire, mais également du contexte local (facteurs de vulnérabilité et besoins des publics, étendue du territoire, démographie médicale, répartition territoriale de l'offre d'accueil individuel du jeune enfant) et des pratiques professionnelles (articulations avec les partenaires internes comme externes au Département priorisation de certaines missions au détriment d'autres...). A cet égard, il peut être relevé que la répartition des professionnels de PMI (médecins et infirmières-puéricultrices) entre globalement en cohérence avec le degré de prégnance des facteurs de risque sur le territoire, appréhendé à travers la matrice des risques éducatifs territorialisée présentée ci-dessus. Cette analyse apparaît en revanche beaucoup plus mitigée s'agissant des sages-femmes de PMI, ou de la répartition des assistantes maternelles sur le territoire. Dès lors, la définition d'une méthodologie permettant d'assurer une cohérence territoriale dans la répartition des moyens humains notamment constitue un axe de travail pour le Département.

## Des actions de prévention développées mais non structurées sur la base d'orientations stratégiques départementales

### L'accompagnement prénatal et la maîtrise de la fécondité

Le Vaucluse développe une activité de planification familiale relativement importante au travers du Département. A ce titre, il dispose de 13 Centres de Planification et d'Education Familiale (CPEF), dont 8 sont gérés directement par la PMI. Avec 3348 séances de consultation de planification familiale réalisées en 2011 en Vaucluse, on compte **1426 séances pour 100 000 habitants de 15 à 49 ans, soit un ratio supérieur aux moyennes de l'échantillon (1 010) et de la France métropolitaine (424).**

“ Les CPEF ont également pour mission d'organiser des actions collectives. **Des ateliers d'éducation à la vie affective et sexuelle et des actions de sensibilisation à la contraception** sont ainsi organisés, à destination d'un public varié : les classes de 3ème des collèges, le public accueilli en ITEP, les missions locales, les centres sociaux, les jeunes adultes et les lycées. **Ces actions apparaissent néanmoins peu structurées au niveau départemental.**

### Le suivi des grossesses assuré par la PMI

La PMI assure un suivi des grossesses, intégrant un entretien prénatal précoce au 4<sup>e</sup> mois de grossesse, destiné à prévenir, orienter et coordonner les professionnels autour de la femme enceinte et de la parentalité.

“ On note qu'en 2011, **546 femmes ont bénéficié d'un entretien prénatal précoce en Vaucluse, soit près de 8% des naissances.** Le Vaucluse présente

ainsi un **taux de couverture supérieur au ratio national** (5,3% des naissances couvertes). L'entretien prénatal précoce peut être assuré par le médecin CPEF, les sages-femmes de PMI mais également les sages-femmes libérales et hospitalières. Toutefois **l'ensemble des centres hospitaliers ne pratique pas l'entretien prénatal précoce**, en particulier le centre hospitalier d'Avignon.

“ Par ailleurs, le service départemental de PMI est destinataire des avis de grossesse transmis par la CAF. Suite à leur réception, plusieurs modes d'intervention peuvent être proposés aux familles par les sages-femmes de PMI et les médecins des CPEF<sup>7</sup> : visites à domicile (VAD), consultations prénatales et postnatales, actions collectives (en début de grossesse essentiellement) ...

“ **7055 avis de grossesse ont été reçus en 2012 pour 7107 naissances.**

464 VAD prénatales concernant 162 femmes enceintes ont ainsi été réalisées en 2011, soit 6,5% des naissances couvertes. Le Vaucluse présente ainsi un niveau d'activité en VAD prénatales largement inférieur à celui observé en France métropolitaine (28,2 VAD pour 100 naissances) et dans les départements de l'échantillon.

**La dotation limitée du département en sages-femmes de PMI induit un ciblage de plus en plus important des publics.** Les déclarations tardives, les grossesses de mineures et les grossesses multiples constituent des critères partagés par les sages-femmes du département.

“ Le diagnostic relatif à la PMI note parallèlement que «les critères comme l'âge (plus de 40 ans) et la primiparité (1<sup>er</sup> enfant) ne sont plus pris en compte par manque de temps. Une sélection est faite au travers des facteurs de risques les plus «graves» évalués par chaque sage-femme». **La définition plus précise de critères d'intervention partagés** constitue donc un axe de travail à prendre en compte dans le cadre du schéma.

## **Le suivi de la santé, de la croissance et du développement de l'enfant jusqu'à ses six ans**

**6 676 avis de naissance ont été réceptionnés par le service départemental de PMI en 2012** (pour 7 107 naissances cette même année selon l'INSEE). Ce dernier reçoit également les certificats du 8<sup>ème</sup> jour. Le diagnostic réalisé par les professionnels de PMI soulève **un enjeu d'amélioration du circuit et du traitement des avis de naissance et des certificats du 8<sup>ème</sup> :** délai de réception de ces documents, générant une mise à disposition du service auprès des parents trop tardive, taux de réponse très aléatoire des parents...

“ Par ailleurs, **il n'existe pas à l'heure actuelle de critères de ciblage des publics** dans le cadre du traitement des avis de naissance et des certificats du 8<sup>ème</sup> jour. Le rapport réalisé par les professionnels de PMI note toutefois que «la sélection du public se fait a posteriori et non a priori, les praticiens vont, en fonction des besoins de la population rencontrée, faire en sorte d'espacer les rendez-vous, ou de ne plus en donner, privilégiant ainsi la population qui a besoin de soutien». Les professionnels priorisent de facto certains publics considérés comme davantage fragilisés dans leurs interventions : une réflexion sur la notion d'«universalité»(nécessaire afin d'éviter les risques de stigmatisation des publics) et ses limites a été engagée et devra être poursuivie dans le cadre de la mise en oeuvre du Schéma, de manière à poser un cadre clair à l'échelle départementale (critères de ciblage a posteriori partagés).

“ Cette mission de suivi médico-social des moins de 6 ans s'exerce à travers plusieurs types d'accompagnement : consultations infantiles, VAD, permanences de puéricultrices, bilans de santé en école maternelle, actions collectives...

Ainsi, en 2011, 1 780 séances de consultation infantile ont été réalisées en Vaucluse, **soit 1 séance de consultation hebdomadaire pour 200 naissances.** Ce ratio place le département dans la moyenne nationale

<sup>7</sup> NB : le service de PMI n'assure pas le suivi des grossesses à risque en Vaucluse (absence de monitoring).

et la moyenne des départements de l'échantillon (1,1 séance hebdomadaire pour 200 naissances).

- Parallèlement, les infirmières puéricultrices ont assuré 4 884 VAD en 2011 au profit de 3 309 enfants. Le département présente ainsi **une activité importante en visites à domicile infantiles, puisque 8,5% des enfants de moins de 6 ans en ont bénéficié**, contre 6,7% seulement en moyenne en France métropolitaine. Le suivi médico-social des enfants de moins de 6 ans s'exerce également via **les permanences de puéricultrice, dont le nombre a enregistré une forte hausse depuis 2008**.
- Par ailleurs, après avoir augmenté sur la période 2008-2011 du fait d'un pic de natalité en 2008 qui impacte le nombre d'enfants de 3 ans et 3 ans et demi en 2011, **le nombre de bilans médicaux réalisés en école maternelle enregistre une baisse depuis 2012**. Chaque médecin apprécie aujourd'hui le niveau de difficultés de chaque école pour organiser la mise en oeuvre des bilans de santé. **Une référence départementale pourrait être instaurée afin de garantir une équité de traitement et une cohérence** à l'échelle du département. Les équipes de PMI plaident également pour l'harmonisation du **suivi des préconisations** (modalités de contact avec les parents, courriers de rappel).

## Des disparités infra départementales en matière d'activités de prévention

De manière générale, l'analyse infra départementale met en évidence des disparités selon les territoires dans la réalisation des activités. Celles-ci sont **le reflet des ressources disponibles par territoire** : ainsi les UT Grand Avignon et Sud Vaucluse, qui présentent la dotation la plus importante en médecins de PMI, couvrent respectivement 94% et 100% de la population des 3-4 ans en bilans de santé.

“ A noter toutefois que l'activité en VAD et consultations infantiles n'apparaît pas corrélée de façon systématique à la dotation des UT en infirmières puéricultrices de PMI. Elles mettent en effet en évidence le choix de privilégier certains outils en fonction de la nature du territoire. Ainsi, l'UT du Grand Avignon privilégie les consultations infantiles plutôt que les VAD infantiles en raison du caractère urbain du territoire. Le diagnostic réalisé par les professionnels de PMI note ainsi que *« si l'intervention à domicile présente un intérêt évident dans l'accompagnement médico-social, elle n'est pas possible pour tous et ne se manie pas de la même manière selon la configuration du territoire, urbain, rural. Elle doit être laissée à l'appréciation du praticien et ne pas faire l'objet de critérisation particulière »*. D'autres types d'intervention, ayant pour objectif le soutien à la parentalité, la préparation à la socialisation et la scolarisation, sont également proposés par les équipes de PMI dans le cadre de leurs missions de suivi médico-social des moins de 6 ans : ateliers lecture parents-enfants, massage bébé, animations diverses dans les salles d'attente PMI, participation aux Lieux d'Accueil Parent/Enfant (LAEP), etc. Le diagnostic de PMI note toutefois **la nécessité de renforcer le « pilotage des activités extralégales de la PMI »** (place accordée à ces activités « extralégales », méthode... )

## Des articulations partenariales inégales

**L'offre médicale (hospitalière et libérale) sur le territoire conditionne également les interventions de la PMI**, parfois amenée à jouer un rôle de « palliatif » (ex. le suivi n'étant proposé qu'à partir du 8<sup>ème</sup> mois au centre hospitalier d'Avignon, la PMI assure le suivi des femmes enceintes ne pouvant s'orienter vers le privé par défaut de couverture sociale ou de mutuelle). **A ce titre, la connaissance des missions des CPEF et**

**de la PMI par les partenaires locaux** (pharmacies, médecins généralistes et gynécologues libéraux) **pourrait être mieux accompagnée en Vaucluse**, de même que le partenariat avec les centres hospitaliers pourrait être renforcé dans certains territoires.

- En ce qui concerne le suivi de la santé, de la croissance et du développement de l'enfant jusqu'à ses six ans assuré par la PMI, au-delà de la réception et du traitement des avis de naissances, la collaboration avec les maternités constitue un élément essentiel à l'orientation des publics vers l'accompagnement médico-social post-natal proposé par les équipes de PMI. A cet égard, il peut être noté qu'un réel partenariat a été développé avec les maternités du département : fiches de liaison, passages hebdomadaires des puéricultrices en maternité... **Ce partenariat reste toutefois inégal selon les territoires.** Le diagnostic réalisé par les professionnels de PMI note ainsi que *«les interventions en maternité sont essentielles mais plus ou moins faciles selon les maternités [...] Sur certaines maternités, les puéricultrices n'accèdent pas à toutes les mères»*. La fluidification des partenariats constitue un volet inhérent à la démarche de Schéma départemental et le plan d'actions intègre en conséquence des actions portant sur l'harmonisation des modalités de partenariat avec les maternités et centres hospitaliers sur le territoire, dans une logique d'amélioration des réponses par la structuration du maillage et des relais interprofessionnels auprès des familles.

## C. LES ACTIONS DE PRÉVENTION GÉNÉRALISTES PORTÉES PAR LE DÉPARTEMENT

### Des actions de prévention à développer dans le département et dont le pilotage est à renforcer

► **En matière de soutien à la parentalité**, le Département de Vaucluse soutient une quarantaine d'actions par an, pour un budget de 72 000 € en 2014. Il semble que les initiatives existantes sur les territoires (associations, ou actions) ne soient pas toujours connues des travailleurs sociaux de terrain. Les procédures d'instruction, qui prévoient le recueil d'un avis technique des professionnels des unités territoriales sur la pertinence de chacun des projets, doivent être poursuivies et renforcées ; par ailleurs, une réflexion sur la transmission des informations auprès de l'ensemble des personnels concernés pourrait être conduite.

Il existe des liens partenariaux en matière de pilotage du soutien à la parentalité, avec la mise en place en novembre 2014, d'un comité parentalité associant l'État, la CAF et le Département (circulaire de février 2012, dans le cadre du futur comité départemental de parentalité et circulaire d'avril 2014 pour la création d'une commission départementale de service aux familles).

► **En ce qui concerne le surendettement**, le Comtat enregistre le plus grand nombre de dossiers traités dans le territoire avec 241 dossiers traités en 2012. C'est près de 43% de plus que dans le Grand Avignon qui enregistre 138 dossiers de surendettement traités. En 2013, l'UT du Haut Vaucluse a mené des séances

d'informations collectives sur le surendettement. Au vu des chiffres indiqués préalablement, il conviendrait de généraliser l'organisation de ces séances d'informations à l'ensemble des UT du département, en particulier dans le Comtat et le Sud Vaucluse.

» L'AESF, prévue à l'article L.222-3 du Code de l'action sociale et des familles, consiste en un accompagnement budgétaire et social des familles dont les difficultés de gestion financière représentent un risque pour les enfants. Cette mesure constitue l'une des réponses offerte par la politique de protection de l'enfance au constat de difficultés de gestion du budget au sein d'une famille, parfois induites ou du moins aggravées par une situation de précarité financière. A ce jour **cette mesure n'est pas mise en place sur le département**. Le pendant judiciaire de la mesure, l'AGBF, semble également mis en place timidement. Ces constats étaient déjà réalisés au moment de l'évaluation des politiques de protection de l'enfance, en 2012.

Par ailleurs, **la politique d'accueil du jeune enfant est un dispositif qui joue un rôle majeur**, d'un point de vue socio-économique : il contribue à la conciliation entre vie professionnelle et familiale, peut contribuer à apporter un soutien aux parents et ainsi jouer un rôle en matière de socialisation de l'enfant, et de réduction des inégalités sociales.

A cet égard, on note que le développement de l'offre d'accueil en matière d'Établissements d'Accueil du Jeune Enfant (EAJE) reste tributaire des politiques d'accueil de la petite enfance définies au niveau des communes et/ou des intercommunalités, en partenariat avec la CAF (via les Contrats Enfance Jeunesse). Alors que de nombreux CEJ touchent à leur fin, **la question d'un pilotage départemental, via l'élaboration d'un schéma départemental des services aux familles, peut être posée.**

» Enfin, le département, à travers son service de PMI, est en charge de l'agrément, du suivi et du contrôle des assistants maternels. La PMI donne également un avis technique sur les projets d'ouverture des établissements d'accueil du jeune enfant et assure leur contrôle. A cet égard, un travail d'harmonisation des outils et des méthodes apparaît souhaitable, de même que la définition de priorités départementales en matière d'organisation du suivi des assistants maternels et des établissements. Le département connaît en outre un fort développement des maisons d'assistants maternels (MAM), nécessitant un appui technique important des professionnels de PMI chargés de l'agrément et de l'accompagnement des assistants maternels exerçant dans ce cadre.

## Le caractère variable des modalités de recours aux différentes mesures de soutien selon les territoires

### Les aides financières et mesures d'accompagnement budgétaire

Entre 2008 et 2013, le nombre d'aides financières accordées est en légère baisse (-19%) en Vaucluse. **Au sein du département, on observe des disparités relativement fortes entre les différentes UT.** En effet, le Grand Avignon apparaît être l'UT la plus sollicitée pour l'allocation mensuelle, avec 3,30 allocations versées pour 100 familles, contre 1,27 pour 100 familles dans le Sud Vaucluse, ce qui apparaît être en cohérence avec les niveaux de vulnérabilité des territoires<sup>8</sup>. L'écart est moins élevé pour ce qui concerne le nombre de secours d'urgence versés pour 100 familles, avec un résultat plus élevé dans le Haut Vaucluse (1,60). **Des disparités significatives sont**

<sup>8</sup> Tel qu'établi dans la matrice des risques éducatifs.

**par ailleurs à noter en ce qui concerne le montant moyen des allocations mensuelles accordées, notamment entre l'UT Comtat (160 €) et le Haut Vaucluse (112 €).** L'écart est encore plus important en ce qui concerne le montant moyen des allocations mensuelles rapporté au nombre de familles : 1,55 € est ainsi alloué par famille résidant dans le Sud Vaucluse contre 4,35 € dans le Grand Avignon, soit un écart de 64%.

**Ce résultat interroge la définition des critères d'attribution de ces allocations, qui semblent varier en fonction des UT.** En outre, rapportés à la matrice de risques, ces écarts ne sont pas en pleine cohérence avec les niveaux de vulnérabilité des territoires. En effet, le Comtat a le montant moyen d'allocations mensuelles par famille le plus élevé, alors que son niveau de vulnérabilité est inférieur au niveau départemental. Il en est de même pour le Sud Vaucluse concernant le montant moyen de secours d'urgence alloué par famille.

» Les écarts de recours peuvent également interroger l'appréhension du dispositif par les professionnels : certains estiment par exemple que les délais d'octroi des Secours d'Urgence (SU), de 10 jours, et des Allocations Mensuelles (AM), de 4 à 6 semaines, sont trop longs. A noter sur ce point que le Département travaille actuellement à la mise en place d'un logiciel (Genesis) ayant pour but d'améliorer les processus fonctionnels et ainsi de réduire les délais d'octroi des SU et des AM.

## **Un niveau de sollicitation des TISF hétérogène selon les UT**

Sur un autre volet, afin de concourir au dépistage et au suivi des situations à risque et de prévenir l'enfance en danger, le département met en place un accompagnement à domicile pour les familles, par un(e) Technicien(ne) de l'Intervention Sociale et Familiale (TISF).

**Au niveau infra-départemental, on relève un**

**écart notable en termes de sollicitation des TISF entre les UT.** En effet, 10 familles sur 1000 ont été accompagnées par un TISF en 2013 en Vaucluse, dont 5 dans le Haut Vaucluse. Dans le Sud Vaucluse et le Comtat, 1 famille sur 1000 a bénéficié d'un suivi par un TISF. Les associations de TISF font valoir que malgré la stabilité des heures de prescription, une tension existe sur la gestion des effectifs et des services, en raison de l'accroissement du nombre d'heures de participation à des réunions de synthèse (bilans ASE, études de situation), fragilisant la pérennité du modèle de financement.

## **Une forte hausse du nombre de suivis en prévention spécialisée, néanmoins disparate selon les UT**

Conformément aux dispositions du CASF, le Département de Vaucluse finance par ailleurs des interventions de prévention spécialisée, « dans les zones urbaines sensibles et dans les lieux où se manifestent des risques d'inadaptation sociale » (art. L.121-2 CASF). **Les interventions de prévention spécialisée sont portées par l'ADVSEA, dont l'organisation suit le découpage des UT** conformément à la convention signée entre l'association et le Département en 2003. Cette territorialisation du service de prévention spécialisée de l'ADVSEA permet de faciliter le lien avec les territoires et garantir un meilleur suivi des interventions.

**Entre 2008 et 2013, le nombre de jeunes suivis dans le cadre de la prévention spécialisée dans le département connaît une nette augmentation, passant de 460 jeunes suivis en 2008 à 1 062 jeunes suivis en 2013.** Cette hausse de plus de 50% témoigne d'une **mise en action importante de la part du département en 5 ans en matière de prévention spécialisée.** Ce développement important du nombre de jeunes suivis ne donne pas lieu à une hausse proportionnelle des dépenses dans le Département.

Les dépenses consacrées à la prévention spécialisée connaissent même une baisse marquée entre 2010 et 2012 (-13%), puis suivent une faible augmentation entre 2012 et 2013 (+1%).

**A l'échelle infra-départementale, le nombre de suivis en matière de prévention spécialisée semble hétérogène selon les UT.** En effet, on observe que le Sud Vaucluse concentre la proportion la plus importante de jeunes suivis en prévention spécialisée en 2013 avec 10 jeunes suivis pour 1000 jeunes de moins de 21 ans. Cela représente le double de la proportion de jeunes suivis dans le Comtat qui enregistre 5 jeunes suivis pour 1000 jeunes de moins de 21 ans.

- Un travail d'actualisation de la convention de la Prévention Spécialisée est réalisé chaque année, qui permet de mettre à jour les relations de travail inter-institutionnelles, notamment entre les éducateurs de la prévention spécialisée et les travailleurs sociaux du Département, entre les cadres (chefs de services et RCMS), et entre les Directions.
- Le rapport de diagnostic de novembre 2012 préconisait d'engager un travail de complément de Charte, afin d'interroger la place stratégique

de la prévention spécialisée entre trois domaines d'action : aide sociale à l'enfance, politique de la ville et prévention de la délinquance. Ces réflexions devaient permettre de formaliser les modalités d'action selon lesquelles les équipes se déploient (zones, public suivi, actions développées...).

## Un taux de judiciarisation élevé des mesures éducatives à domicile dans le département

Au 31 décembre **2012**, le département de Vaucluse enregistre un total de **1 037 mesures d'aides éducatives à domicile** réalisées sur l'année, ce qui le place 3ème parmi les départements de l'échantillon. On observe que sur le total des mesures éducatives à domicile exercées dans le Département de Vaucluse, les mesures de type judiciaire dominant largement, avec 873 mesures AEMO contre 164 mesures AED exercées au 31 décembre 2012, **soit le taux de judiciarisation le plus élevé parmi l'ensemble des départements de l'échantillon**, avec 84,2% contre 61,8% pour les

	Vaucluse	Gard	Drôme	Hauts de Seine	Moyenne de l'échantillon	France Métropolitaine
Nombre d'AED au 31/12/12	164	356	422	1351	573	47 451
Nombre d'AEMO au 31/12/12	873	601	814	182	1 118	105 586
Nombre total de mesures éducatives à domicile au 31/12/12	1 037	957	1 236	3 533	1 691	153 037
Nombre de mesures éducatives à domicile pour 1000 jeunes de moins de 21 ans	<b>7,5</b>	<b>5,3</b>	<b>9,</b>	<b>5,8</b>	<b>7,8</b>	<b>9,5</b>
Taux de judiciarisation des mesures éducatives à domicile	<b>84,2%</b>	<b>62,8%</b>	<b>65,9%</b>	<b>61,8%</b>	<b>68,7%</b>	<b>69%</b>

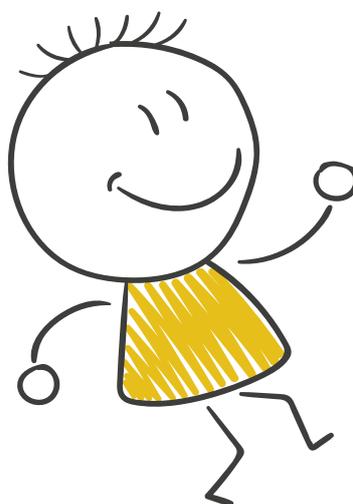
Hauts de Seine par exemple. Son taux est ainsi bien supérieur à celui de la France métropolitaine (69%). Les professionnels interrogés en Vaucluse considèrent que **certaines mesures judiciaires pourraient relever d'une action administrative.**

- En outre, ce taux de judiciarisation très élevé interroge **la concordance entre les pratiques professionnelles** déployées auprès des familles, et **le cadre légal renouvelé par la loi du 5 mars 2007** visant, entre autres, la recherche systématique de l'adhésion des bénéficiaires avant l'engagement d'une mesure.

En matière **de pilotage du dispositif**, plusieurs constats complémentaires doivent être apportés :

- Un dispositif marqué par **des écarts dans la mise en oeuvre des mesures**, dus à l'existence de listes d'attente, et à la variabilité de l'activité selon les territoires et les périodes de l'année. Si les premières visites des familles sont en règle générale réalisées dans des délais courts, la mise en place de l'accompagnement n'est néanmoins pas garantie pour toutes les familles bénéficiaires. **Ces écarts de mise en oeuvre génèrent des inégalités territoriales**, dont l'ensemble des acteurs souhaitent qu'ils soient traités et réduits.

- **Une clarification de l'intensité et des modalités d'accompagnement des familles** devient incontournable : régime de responsabilité parentale, temps et fréquence d'intervention, articulation entre mesure administrative et judiciaire, différenciation des modes d'intervention selon les difficultés familiales observées sont autant de points nécessitant un travail collectif d'élaboration d'un **référentiel départemental.**
- **L'optimisation possible du pilotage** des mesures par le Département : à ce jour, ni les procédures existantes (utilisation du rapport circonstancié, élaboration d'une trame de Projet pour l'Enfant qui ne fait pas encore l'objet d'une utilisation effective), ni les outils de gestion, ni les règles de délégation (absence de double habilitation des services associatifs, concertation réduite entre les services en charge de l'AEMO et les équipes du Département<sup>9</sup>) ne permettent de suivre de manière systématique les logiques de parcours concernés par une mesure AEMO. Par ailleurs, les agents du Département déplorent un travail encore insuffisant avec les travailleurs sociaux des services d'AEMO.
- Une interrogation sur la nature et **l'articulation de l'intervention des travailleurs sociaux** en charge des actions éducatives **avec celle des TISF** dans les familles.



<sup>9</sup> Dans plusieurs situations distinctes : 1/ la mise en place « d'accompagnements tampons » par les équipes du Conseil départemental, pour attendre la mise en oeuvre effective de l'AEMO ; 2/ dans le cas de relais éventuels de mesures AED vers des mesures AEMO ou encore des mesures d'AEMO vers des mesures de placement

# D. LES OUTILS ET LES PRATIQUES PROFESSIONNELLES AU SERVICE DES MISSIONS D'AIDE SOCIALE À L'ENFANCE

## La prise en compte des réalités nouvelles de l'adoption

En Vaucluse, les missions liées à l'adoption et à la recherche des origines sont assurées par le service Adoption et Parentalités rattaché à la Direction Enfance-Famille et Protection des mineurs.

Le service enregistre une baisse régulière de son activité depuis 2010, en cohérence avec les tendances observées au niveau national :

► **Diminution des demandes d'agrément en vue de l'adoption** par conséquent du nombre d'agréments accordés (42 en 2013 contre 54 en 2010). Les refus d'agrément représentent quant à eux entre 5% et 10% des demandes sur les 4 dernières années.

► **Diminution du nombre de suivis** des familles adoptantes (-61%).

Le profil des enfants adoptés s'est modifié ces dernières années : de plus en plus d'enfants issus de l'adoption internationale comme de l'adoption nationale présentent en effet des profils ou des besoins spécifiques (enfants plus âgés, enfants dits « à particularités », fratries, ...). Par ailleurs, la durée entre l'obtention de l'agrément et la concrétisation du projet d'adoption tend à s'allonger, sans que les candidats à l'adoption soient toujours accompagnés durant ce temps d'attente.

- » Ces évolutions supposent **une adaptation de l'évaluation et de l'accompagnement des candidats** parfois amenés à faire évoluer leur projet d'adoption pour prendre en compte ces réalités nouvelles de l'adoption (approfondissement au cours de l'évaluation des questions liées aux besoins spécifiques des enfants dits « à particularités », développement de propositions d'accompagnement des candidats à l'adoption agréés, dans l'attente de la concrétisation de leur projet d'adoption).
- » C'est également sur la question des situations « post-adoption » que le nouveau schéma départemental doit se pencher. Le service adoption et parentalités, mais également les professionnels des CMS et des UT, constatent des situations de plus en plus fréquentes d'adolescents ou d'adultes issus de l'adoption en difficultés identitaires ou familiales.

## L'accompagnement des mineurs victimes

Le Président du Département de Vaucluse peut-être désigné administrateur ad hoc par un magistrat : le mandat est alors assuré par un travailleur social qui a pour mission de représenter, accompagner et apporter son soutien au mineur dans une procédure pénale ou civile. 67 mineurs ont ainsi été accompagnés dans ce cadre en 2013, principalement au pénal.

Afin d'assurer aux mineurs une défense de qualité et adaptée au pénal, une convention avec les barreaux d'Avignon et de Carpentras a été signée par le Président du Département : celle-ci prévoit que le mineur soit défendu par un avocat ayant reçu une formation spécifique.

A cet égard, l'un des enjeux du nouveau schéma est de renforcer l'articulation entre les services ASE les mandataires de l'administration ad hoc.

## L'Antenne de Liaison Enfance en Danger (ALED) : un dispositif à consolider

En Vaucluse, le recueil des informations préoccupantes s'organise autour de l'**Antenne de Liaison Enfance en Danger (ALED)**. Un règlement, actualisé récemment, vient exposer de façon précise l'ensemble des missions de la cellule centrale, mais également des équipes territoriales.

En 2013, **2 052 informations ont été recueillies par l'ALED, soit une croissance continue depuis 2010 (+14%)**. Dans son rapport d'activité 2013, l'ALED note que cette croissance s'explique non seulement par le fait que le service soit de mieux en mieux connu et repéré, mais également un périmètre de l'information préoccupante qui n'est pas clair pour tous les professionnels et particuliers.

- Toutefois, les partenaires susceptibles de transmettre une information préoccupante n'identifient pas toujours le rôle de l'ALED, ainsi que les modalités du recueil des IP. Pour cette raison, **un guide de l'information préoccupante est diffusé depuis fin 2012** par le Département aux professionnels susceptibles de contribuer au repérage des enfants en situation de danger ou de risque de danger (services sociaux, soin, établissements scolaires, animation sportive ou de loisirs, accueil de la petite enfance,...). Celui-ci a contribué au meilleur repérage de l'ALED par un certain nombre de partenaires, qui avaient tendance jusqu'alors à saisir directement le parquet des mineurs.

Ce guide de l'information préoccupante expose les différents signes pouvant alerter les professionnels sur la situation d'enfant, la procédure à suivre pour transmettre une information préoccupante et les suites pouvant être donnée à la transmission d'une information ou d'un signalement.

- En Vaucluse, le traitement et l'évaluation des informations préoccupantes se déclinent en plusieurs étapes. Les équipes territoriales d'évaluation sont chargées de réaliser l'évaluation des situations, sous la conduite du Responsable de CMS.

Les constats établis en 2012 par le cabinet ENEIS relatifs à la conduite de l'évaluation des IP restent d'actualité : **l'homogénéisation des pratiques en matière d'évaluation est effet identifiée comme un axe d'amélioration important du dispositif, en l'absence de méthode départementale**. Les professionnels s'étant exprimés au sein des fiches contribution renseignées dans le cadre du schéma indiquent également, quel que soit leur territoire d'intervention, cette nécessité.

Plusieurs axes d'évaluation nécessitent en particulier d'être davantage pris en compte :

► **L'intégration des dimensions de la valorisation des compétences parentales et de l'adhésion des détenteurs de l'autorité parentale** à l'intervention préconisée par le service, afin notamment que l'évaluation fasse émerger les conditions de la contractualisation. La prise en compte des ressources familiales élargies de l'enfant reste également un axe d'amélioration.

► **Les problématiques connexes aux difficultés éducatives** pouvant affecter les relations parents-enfants (insertion socio-professionnelle, logement, santé...). A cet égard, l'évaluation du dispositif de protection de l'enfance réalisée en 2012 par le cabinet ENEIS préconisait l'adoption d'une orientation départementale sur le périmètre attendu de l'évaluation de l'IP au regard des politiques connexes.

A ces dimensions s'ajoute un enjeu d'harmonisation des écrits, dans un contexte où les décideurs (justice ou cadres ASE) notent le caractère inégal de la qualité des rapports : degré d'analyse (rapports parfois trop factuels), distanciation par rapport aux propres représentations du professionnels chargés de l'évaluation, objectivation du danger ou du risque de danger. Une étude menée conjointement par l'ALÉD et la PJJ note à cet égard que plus de 9% des situations évaluées en 2013 dans le cadre d'une IP ont par la suite fait l'objet d'une MJIE. Cette étude ne prenait toutefois pas en compte les mesures exercées par le secteur associatif habilité.

Le caractère pluridisciplinaire de l'évaluation apparaît déterminant pour favoriser la prise de distance par rapport à des situations souvent complexes.

**Le renforcement de la complémentarité des binômes mandatés** pour l'évaluation des informations préoccupantes (parfois constitués de deux assistants sociaux) pourra ainsi être envisagé, ce qui suppose également de définir les modalités de rédaction des rapports (rapport commun ou deux rapports distincts).

## Les leviers d'association des familles

La mise en place d'une méthodologie d'élaboration et de suivi du projet pour l'enfant constitue un levier pour mobiliser davantage les familles autour de la situation de leur enfant. Le Département de Vaucluse a élaboré **une trame de projet pour l'enfant ainsi qu'un guide d'utilisation du document** qui concerne l'ensemble des mesures de placement et de SAPSAD, qu'elles soient judiciaires ou administratives.

Le Projet pour l'Enfant (PPE) tel qu'il a été conçu présente plusieurs intérêts en termes de mobilisation des familles et de coordination des interventions (notamment **une identification claire de l'ensemble** des acteurs intervenants dans l'accompagnement de l'enfant, et **la formulation d'objectifs opérationnels, assortis d'une échéance et d'un responsable désigné**).

Toutefois, la mise en oeuvre prochaine de ce document<sup>10</sup> semble appeler **plusieurs points de vigilance** :

- ▶ La formulation d'objectifs suffisamment précis et opérationnels pour que la famille puisse s'en saisir et constater, avec le référent de la situation, l'évolution de la situation.
- ▶ L'association de la famille et des différents partenaires au bilan des objectifs formulés dans le PPE.
- ▶ La reprise des objectifs du PPE dans le rapport de fin de mesure qui doit en dresser le bilan, afin d'élaborer des préconisations argumentées à l'attention du magistrat ou du cadre de l'ASE. Le guide d'utilisation précise d'ailleurs que « le P.P.E. ne remplace pas le bilan d'évaluation annuel qui donne lieu sans changement à la production d'un rapport par le référent, le lieu d'accueil ou service SAPSAD, ce rapport se réfère au P.P.E. »

<sup>10</sup> Le document sera d'abord mis en oeuvre à titre expérimental pour les nouvelles mesures administratives (AP, SAPSAS) et dans le cadre de leur renouvellement

Ces points de vigilance apparaissent d'autant plus importants que **les acteurs rencontrés insistent sur la nécessité de réinterroger de façon plus régulière et systématique la pertinence des mesures.** Enfin, l'élargissement du document aux autres mesures de protection de l'enfance pourra être envisagé.

L'évaluation réalisée par le cabinet ENEIS en 2012 avait par ailleurs mis en évidence **la nécessité d'articuler la mise en oeuvre du PPE avec une réflexion sur la référence ASE.**

- Le PPE tel qu'il est conçu dans le Vaucluse positionne le référent ASE (ou SAPSAD) comme un coordonnateur chargé de mobiliser l'ensemble des observations nécessaires à l'élaboration des objectifs d'accompagnement. Le guide d'utilisation précise en effet que « le référent recueille [...] les observations de l'enfant auprès des autres organismes contribuant à la prise en charge de l'enfant (IME, ITEP, hôpital de jour, CMPI, CMPP, SESSAD...) et auprès des professionnels y contribuant. »

Or, la mise en oeuvre du projet pour l'enfant appelle une réflexion sur la répartition des missions de chacun (cadre ASE, référent ASE, référent du lieu d'accueil). A cet égard, les professionnels du Département évoquent au sein des fiches contribution une confusion dans la répartition des compétences entre le référent de l'ASE et celui de certains établissements. Ce constat fait écho à l'évaluation réalisée en 2012 qui relevait en effet que « tel qu'il est mis en place actuellement, le suivi des enfants placés en établissements par les référents ASE apparaît redondant par rapport au travail réalisé par les équipes éducatives des structures. Les acteurs observent [...] une confusion dans la répartition des interventions entre ces acteurs. Cette confusion porte notamment sur l'identification de l'acteur chargé d'actionner des leviers dans des champs connexes à celui de la protection de l'enfance, pouvant permettre de résoudre certaines difficultés rencontrées par les parents. ». **La question de la pertinence de la mise en place d'une référence « à géométrie variable » tenant compte des besoins du jeune et des possibilités offertes par son lieu d'accueil** pourra dès lors être approfondie au cours des travaux.



# E. L'ADAPTATION DE L'OFFRE DE PROTECTION DE L'ENFANCE AUX BESOINS DES PUBLICS

## Une offre de prise en charge diversifiée à structurer

Le Vaucluse présente une offre d'accueil reposant en premier lieu sur l'accueil familial, qui représente 44,2% de l'ensemble des accueils, contre 36,4% pour les accueils en établissement.

Si l'on considère le nombre de places d'accueil en établissements, rapporté au nombre de jeunes de moins de 21 ans dans le département, le Vaucluse s'inscrit dans la fourchette basse de l'échantillon de comparaison avec 2,6 places pour 1000 jeunes, contre une moyenne de l'échantillon de 5,7 pour 1000 et une moyenne nationale à hauteur de 3,4 pour 1000. Dans le même temps, grâce à une ressource en placement familial importante, le nombre d'enfants accueillis (tous modes d'accueil et mesures confondus) pour 1000 jeunes de moins de 21 ans s'élève à 8,5 en Vaucluse contre 8,7 pour l'échantillon et 9,3 pour la France métropolitaine.

Pour ce qui est des modalités de prise en charge, **le Vaucluse présente une offre d'accueil diversifiée, notamment en lien avec la création des SAPSAD** (Service d'Accueil, de Protection, de Soutien, d'Accompagnement à Domicile) expérimentés depuis 2004 et progressivement étendus. Ce mode d'accueil innovant, pleinement inscrit dans les orientations de la loi du 5 mars 2007, permet d'éviter des mesures de

placement ou leur prolongation, par une intervention renforcée et pluridisciplinaire au domicile familial et par la possibilité – en cas de crise ou de danger immédiat – d'un recours à une prise en charge exceptionnelle et temporaire de l'enfance sur des places d'accueil dédiées.

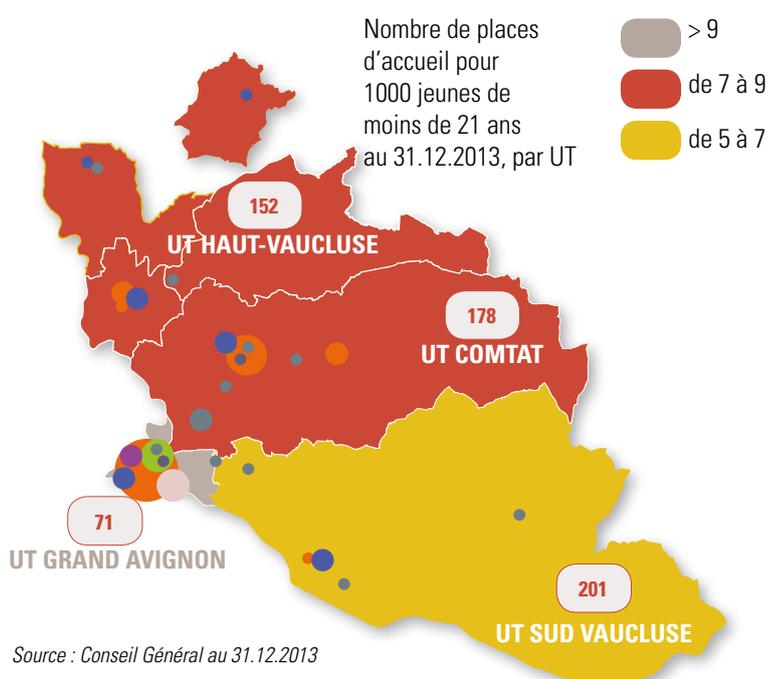
**La création de mesures alternatives au placement de moyen/long terme n'a pas été assortie de la formalisation d'un référentiel de mesures, ce qui nuit à la lisibilité de la spécificité des différentes modalités mobilisables par les acteurs** (travailleurs sociaux à l'origine de la préconisation d'orientation, prescripteurs des mesures) au long du parcours des mineurs. Les acteurs de terrain ont ainsi pointé la nécessité de renouveler la communication autour de ce qu'est le SAPSAD.

Suite à une forte montée en charge entre 2008 et 2012, le SAPSAD a fait l'objet d'un bilan en 2012, qui a permis d'en mesurer l'effet positif sur la résorption des situations de danger et de risque de danger dans les familles. En effet, les mesures de SAPSAD se concluent en majorité par un maintien des mineurs à domicile, sans mesure de protection de l'enfance.

**En complément des SAPSAD, le Vaucluse a développé l'accueil séquentiel.** Il existe 6 places d'accueil séquentiel à La Verdière. Par ailleurs, depuis quelques années, le Département a accompagné les établissements dans l'évolution de leur offre d'accueil pour mieux tenir compte des enjeux de préparation des jeunes à la sortie du dispositif. Ainsi, plusieurs structures se sont dotées de **services d'accompagnement des jeunes vers l'autonomie et de prise en charge de jeunes majeurs, en semi-autonomie ou en hébergements autonomes.** Pour finir, le Département a attribué à l'ADEF **un budget spécifique dédié à l'éloignement, pour des séjours de rupture en Lieu de vie et d'accueil, d'adolescents qui mettent en échec leur accueil** au sein de la structure. De courte durée, cet éloignement permet d'apaiser les unités d'accueil suite à des passages à l'acte de jeunes

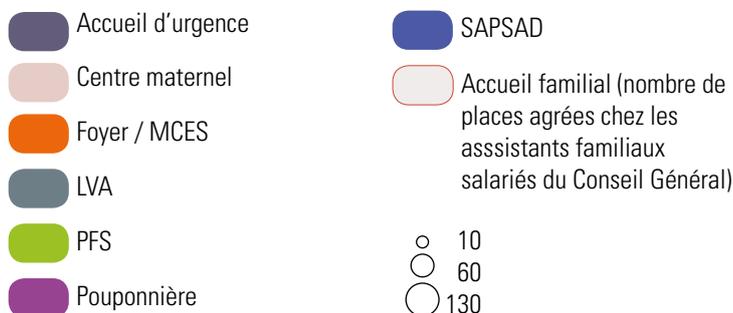
accueillis, tout en poursuivant le travail d'observation et d'élaboration d'une préconisation d'orientation, grâce à un lien étroit entre l'ADEF et le LVA. Par ailleurs, une **Unité pour Adolescents Difficiles a été créée et rattachée à la Verdière.**

Cependant, **la carte des équipements en matière d'établissements et de lieux de vie et d'accueil ci-dessous montre une répartition inégale sur le département, qui vient s'ajouter à la faiblesse du taux d'équipement du territoire.**



Source : Conseil Général au 31.12.2013

Nombre de places d'accueil au 31.12.2013 (localisation communale)



L'UT Sud Vaucluse apparaît particulièrement démunie en matière de places d'accueil en établissements.

**En ce qui concerne la régulation des places d'accueil**, à l'heure actuelle, seul le placement familial fait l'objet d'une régulation à l'échelle départementale. Depuis sa mise en place, ce système a d'ailleurs fait la preuve de son efficacité, par la réduction des délais entre deux accueils chez les assistants familiaux – avec pour corollaire, les indemnités d'attente versées aux assistants familiaux – et l'amélioration de l'adéquation entre les besoins des mineurs et les projets d'accueil des assistants familiaux.

Bien qu'un tableau de gestion hebdomadaire soit transmis à tous les cadres ASE, les modalités actuelles de régulation des places disponibles en structures ne permettent pas au Département de disposer d'une visibilité sur les places disponibles au titre de l'hébergement en établissement.

## Un dispositif d'urgence peu fluide

Comme nombre d'autres départements, le Vaucluse est confronté à un phénomène de saturation des places d'accueil, aussi bien en établissements que chez les assistants familiaux. Le dispositif d'accueil d'urgence, qui repose sur l'ADEF et sur la MECS Arc-en-Ciel, est plus particulièrement concerné par ce phénomène. Dans ce contexte, il peut difficilement répondre à sa mission d'accueil à tout moment : les entrées dans le dispositif sont freinées par la difficulté à orienter les mineurs vers un autre lieu d'accueil à l'issue de la période d'observation. Pour cette même raison, les durées d'accueil d'urgence s'allongent. Il en découle un report de l'urgence vers l'ensemble des structures, voire aussi sur le dispositif de placement

familial. En outre, la centralisation de l'ensemble des services de l'ADEF en un seul lieu est problématique en termes de répartition géographique des places, les jeunes accueillis pouvant connaître des ruptures dans leur parcours scolaire, et un éloignement contraint de leur famille alors qu'il n'est pas toujours justifié. Au sein des fiches-contribution, les travailleurs sociaux du Département évoquent la nécessité d'une répartition des places en accueil d'urgence définie en fonction des besoins de chaque territoire, au sein de structures plus individualisées (lieu de vie, assistants familiaux).

En complément, le Département n'a pas organisé d'astreinte concernant l'accueil d'urgence, alors même qu'il relève de sa responsabilité en tant que service gardien. Dans les situations – très rares – où l'ADEF n'est pas en mesure d'accueillir un mineur faisant l'objet d'une OPP, le parquet ne dispose d'aucun levier pour garantir la mise en oeuvre de l'accueil d'urgence. Par ailleurs, cela ne permet pas d'organiser des accueils de 72h en-dehors des heures ouvrables, alors même que les données recueillies par l'ALED font état d'un réel besoin et de réponses disparates en fonction des heures auxquelles les situations sont détectées par les partenaires du Département.

Les référents ASE ne sont pas en mesure de consacrer le temps nécessaire à l'évaluation des situations familiales des jeunes accueillis en urgence, ni à la recherche d'une place d'accueil de moyen/long terme lorsqu'une orientation s'avère nécessaire. Cela contribue à entraver la fluidité de de dispositif et donc la garantie d'une place disponible à tout moment, dans un contexte déjà marqué par la saturation du dispositif d'accueil et l'absence de places adaptées pour l'accueil de mineurs présentant des situations complexes. Toujours concernant l'accueil d'urgence, le protocole départemental n'a pas prévu le mode opératoire relatif aux mineurs relevant d'une mesure pénale et au rôle à jouer par l'autorité judiciaire, la PJJ, le Département, l'ADEF dans ce cas de figure.

## Des freins identifiés à la constitution de parcours cohérents pour les mineurs

Au-delà des freins à l'orientation des mineurs faisant l'objet d'une mesure de placement, évoqués plus haut, il semble que **les orientations ne sont pas pleinement fondées sur l'analyse de la problématique du mineur concerné**. C'est notamment le cas pour l'accueil familial, prépondérant en Vaucluse : les professionnels en charge de l'orientation n'ont pas tous connaissance du cadre théorique de l'accueil familial, et des implications que peut avoir ce mode de prise en charge en fonction des problématiques d'attachement des mineurs notamment.

S'agissant de l'accompagnement des jeunes majeurs, il peut être relevé que l'APJM revêt des modalités de prise en charge variées, **les structures d'accueil proposant des modes d'accompagnement spécifiques aux jeunes majeurs dans une optique de préparation à l'autonomie :**

- ▶ **La MECS l'Arc-en-ciel** accueille des jeunes âgés de 15 à 19 ans dans la Villa Horizon et dans 7 studios situés à Carpentras. Elle dispose en outre d'un Service « Avenir » chargé d'accompagner 15 jeunes âgés de 17 à 21 ans, accueillis dans des studios répartis dans l'ensemble du Département de Vaucluse.
- ▶ **La MECS La Providence** a pour projet de proposer un service d'accompagnement en extérieur à partir de studios situés sur la commune d'Orange, afin de préparer la sortie des jeunes âgés de 16 à 18 ans du dispositif ASE en travaillant sur leur autonomie.
- ▶ **Le foyer le Regain** propose des orientations en studios extérieurs pour des jeunes de plus de 17 ans.

► **La MECS Les Sources** dispose d'un dispositif d'accueil propice à l'accompagnement des jeunes vers l'autonomie avec 6 studios extérieurs, un appartement et 2 places en studio-maison.

► **Le réseau Villas**, composé de 10 studios répartis sur trois pôles (Les Rosiers, Lou Mistral et Les Bories), qui dispose de 27 places pour des jeunes de 14 à 21 ans. Cet établissement a installé 8 places supplémentaires en studios et/ou appartements afin de renforcer le parcours d'autonomie mis en oeuvre dans les villas.

L'adaptation des accompagnements aux spécificités de la prise en charge des jeunes majeurs se traduit également par un effort important de développement des partenariats de la part des établissements et des services du département : partenariats avec le secteur du logement (développement de conventionnements entre MECS et FJT, partenariat avec l'association API), avec le secteur économique, les lieux de formation, les missions locales, Pôle emploi ... Sur un autre registre, la MECS Les Sources cherche à développer ses partenariats avec les acteurs de la pédopsychiatrie, en vue de mieux accompagner les jeunes qui vivent des problématiques psychiatriques importantes, et ainsi **pallier des situations d'échec dans l'insertion de jeunes majeurs victimes de troubles psychiatriques**.

Plusieurs limites à ce travail peuvent toutefois être soulignées, dans un contexte où certaines MECS notent qu'un certain nombre de jeunes sortent du dispositif sans solution d'hébergement durable (errance, orientation en CHRS).

Ainsi, l'évaluation menée en novembre 2012 relevait **«une insuffisante anticipation de la sortie du dispositif ASE des adolescents et jeunes majeurs**, pouvant amener à des situations d'urgence en termes d'hébergement» et **«des réponses inégales en termes de réseaux partenariaux selon les territoires»** (ruraux ou urbains). Plusieurs préconisations formulées

à l'occasion de ces travaux pourront être reprises dans le cadre des travaux du schéma :

► **Renforcement de l'articulation** entre les services du Département et de l'Etat (au titre de ses compétences en matière d'hébergement) autour de la situation des jeunes majeurs.

► **Développement des opportunités de travail conjointes** entre les professionnels intervenant au service de la protection de l'enfance et le secteur de l'insertion / du logement des jeunes.

Sur un autre volet, suite à la publication de la circulaire relative au dispositif national de mise à l'abri d'évaluation et d'orientation des mineurs isolés étrangers, le Département de Vaucluse a chargé l'ALED du pilotage de la mise en oeuvre départementale de ce dispositif. Le Département de Vaucluse a ainsi mis en place :

► **Une procédure d'évaluation des jeunes se présentant directement en Vaucluse comme MIE**. L'ALED est informée de toutes ces situations, qu'elle oriente vers l'ADEF et exceptionnellement un autre établissement. L'établissement réalise alors une évaluation de la minorité et de l'isolement du jeune à partir d'une trame départementale.

► **Une procédure pour accueillir les MIE qui sont adressés par les Parquets et les Juges des enfants suite aux préconisations de la cellule nationale**. L'ALED joue alors le rôle d'interface avec la cellule nationale et les parquets afin d'organiser l'accueil des MIE sur le territoire départemental.

Les travaux de diagnostic ont mis en évidence trois enjeux principaux à prendre en compte dans le cadre du nouveau schéma départemental :

- ▶ **Les limites de l'évaluation de la situation et de la minorité des jeunes se présentant directement en Vaucluse comme MIE.** Cette évaluation est réalisée par l'établissement accueillant le jeune, principalement l'ADEF, sur la base d'une procédure nationale. Les acteurs regrettent néanmoins l'absence de formation des travailleurs socio-éducatifs à ces évaluations, dont le caractère reste parfois superficiel.
- ▶ **La saturation du dispositif d'accueil départemental ne permettant pas d'assurer l'ensemble des admissions des MIE issus d'autres départements.** 8 places d'accueil au réseau Villa ont été ouvertes afin de prendre en compte ces besoins croissants, tandis que plusieurs projets sont en cours de réflexion. 5 places d'accueil à La Providence ont également été créées au mois de janvier 2015. Par ailleurs, un accueil en hôtel des jeunes les plus autonomes est envisagé (rencontre avec plusieurs associations dans le champ du logement).
- ▶ **La prise en compte de la spécificité du public des mineurs isolés étrangers.** L'éloignement familial pose tout d'abord la question du statut juridique des mineurs : les conditions dans lesquelles une demande de tutelle apparaît pertinente ne font pas l'objet d'un positionnement commun des professionnels du département. Par ailleurs, la question du devenir des mineurs isolés étrangers à l'issue de leur majorité a amené le Département à désigner un travailleur social « ressource » sur cette question. La question des conditions d'attribution des contrats jeunes majeurs doit également faire l'objet d'une réflexion (voir fiche action 4.6).

Enfin, comme l'avait mis en évidence l'évaluation réalisée en 2012 par le cabinet ENEIS, un certain nombre d'enfants et de jeunes présentent des problématiques au croisement des champs d'intervention de différentes institutions. C'est notamment le cas **des mineurs et des jeunes majeur bénéficiant d'une orientation MDPH, parallèlement suivis dans le cadre d'une mesure de protection de l'enfance.** Plusieurs avancées significatives visant à faciliter les prises en charge croisées par les secteurs sociaux, médico sociaux et sanitaires peuvent être relevées depuis l'évaluation réalisée en 2012 :

- ▶ **La création du service Alizés au sein de l'Etablissement La Verdière** (6 places dans le projet, 5 actuellement), chargé d'accueillir des jeunes adolescents présentant des troubles sévères du comportement et de la personnalité. Le projet vise à articuler plusieurs approches (sociales, médico-sociales, sanitaires). Ainsi, la structure bénéficie actuellement de personnel éducatif et le recrutement d'un infirmier et d'un pédopsychiatre est en cours.
- ▶ **La signature récente d'un protocole pluri partenarial concernant la prise en charge des adolescents difficiles** dans le département de Vaucluse par la Justice (TGI d'Avignon et de Carpentras, PJJ), le CHS de Montfavet, le Centre Hospitalier Henri Duffaut, la Sauvegarde de l'enfance à l'adulte, l'ADEF et le Département. Il vise à développer des modalités de travail permettant « la mise en oeuvre collégiale de solutions d'accueil, de formation, de sociabilisation et de soin » pour les adolescents à la frontière de prises en charge relevant de différentes disciplines. A cet effet un comité de pilotage sera mis en place afin de valider les projets et moyens nécessaires à la mise en oeuvre concrète du protocole sur la base de propositions issues d'un comité technique. Parallèlement, une

commission de réflexion départementale autour des situations complexes « adolescents difficiles relevant de décisions administratives ou judiciaires » sera mise en place afin d'analyser les problématique et aider à l'orientation des adolescents difficile.

- **La mise en place d'une commission en charge de la gestion des situations critiques par la MDPH**, à laquelle participe la Direction Enfance Famille et Protection des Mineurs. A noter la nécessité de mener une réflexion sur l'articulation de cette instance avec la commission de réflexion départementale autour des situations complexes prévues dans le cadre du protocole concernant la prise en charge des adolescents difficiles.

Le département de Vaucluse dispose par ailleurs d'une **Maison des adolescents financée à titre principal par le CHS de Montfavet**. Animée par une coordinatrice départementale, la MDA propose un accueil, une écoute et une orientation aux adolescents et à leur famille. Elle vise à proposer un lieu ressource aux professionnels sur les questions liées à l'adolescence.

La MDA s'appuie sur la contribution de plusieurs partenaires dont l'Éducation nationale, la PJJ, le centre d'accès aux droits ainsi que la Ville d'Avignon. A noter toutefois que le Département n'est pas impliqué dans le fonctionnement de la MDA.

## F. LES ACTIONS DE COMMUNICATION ET DE PARTENARIATS PORTÉES PAR LE DÉPARTEMENT

### Un positionnement du département à renforcer En matière d'animation du réseau partenarial

Le rôle d'animation du réseau partenarial dévolu au Département en tant que chef de file de la politique de protection de l'enfance repose sur des instances structurées et mobilisées régulièrement.

En Vaucluse, **une instance réunit une fois par trimestre l'ensemble des directeurs de SAPSAD du département**. En plus de renforcer la cohésion entre les services, cette réunion permet de **mettre en commun des méthodes et réflexions sur cette prise en charge très spécifique qu'est le SAPSAD**. Si cette instance apparait tout à fait pertinente au regard de la mission du Département de coordination des acteurs de la protection de l'enfance du département, il peut être regretté que des instances équivalentes n'aient pas été mises en place pour les autres types de prises en charges proposés par les services et établissements habilités.

Par ailleurs, l'ODPE a été instituée par la délibération n°2014-143 actée en avril 2014. Les travaux d'élaboration du schéma sont l'occasion de définir les modalités d'animation et de fonctionnement de l'ODPE : instance de pilotage, instances techniques et thématiques de réflexion (voir orientation 5)... Cette

réflexion devra également inclure la question de la remontée de données vers l'ODPE afin que l'instance soit en mesure de proposer une analyse objectivée des besoins.

Le rapport d'activité des territoires 2013 de la Coordination Départementale des Actions Sociales Territoriales, ainsi que les entretiens menés dans le cadre des travaux de diagnostic, permettent d'identifier plusieurs bonnes pratiques en matière d'animation et de développement des partenariats à l'échelle des territoires :

► **Ex. mise en place de rencontres et d'échanges sur le thème de l'intérêt supérieur de l'enfant avec les magistrats** (Juge des Enfants, Juge des Affaires Familiales, Vice-procureur de la République, Avocat défenseur des enfants) et l'ensemble des agents de l'UT Haut Vaucluse.

► **Ex. désignation dans certains CMS d'un travailleur social référent qui constitue l'interlocuteur privilégié des établissements scolaires du 1<sup>er</sup> degré** (notamment sur les questions liées à la transmission des informations préoccupantes).

## Un enjeu important de sensibilisation du grand public aux missions de prévention et de protection de l'enfance

L'évaluation réalisée en novembre 2012 par le cabinet ENEIS préconisait **la définition d'une stratégie de communication à destination des citoyens**, afin de faire évoluer l'image de la protection de l'enfance en communiquant, auprès du grand public, sur ses valeurs, ses missions et la diversité de ses modalités d'intervention.

Le rapport d'évaluation notait en effet que *« l'accompagnement par le service de l'Aide sociale à l'enfance est perçu, aux yeux du grand public, comme « stigmatisant » pour les usagers. Les familles feront dès lors rarement appel de manière spontanée au service de l'ASE afin de les accompagner autour de problématiques éducatives de tous ordres. La transmission d'une information préoccupante (dont le circuit est d'ailleurs peu connu du grand public) est quant à elle associée par les citoyens à un acte de « délation » s'il n'existe pas des éléments probants autour du risque encouru par l'enfant. Les situations sociales prises en charges par les partenaires pourront également être portées plus tardivement à la connaissance des services du Département. »*

Plusieurs actions de communication ont été mise en place depuis 2012, mais celles-ci restent déployées de manière ponctuelle et inégale selon les territoires.

Le rapport d'activité des territoires 2013 indique ainsi qu'**une journée « Droits de l'enfant » a été organisée par l'UT du Sud Vaucluse, avec la participation de 238 enfants et 68 adultes**. Cette action de communication, qui s'ajoute à la conférence sur la protection de l'enfance menée à l'attention de ses partenaires témoigne d'une mobilisation particulière de l'UT du Sud Vaucluse pour renforcer la visibilité sur les actions menées dans ce territoire.

## Le manque d'outils de suivi de l'activité harmonisés à l'échelle départementale

La réflexion portant sur le fonctionnement de l'ODPE devra inclure la question de la remontée de données vers cette instance afin que l'instance soit en mesure de proposer une analyse objectivée des besoins. A cet égard, les travaux menés en 2012 avaient noté **la**

**nécessité de poursuivre le travail d'harmonisation des indicateurs d'activité suivis par chaque unité territoriale.** Le périmètre variable des indicateurs saisis nuit en effet à l'heure actuelle à leur utilisation à l'échelle départementale (indicateurs différents selon les UT, données manquantes, etc.).

Par ailleurs, en ce qui concerne la garde d'enfants par des assistants maternels, **l'évaluation** des compétences et motivations d'un candidat à l'embauche est actuellement réalisée par un professionnel seul (puéricultrice), à l'aide d'une grille dont les items ne sont pas identiques selon les UT du Département (l'intervention d'un deuxième professionnel, infirmière-puéricultrice ou assistant social est toutefois prévu dans certaines situations). **Un travail d'uniformisation des outils et des méthodes** serait ainsi souhaitable. Il apparaît que les commissions d'agrément, organisées par territoire, se réunissent sur une base mensuelle, selon des compositions variables d'une UT à l'autre.

L'exercice du métier d'assistant maternel se caractérise notamment par l'isolement possible du professionnel<sup>11</sup> et par l'exercice à domicile. Ainsi, **la mission de suivi et de contrôle** (Art. L2111-1 du code de la Santé Publique) **s'avère particulièrement importante**, pour s'assurer de la qualité de l'accueil proposé par chaque assistant maternel, le respect des normes, et rappeler l'ensemble des droits et devoirs inhérents à la fonction. Le caractère inopiné des visites de suivi apparaît comme une modalité de contrôle adaptée.



<sup>11</sup> Il n'existe pas d'obligation de rattachement de l'assistant maternel à une structure de type Relais Assistant Maternel (RAM) ou de Maison d'Assistants Maternels (MAM).



# PARTIE 2

## ORIENTATION N°1

### Renouveler le cadre départemental de mise en oeuvre des actions de prévention portées par la PMI et ses partenaires 40

- **Fiche n°1.1** 42

Doter le service de Protection maternelle et infantile ; d'un projet de service

- **Fiche n°1.2** 44

Renforcer la cohérence des actions menées par la PMI et ses partenaires hospitaliers et associatifs dans le cadre des missions de planification et éducation familiale

- **Fiche n°1.3** 46

Structurer le travail en réseau et clarifier les missions de la PMI en matière de suivi des grossesses et de suivi postnatal ; Structurer le travail en réseau et clarifier les missions de la PMI en matière de suivi des grossesses et de suivi postnatal

- **Fiche n°1.4** 49

Harmoniser les pratiques en matière d'accueil du jeune enfant

## ORIENTATION N°2

### Réaffirmer le rôle de pilote du Département en matière de prévention des difficultés éducatives, en revisitant l'offre de service de prévention 51

- **Fiche n°2.1** 53

Engager un travail stratégique pour un pilotage départemental de la politique de prévention à laquelle concourent les services du SDAS, de la PMI et de l'ASE

- **Fiche n°2.2** 54

Renouveler le cadre d'intervention des TISF

- **Fiche n°2.3** 56

Harmoniser les pratiques et réduire les délais d'octroi des aides financières

- **Fiche n°2.4** 58

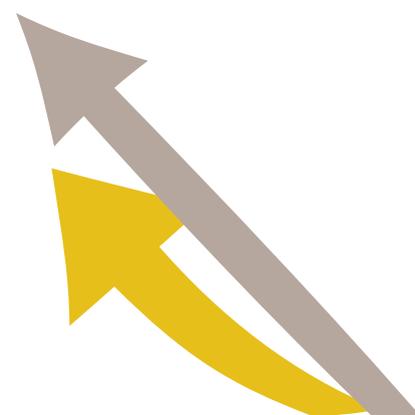
Poursuivre l'inscription de la prévention spécialisée dans l'action partenariale

- **Fiche n°2.5** 60

Développer le recours aux mesures éducatives à domicile en Vaucluse

- **Fiche n°2.6** 61

Définir les modalités de mise en oeuvre de la mesure d'AESF



## ORIENTATION N°3

### Rénover les outils et les pratiques dans la mise en oeuvre des missions d'Aide sociale à l'enfance

- **Fiche n°3.1** 62  
Accompagner l'évolution des pratiques en matière de recueil, traitement et évaluation des informations préoccupantes 63
- **Fiche n°3.2** 66  
Mettre en oeuvre progressivement le PPE dans le département
- **Fiche n°3.3** 67  
Faire évoluer la référence socio-éducative
- **Fiche n°3.4** 69  
Elaborer un protocole départemental relatif au suivi de la santé des enfants confiés à l'ASE
- **Fiche n°3.5** 71  
Améliorer les conditions de recours et les modalités d'accompagnement dans le cadre des adoptions
- **Fiche n°3.6** 73  
Clarifier et fluidifier les modalités de mise en oeuvre de l'accompagnement des enfants victimes

## ORIENTATION N°4

### Poursuivre l'adaptation de l'offre de protection de l'enfance aux besoins des publics

- **Fiche n°4.1** 77  
Poursuivre la diversification des réponses en protection de l'enfance et moderniser le dispositif d'accueil
- **Fiche n°4.2** 79  
Renouveler l'offre d'accueil familial et renforcer l'accompagnement professionnel des assistants familiaux
- **Fiche n°4.3** 80  
Poursuivre les efforts d'adaptation du dispositif d'accueil et d'accompagnement en faveur des MIE
- **Fiche n°4.4** 82  
Renforcer les articulations autour des enfants porteurs de handicap et des enfants présentant des troubles du comportement
- **Fiche n°4.5** 84  
Améliorer l'accompagnement des familles en errance avec enfants
- **Fiche n°4.6** 86  
Inscrire l'accompagnement vers l'autonomie des jeunes majeurs dans une politique départementale en faveur de la jeunesse

## ORIENTATION N°5

### Développer une stratégie de communication et de partenariat, en vue d'améliorer le fonctionnement de la protection de l'enfance en Vaucluse

88

- **Fiche n°5.1**

90

Renforcer, à travers l'observatoire départemental, la connaissance partagée des publics de la protection de l'enfance de manière à adapter les modalités d'accompagnement

- **Fiche n°5.2**

92

Mettre en place des instances de régulation et d'échanges entre les acteurs du dispositif de protection de l'enfance

- **Fiche n°5.3**

94

Revaloriser l'image de l'action médico-sociale portée par le Département et améliorer les relations entre les services participants à cette mission et les usagers



Cinq orientations stratégiques définissent la stratégie départementale en matière de prévention et de protection de l'enfance pour les années 2015 à 2020 :

- ▶ **Orientation n°1** : Renouveler le cadre départemental de mise en oeuvre des actions de prévention portées par la PMI et ses partenaires
- ▶ **Orientation n°2** : Réaffirmer le rôle de pilote du Département en matière de prévention des difficultés éducatives, en revisitant l'offre de service de prévention
- ▶ **Orientation n°3** : Rénover les outils et les pratiques dans la mise en oeuvre des missions d'Aide sociale à l'enfance
- ▶ **Orientation n°4** : Poursuivre l'adaptation de l'offre de protection de l'enfance aux besoins des publics
- ▶ **Orientation n°5** : Développer une stratégie de communication et de partenariat, en vue d'améliorer le fonctionnement de la protection de l'enfance en Vaucluse

Chacune de ces orientations se décline en fiches actions et propositions d'actions concrètes, qui seront mise en oeuvre dans les cinq années à venir.

**Nota : Un degré de priorité de 1 à 3 a été associé à chaque action, de manière à hiérarchiser la mise en oeuvre des actions prévues dans cadre du nouveau schéma départemental.**

Une action de priorité 1 indique une action jugée prioritaire, dont la mise en oeuvre nécessite des changements importants (d'organisation, de pratique, de rapports partenariaux). Une action de priorité 2 indique une priorité intermédiaire, conditionnée à la mise en oeuvre d'autres changements. Une action de priorité 3 indique une priorité plus basse, pour laquelle d'autres actions sont à mener auparavant, pour en faciliter la mise en oeuvre. Ce niveau de priorité est à distinguer de l'échéancier, qui suggère une période de mise en oeuvre pour chaque action.

## ORIENTATION N°1 Renouveler le cadre départemental de mise en oeuvre des actions de prévention portées par la PMI et ses partenaires

La loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance a renforcé le rôle de la Protection Maternelle et Infantile (PMI) dans la prévention en matière de protection de l'enfance. A ce titre, ses missions revêtent un caractère essentiel pour favoriser une intervention précoce auprès des parents et des jeunes enfants, et éviter une aggravation des situations familiales pouvant conduire à l'entrée dans des mesures d'Aide sociale à l'enfance. Le diagnostic mené sur le déploiement des actions de la PMI en Vaucluse a mis en évidence la nécessité de redéfinir un cadre départemental pour l'action des professionnels de la PMI. Ce document-cadre du service a plusieurs vocations. D'abord, il doit permettre de formaliser la place du service de PMI dans le dispositif départemental d'action sociale et médico-sociale et vis-à-vis des partenaires.

« Ensuite, il déclinera précisément l'organisation et le fonctionnement du service, et notamment le périmètre du rôle et des responsabilités dévolues à chaque fonction représentée au sein du service, afin de permettre à chacun de s'y situer, mais aussi de prioriser ses actions au quotidien sur la base d'orientations affirmées à l'échelle départementale. Ces enjeux nécessitent de

# ORIENTATION N°1

## Renouveler le cadre départemental de mise en oeuvre des actions de prévention portées par la PMI et ses partenaires

requestionner les modalités de mise en oeuvre du principe d'universalité des actions de la PMI, dès lors que le caractère limité des effectifs départementaux et le contexte territorial (faible démographie médicale, augmentation des besoins) génère de fait une priorisation de ses actions par chaque professionnel selon des critères individuels.

“ Pour finir, le cadre départemental constituera aussi la référence en matière de pratiques professionnelles à l'échelle du département de Vaucluse, afin de résorber les disparités en matière de pratiques et de favoriser à la fois l'équité de traitement des usagers en tout point du territoire, et une meilleure lisibilité des fonctionnements de la PMI par ses partenaires.

► **Un autre axe d'amélioration de l'existant au travers du schéma réside dans la poursuite et l'aboutissement de la dynamique de structuration du réseau partenarial autour du service départemental de PMI.**

“ Si les interventions de PMI s'inscrivent dans un réseau d'acteurs étoffé, il convient de poursuivre le renforcement du maillage autour des familles, et notamment des plus fragiles par une formalisation des modalités de transmission d'information et de passage de relais entre les intervenants. Il s'agit en premier lieu de communiquer sur la diversité des actions de la PMI (cf. l'orientation 5 et son action 3). Il s'agit aussi de poser les conditions d'une action concertée et articulée en prévention et en matière d'éducation à la vie affective

et sexuelle auprès des jeunes, et d'un suivi sans rupture des familles en difficultés dès la grossesse et jusqu'aux 6 ans de l'enfant. La connaissance entre la PMI et les différents acteurs du territoire est un préalable indispensable à la réalisation d'actions de prévention cohérentes sur le territoire (en termes de prise en compte des problématiques des familles, d'accessibilité, de relais mis en place entre les partenaires, etc.). Il s'agit donc là d'une garantie d'effectivité de l'action publique, et d'optimisation des ressources déployées dans un contexte d'augmentation des besoins relayés par les professionnels de terrain.

### 4 FICHES-ACTIONS :

- Doter le service de Protection maternelle et infantile d'un projet de service
- Renforcer la cohérence des actions menées par la PMI et ses partenaires hospitaliers et associatifs dans le cadre des missions de planification et éducation familiale
- Structurer le travail en réseau et clarifier les missions de la PMI en matière de suivi des grossesses et de suivi postnatal
- Harmoniser les pratiques en matière d'accueil du jeune enfant

# FICHE N°1.1

## DOTER LE SERVICE DE PROTECTION MATERNELLE ET INFANTILE D'UN PROJET DE SERVICE

### ELÉMENTS DE DIAGNOSTIC

Un sentiment d'éparpillement des professionnels de PMI, lié à l'augmentation des besoins sociaux et à l'élargissement des missions du service (depuis de la loi du 5 mars 2007 en particulier).

- Un constat qui appelle une réflexion à l'échelle départementale sur la priorisation des missions de chacun des professionnels du service (médecins, infirmières-puéricultrices et sages-femmes).

### OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

- Mettre en cohérence l'action des services de la PMI avec celle des partenaires hospitaliers, libéraux et associatifs.
- Identifier, au niveau départemental et pour chaque type de professionnels de PMI, les missions prioritaires du service.
- Assurer une équité de traitement des publics en tout point du territoire départemental.

### MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE

**1. Réunir un groupe pluri-professionnels accompagné par l'ODPE (en rôle d'expert) pour revoir l'ensemble des grilles de recueil de données relatives à l'activité et aux publics de la PMI, pour appuyer la définition d'orientations politiques.**

- Actualiser la liste des indicateurs, pour en faire un outil d'analyse des besoins des publics et de l'activité de la PMI.
- Définir précisément chaque indicateur à recueillir (définition, périmètre, modes de recueil, unité de mesure...).

**2. Définir à partir de ces données un cadre d'intervention départemental pour la PMI.**

- Etablir un socle d'activité pour tous les CMS et pour chaque fonction professionnelle, puis identifier les éléments de pondération en fonction du profil du territoire (nombre de naissances, niveau de vulnérabilité de la population, nombre d'assistants maternels...).
- Hiérarchiser l'action de chacun des professionnels de PMI :
  - » Définir un cadre départemental relatif à l'articulation des missions respectives des

# FICHE N°1.1

## DOTER LE SERVICE DE PROTECTION MATERNELLE ET INFANTILE D'UN PROJET DE SERVICE

médecins et des puéricultrices. Redéfinir les missions des sages-femmes de PMI en complémentarité avec les secteurs libéral et hospitalier.

- » Mettre en place un groupe de travail réunissant des professionnels de PMI et des partenaires extérieurs.
- » Confirmer chaque directeur d'UT dans sa responsabilité d'organiser l'activité des professionnels sur chaque territoire, dans le cadre départemental d'intervention.
- Etablir précisément, pour chacune des missions de PMI, quelles interventions relèvent des différents professionnels de PMI.
- Interroger la pertinence de l'intervention des médecins de PMI dans le cadre de missions ne nécessitant pas d'examen clinique.

### 3. Renforcer l'efficience des bilans de santé des 3-4 ans

- Redéfinir le périmètre du bilan systématique « de base » pour les enfants de 3-4 ans, puis identifier les critères de réalisation d'un bilan approfondi :
  - » S'appuyer sur les questionnaires EVAL MATER diffusés aux professeurs des écoles pour affiner la critérisation.
  - » Réaffirmer les critères d'association des parents au bilan.

## NIVEAU DE PRIORITÉ (1 À 3)

Priorité 1

## ECHÉANCIER

2015

## INDICATEURS D'ÉVALUATION

### ► Réalisation :

- Existence d'un groupe de travail pluri-professionnels accompagné par l'ODPE autour des grilles de recueil de données relatives à l'activité et aux publics de la PMI.
- Existence d'une liste d'indicateurs actualisée.
- Existence d'un projet de service PMI.
- Existence d'un groupe de travail réunissant des professionnels de la PMI et des partenaires extérieurs autour de l'articulation des missions respectives des médecins et des puéricultrices.
- Nombre de bilans de santé 3-4 ans « de base » et nombre de bilans de santé approfondis réalisés.

### ► Impact :

- Perception du degré d'association des parents au bilan de santé 3-4 ans.
- Perception par les professionnels du degré de priorité des actions PMI.

# FIGHE N°1.2

## RENFORCER LA COHÉRENCE DES ACTIONS MENÉES PAR LA PMI ET SES PARTENAIRES HOSPITALIERS ET ASSOCIATIFS DANS LE CADRE DES MISSIONS DE PLANIFICATION ET ÉDUCATION FAMILIALE

### ELÉMENTS DE DIAGNOSTIC

- Une insuffisante interconnaissance des CPEF sur leurs ressources et leurs spécificités.
- Un besoin d'accompagnement technique des professionnels des CPEF sur la mise en oeuvre des actions d'information et de sensibilisation en milieu scolaire.
- Une difficulté à assurer la continuité de service durant les périodes de vacances scolaire en matière d'accès à l'IVG.

### OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

- Renforcer la visibilité des ressources dont dispose chaque CPEF, ses spécificités, ses missions, afin de mieux orienter les publics : suivi des grossesses, délivrance des contraceptifs, actions de prévention menées, accès à l'IVG et accompagnement post IVG.
- Organiser plus en cohérence les actions d'information et de sensibilisation en milieu scolaire : maillage géographique, contenu des séances.
- Articuler l'intervention des CPEF pendant les périodes de vacances pour mieux assurer

l'accompagnement et l'orientation des femmes demandant une IVG.

- Renforcer le pilotage des conventions signées avec les CPEF hospitaliers.

### MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE

1. Proposer un cadre départemental aux actions de sensibilisation à la vie affective et sexuelle menées par les Centres de Planification et d'Éducation Familiale (CPEF), en lien avec l'ARS et la CPAM.

Répartir des travaux menés préalablement :

- Pour proposer des outils et supports d'animation communs (NB : une Charte des actions de prévention en milieu scolaire a d'ores et déjà été élaborée au niveau régional).
  - Pour conventionner avec l'éducation nationale. Un protocole avec les établissements scolaires a été élaboré mais reste à ce jour non validé, il est à actualiser et à transformer en convention afin de lui donner une réelle valeur juridique).
2. **Renforcer l'articulation entre les CPEF hospitaliers, associatifs et gérés en régie directe par la PMI**
- Mettre en place des outils permettant de communiquer entre CPEF / mutualiser les

# FICHE N°1.2

RENFORCER LA COHÉRENCE DES ACTIONS MENÉES PAR LA PMI ET SES PARTENAIRES HOSPITALIERS ET ASSOCIATIFS DANS LE CADRE DES MISSIONS DE PLANIFICATION ET ÉDUCATION FAMILIALE

informations sur « qui fait quoi ».

- Organiser des temps d'échanges réguliers.

### 3. Actualiser les conventions de partenariat avec les CPEF hospitaliers

### 4. Mieux inclure les CPEF au sein des missions de la PMI des CMS en transversalité avec le SDAS et ASE

- Clarifier les modalités d'intervention des professionnels des CPEF gérés en régie directe en Centres Médico-Sociaux (CMS).
- Identifier un temps de secrétariat de PMI en CMS dédié au secrétariat du CPEF gérés en régie directe. Prévoir une formation spécifique.
- Communiquer sur les missions des CPEF aux professionnels de PMI.

## NIVEAU DE PRIORITÉ (1 À 3)

Priorité 2 (déclinaison de la fiche-action 1 modalité 1)

## ECHÉANCIER

2016

## INDICATEURS D'ÉVALUATION

### ► Réalisation :

- Existence d'un programme d'actions de sensibilisation à la vie affective et sexuelle.
- Existence d'une convention avec l'éducation nationale.
- Existence d'outils de communication et réunions régulières entre CPEF hospitaliers, associatifs et gérés en régie directe par la PMI.
- Existence de conventions de partenariat et financières actualisées avec les CPEF hospitaliers.
- Mise en place d'une formation spécifique au secrétariat PMI en CMS.
- Fréquence des réunions entre CPEF hospitaliers, associatifs et gérés en régie directe par la PMI.
- Nombre d'actions de sensibilisation à la vie affective et sexuelle organisées par territoire et leur évolution.

### ► Impact :

- Degré de connaissance du public des actions des CPEF.

# FICHE N°1.3

## STRUCTURER LE TRAVAIL EN RÉSEAU ET CLARIFIER LES MISSIONS DE LA PMI EN MATIÈRE DE SUIVI DES GROSSESSES ET DE SUIVI POSTNATAL

“ Structurer le travail en réseau et clarifier les missions de la PMI en matière de suivi des grossesses et de suivi postnatal.

### ELÉMENTS DE DIAGNOSTIC

- Les staffs médico-sociaux, des outils essentiels pour assurer la continuité de l'intervention de la PMI et des partenaires hospitaliers. Un outil aujourd'hui insuffisamment structuré et qui ne concerne pas l'ensemble des maternités.
- Une réception tardive des déclarations de grossesses, de naissances et des certificats du 8e jour par les équipes de PMI.
- Le constat de délais importants d'ouverture des droits pour les femmes enceintes, notamment lorsqu'elles sont étrangères ou en situation irrégulière (obtention de l'aide médicale d'Etat ou de l'aide d'urgence, ouverture de droits provisoire...).

### OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

- Organiser la continuité du parcours des usagers (préparation de l'entrée à la maternité de la femme enceinte, puis de la sortie).
- Raccourcir les délais d'intervention du service de PMI.
- Mieux faire connaître les missions de la PMI aux professionnels libéraux intervenant dans le suivi des grossesses puis dans le suivi postnatal.
- Raccourcir les délais d'ouverture des droits pour les femmes enceintes suivies par la PMI.

### MODALITÉS OPÉRATIONNELLE

#### 1. Organiser des réseaux de professionnels formels et pérennes dans le cadre du suivi des grossesses et du suivi post natal

- Engager une négociation départementale sur le développement et la structuration des staffs médico-sociaux périnataux :
  - » Identification d'un pilote.
  - » Elaboration de conventions avec les centres hospitaliers.
  - » Définition des modes de participation de la PMI (quel(s) professionnel(s) pour représenter la PMI dans chaque staff médico-social).

# FICHE N°1.3

## STRUCTURER LE TRAVAIL EN RÉSEAU ET CLARIFIER LES MISSIONS DE LA PMI EN MATIÈRE DE SUIVI DES GROSSESSES ET DE SUIVI POSTNATAL

» Précision sur les limites liées au partage d'informations à caractère secret, dont doit être garant le professionnel qui amène la situation.

- Mobiliser dans le cadre de ces réseaux les acteurs libéraux (sages-femmes, médecins généralistes notamment lorsqu'assurant des suivis de grossesses).

### **2. Mieux utiliser les déclarations de grossesses, de naissances et les certificats du 8<sup>e</sup> jour, de manière à proposer un accompagnement par la PMI le plus tôt possible au cours de la grossesse**

- Rationnaliser le processus de transmission des avis de grossesse, de naissance et les certificats du 8<sup>e</sup> jour (ex. envoi direct de la PMI en central vers les CMS sans passer par les UT).
- Mobiliser les critères de vulnérabilité dans l'analyse de ces avis (ex. grossesses de mineures, grossesses multiples et grossesses déclarées tardivement).
- Intégrer dans les premières pages du carnet de santé une fiche explicative des actions de la PMI et les coordonnées des CMS du Département.

### **3. Engager un dialogue avec la CPAM à l'échelle institutionnelle sur la thématique de l'accès aux droits durant la période prénatale et jusqu'à l'accouchement. Envisager pour cela un conventionnement avec la CPAM**

### **4. Promouvoir les actions collectives de prévention précoce et de soutien à la parentalité dans le Département**

- Formaliser une fiche de présentation des actions collectives et en organiser la diffusion à l'échelle départementale (recensement, diffusion, essaimage).
  - Doter les professionnels d'une méthodologie d'élaboration et d'animation des actions collectives
    - » Point de départ : diagnostic des besoins de la population ou demande d'un partenaire.
    - » Condition : inscription dans le cadre des missions du service.
    - » Validation du RCMS, du directeur d'UT.
- Construire des outils d'évaluation des actions et de leur impact (grille commune et le cas échéant, identification d'indicateurs complémentaires en fonction de la nature de l'action...).

## NIVEAU DE PRIORITÉ (1 À 3)

► **Modalités 1, 3 et 4** : priorité 2  
(déclinaison de la fiche action 1, modalité 1)

► **Modalité 2** : priorité 3

## ECHÉANCIER

2016-2017

# FICHE N°1.3

STRUCTURER LE TRAVAIL EN RÉSEAU ET CLARIFIER LES MISSIONS DE LA PMI EN MATIÈRE DE SUIVI DES GROSSESSES ET DE SUIVI POSTNATAL

## INDICATEURS D'ÉVALUATION

### ► Réalisation :

- Existence de conventions avec les centres hospitaliers.
- Existence de réseaux de professionnels (nombre, régularité et type d'acteurs mobilisés).
- Existence d'une fiche explicative des actions de la PMI et les coordonnées du CMS du Département dans le carnet de santé.
- Existence d'une fiche de présentation des actions collectives.
- Existence d'outils d'évaluation des actions collectives et de leur impact.
- Délais de mise en place d'un accompagnement PMI (et évolution).
- Nombre de fiches de présentation des actions collectives de prévention précoce diffusées dans le département.
- Nombre d'actions collectives de prévention précoce et de soutien à la parentalité organisées et nombre de participants (et leur évolution).

## IMPACT :

- Structuration du travail en réseau de la PMI.
- Clarification des missions de la PMI en matière de suivi des grossesses et de suivi postnatal.

# FICHE N°1.4

## HARMONISER LES PRATIQUES EN MATIÈRE D'ACCUEIL DU JEUNE ENFANT

### ELÉMENTS DE DIAGNOSTIC

- Des réunions d'information sur le métier d'assistant maternel dont le format est perfectible.
- Une charge de travail importante représentée par le suivi et le contrôle des assistants maternels et des MAM, mais différenciée d'une UT à une autre. Un constat similaire s'agissant du suivi et du contrôle des établissements d'accueil collectif, avec une charge de travail qui induit aujourd'hui un ciblage des contrôles.

### OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

- Fournir une information plus adaptée aux candidats à l'agrément d'assistant maternel.
- Rationnaliser l'organisation de la mission de suivi et de contrôle des assistants maternels et des EAJE.

### MODALITÉS OPÉRATIONNELLES

#### 1. Agir en faveur d'une homogénéisation des pratiques en matière d'accueil individuel

- Définir un cadre départemental relatif aux modalités de réalisation des missions de suivi et de contrôle des assistants maternels, et notamment des assistants maternels intervenant en MAM.
- Elaborer, valider et accompagner au niveau

départemental la procédure et les outils de la PMI (agrément, outils divers : déménagement, sécurité, suivi, comptes rendus de visites...) en intégrant la question des différences de charge de travail entre UT.

- Améliorer l'information délivrée aux candidat(e)s à l'agrément d'assistant maternel.
  - » Redéfinir le format et le contenu des réunions d'information : limitation du temps de réunion et du nombre d'intervenants, participation d'assistants maternels, de responsables de RAM, création d'un support visuel...
  - » Revisiter l'information disponible sur le site internet du Département, en revoyant la forme et le contenu (intégrer l'exercice en MAM).

#### 2. Agir en faveur d'une homogénéisation des pratiques en matière d'accueil collectif

- Déduire du projet de service (fiche action 1.1) des orientations départementales en matière de priorisation des missions de contrôle des EAJE.
- En matière de suivi et contrôle d'EAJE, redéfinir le partage des rôles entre service départemental et services territorialisés mode de garde.

#### 3. Proposer un appui aux partenaires dans la mise en oeuvre de la réforme des rythmes scolaires, pour garantir la qualité de la prise

# FICHE N°1.4

## HARMONISER LES PRATIQUES EN MATIÈRE D'ACCUEIL DU JEUNE ENFANT

### en charge des jeunes enfants du département dans les centres de loisirs maternels

- Organiser des actions ciblées d'information (services du Département et missions exercées).
- Appuyer la DDCS dans la co-construction de contenus de formations et dans l'identification d'intervenant, pour accompagner la montée en compétences des animateurs périscolaires sur la spécificité du développement et des rythmes des enfants de 3-6 ans.

### NIVEAU DE PRIORITÉ (1 À 3)

► **Modalités 1 et 2** : priorité 2 (déclinaison fiche 1.1)

► **Modalité 3** : priorité

### ECHÉANCIER

2016

### INDICATEURS D'ÉVALUATION

#### ► Réalisation :

- Existence d'une procédure de suivi et de contrôle des assistants maternels.
- Mise à jour du programme d'information des candidats à l'agrément d'assistant maternel.
- Existence de nouveaux outils d'information des candidats à l'agrément d'assistant maternel.
- Existence d'actions d'information relatives à la réforme des rythmes scolaires.
- Nombre d'actions d'informations relatives à la réforme des rythmes scolaires.
- Durée des séances d'information délivrées aux candidats à l'agrément d'assistant maternel, nombre d'intervenants par séance.

## ORIENTATION N°2

# Réaffirmer le rôle de pilote du Département en matière de prévention des difficultés éducatives en revisitant l'offre de service de prévention

“ Au titre de la loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance, la prévention se définit par sa vocation à « prévenir les difficultés éducatives auxquelles les parents peuvent être confrontés dans l'exercice de leurs responsabilités éducatives ».

Le diagnostic laisse apparaître la diversité et la richesse des actions portées au sein du Département et par ses partenaires au titre de la prévention des difficultés éducatives.

Les professionnels du service social départemental contribuent au quotidien au déploiement d'une action de prévention globale auprès des familles, à travers des accompagnements touchant aussi bien à la dimension éducative qu'au logement, à l'insertion sociale et professionnelle, au niveau de ressources des familles.

Le Département occupe depuis sa création en novembre 2014 la place qui lui revient au sein du Comité parentalité aux côtés de la CAF et de l'État, et contribue depuis plusieurs années au financement d'actions de soutien à la parentalité. Parallèlement, le Département joue un rôle moteur auprès de la CAF dans le soutien des communes et des intercommunalités, pour favoriser le développement d'une offre d'accueil individuel et collectif du jeune enfant adaptée aux besoins et à leur répartition sur le territoire vaclusien.

Le Département déploie par ailleurs des réponses qui relèvent de l'Aide sociale à l'enfance, notamment l'octroi d'aides financières aux femmes enceintes, aux mineurs émancipés et aux jeunes majeurs de 18 à 21 ans qui rencontrent des difficultés d'ordre social, médical, ou financier, susceptibles de compromettre gravement leur équilibre et le cas échéant celui de leur(s) enfant(s), ou encore la mobilisation de Techniciennes de l'intervention sociale et familiale pour un étayage au domicile des familles.

“ Concernant cette offre d'accompagnement des familles dans le cadre d'actions et de mesures de prévention, l'enjeu du schéma réside d'abord dans **l'inscription de ces porteurs de projets et actions diversifiées au sein d'une politique départementale cohérente en matière de prévention auprès des enfants et des familles, affirmée et déclinée à l'échelle des territoires.**

Compte tenu de la diversité des actions et des mesures de prévention, il conviendra aussi de préciser les attendus vis-à-vis de chacune d'entre elles, et leur place dans le panel de réponses mobilisables, par l'élaboration de référentiels de mesures, afin que leur mise en oeuvre repose sur des principes et des modalités d'intervention harmonisés et que leur mobilisation soit envisagée au plus près des besoins et des potentialités des familles.

## ORIENTATION N°2

# Réaffirmer le rôle de pilote du Département en matière de prévention des difficultés éducatives, en revisitant l'offre de service de prévention

“ Le schéma doit par ailleurs favoriser la poursuite de la diversification des réponses, telle qu'engagée dans la lignée de la loi du 5 mars 2007, et notamment dans le renforcement du recours aux mesures d'Accompagnement en économie sociale et familiale et d'Accompagnement à la gestion du budget familial. Le schéma devra ensuite permettre un rééquilibrage des mesures administratives, reposant sur une adhésion de la famille à l'accompagnement proposé, par l'évolution des pratiques déployées par les professionnels dans l'évaluation.

### 6 FICHES-ACTIONS :

- Engager un travail stratégique pour un pilotage départemental de la politique de prévention à laquelle concourent les services du SDAS, de la PMI et de l'ASE
- En bonne articulation avec ce travail de renouvellement, intégrer la mise à jour de certaines mesures
  - » Renouveler le cadre d'intervention des TISF
  - » Harmoniser les pratiques et réduire les délais d'octroi des aides financières
  - » Redéfinir les missions des équipes de prévention
  - » Développer le recours aux mesures éducatives à domicile en Vaucluse
  - » Définir les modalités de mise en oeuvre de la mesure d'AESF

# FICHE N°2.1

## ENGAGER UN TRAVAIL STRATÉGIQUE POUR UN PILOTAGE DÉPARTEMENTAL DE LA POLITIQUE DE PRÉVENTION À LAQUELLE CONCOURENT LES SERVICES DU SDAS, DE LA PMI ET DE L'ASE

### ELÉMENTS DE DIAGNOSTIC

- Des actions de prévention éclatées dans plusieurs dispositifs, dont le pilotage est parfois en panne (parentalité, accueil du jeune enfant).
- Une tendance au morcellement des interventions dans le cadre de la prévention .

### OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

- Construire une offre de service en matière de prévention, proposant une gradation de l'intervention en faveur des familles.
- Faciliter le passage d'une mesure de prévention à l'autre, en fonction de l'évolution de la nature du besoin de la famille, et dans le respect d'un parcours cohérent.

### MODALITÉ OPÉRATIONNELLE

#### **1. Harmoniser l'offre de service du Département en matière de prévention, en prenant soin d'articuler l'ensemble des actions proposées par les équipes (SDAS, ASE, PMI)**

- ▶ Construire des référentiels de travail permettant :
  - de répondre de manière adaptée, équitable et cohérente aux situations rencontrées dans le Département.

- De mieux articuler l'ensemble des actions proposées au bénéfice des familles.

### NIVEAU DE PRIORITÉ (1 À 3)

Priorité 1

### ECHÉANCIER

2015

### INDICATEURS D'ÉVALUATION

#### ▶ Réalisation :

- Existence de référentiels de travail relatifs à l'offre de service du Département en matière de prévention.
- Définition de l'offre de prévention dans les documents internes au Département.

#### ▶ Impact :

- Harmonisation des actions de prévention déployées dans le département, nombre et évolution par territoire.

# FICHE N°2.2

## RENOUVELER LE CADRE D'INTERVENTION DES TISF

### ELÉMENTS DE DIAGNOSTIC

Une insuffisante articulation des interventions de TISF financées au titre de la CAF et du Département. Ex. des différences dans le reste à charge demandé aux familles selon le financeur.

Une qualité du partenariat entre services d'aide à domicile et Département variable d'un territoire à un autre. Pourtant, l'évaluation initiale par les services du Département est déterminante pour définir le positionnement des TISF et nécessite d'être partagée.

### OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

Introduire plus de cohérence dans les interventions financées au titre de la CAF et du Département.

Intégrer davantage les TISF à la définition d'un projet d'accompagnement et à sa mise en oeuvre.

### MODALITÉS OPÉRATIONNELLES

#### **1. Retravailler, avec la CAF, les dispositions de la convention CAF / Département / associations de TISF, portant sur l'offre de service et les modalités de co-financement**

Points à intégrer :

- Articulation entre intervention TISF commandée CAF et intervention commandée par le Département : principe d'épuisement des heures CAF avant le passage en prévention au titre des missions du Département, niveau de participation financière des familles sur le reste à charge, possibilité d'un reversement inter-financeurs pour les situations à la lisière de chaque champ.
- Nécessité d'améliorer la participation des TISF à la construction et la mise en oeuvre du projet des familles.

#### **2. Harmoniser les pratiques en matière de mobilisation des TISF entre unités territoriales**

# FICHE N°2.2

## RENOUVELER LE CADRE D'INTERVENTION DES TISF

### NIVEAU DE PRIORITÉ (1 À 3)

Priorité 2

### ECHÉANCIER

2016

### INDICATEURS D'ÉVALUATION

#### ► Réalisation :

- Révision de la convention entre la CAF, le Département et les associations de TISF.
- Existence d'une procédure dédiée aux modalités de financement et participation financière des interventions TISF.
- Existence de référentiels de travail relatifs à l'intervention de TISF dans le Département.

#### ► Impact :

- Harmonisation des pratiques entre les territoires en matière de mobilisation des TISF (enquêtes de satisfaction par territoire à destination des bénéficiaires d'interventions TISF).
- Ratio entre le temps administratif et partenarial des TISF et le temps dédié à l'accompagnement des familles par territoire.

# FICHE N° 2.3

## HARMONISER LES PRATIQUES ET RÉDUIRE LES DÉLAIS D'OCTROI DES AIDES FINANCIÈRES

### ELÉMENTS DE DIAGNOSTIC

- L'absence de système permettant un reversement au Département, lorsqu'une aide financière intervient en réponse aux ruptures de droits.
- Un niveau variable de la célérité d'octroi aides financières sollicitées. Un délai pouvant aller jusqu'à 10 jours en raison du principe de double signature de la part du cadre ASE et du RCMS.
- La baisse du montant moyen des aides attribuées ne permet plus, pour certaines situations, de couvrir les projets tels qu'ils étaient construits au moment de la demande.
- Le constat de situations dans lesquelles l'aide financière n'est pas utilisée pour satisfaire les besoins pour lesquels elle est attribuée (ex. aides utilisées pour combler un découvert bancaire).

### OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

- Raccourcir les délais d'octroi des aides et harmoniser les pratiques entre territoires.
- Garantir une cohérence entre le montant de l'aide et le projet pour lequel elle est attribuée.
- S'assurer de l'utilisation de l'aide pour les besoins pour lesquels elle est attribuée.

### MODALITÉS OPÉRATIONNELLES

#### 1. Harmoniser les pratiques en matière de mobilisation des aides financières entre unités territoriales

- Réaliser un travail d'analyse des facteurs explicatifs des différences existantes entre les UT en termes de taux de couverture / montant de l'aide.
- Engager un travail de partage de la pratique / retour d'expérience entre CMS / UT.
- Lors de la validation d'une demande d'aide par le cadre, s'assurer de la cohérence entre le montant de l'aide et le projet pour lequel elle est attribuée. Vérifier l'effectivité de l'application de la règle de co-financement des projets de la part des bénéficiaires et de la sollicitation de financements connexes.

#### 2. Raccourcir les délais d'octroi des aides financières

- Envisager la mise en place d'une régie pour la gestion des secours d'urgence.
- Examiner les conditions de raccourcissement des délais d'octroi des aides financières (ex révision des modalités de signature).

# FICHE N°2.3

## HARMONISER LES PRATIQUES ET RÉDUIRE LES DÉLAIS D'OCTROI DES AIDES FINANCIÈRES

### 3. Diversifier les modalités d'octroi des aides financières, afin de répondre à l'hétérogénéité des situations familiales

- Envisager le recours au micro-crédit, plutôt qu'aux allocations financières, pour répondre aux délais de carence subis par les familles en attente de l'ouverture de droits.
- Réaliser un travail d'analyse de la nature des demandes d'aides financières, pour envisager l'établissement d'un système d'allocation de bons d'achat.

### NIVEAU DE PRIORITÉ (1 À 3)

Priorité 2



## ECHÉANCIER

2016

## INDICATEURS D'ÉVALUATION

### ► Réalisation :

- Existence d'une analyse formalisée des facteurs explicatifs des différences existantes entre les UT en termes de taux de couverture / montant de l'aide.
- Existence de groupes de travail dédiés au partage de pratiques/ retour d'expérience entre CMS, par UT.
- Existence d'une analyse formalisée de la nature des demandes d'aides financières.
- Délais d'octroi des aides financières par territoire.
- Nombre et type d'aide financière octroyée aux familles par territoire.

### ► Impact :

- Harmonisation des pratiques en matière de mobilisation des aides financières entre les unités territoriales.

# FICHE N°2.4

## POUR SUIVRE L'INSCRIPTION DE LA PRÉVENTION SPÉCIALISÉE DANS L'ACTION PARTENARIALE

### ELÉMENTS DE DIAGNOSTIC

- Une territorialisation commune des services du Département et du service de prévention spécialisée facilitant de fait le lien partenarial. Malgré cela, on constate une insuffisance de liens entre les services du Département et les services de prévention spécialisée sur certains territoires.
- La prévention spécialisée, intégrée à la protection de l'enfance par la loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance, est un dispositif à la lisière de plusieurs politiques publiques (prévention de la délinquance, enfance-jeunesse, insertion, politique de la ville...).

### OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

- Renforcer le partenariat entre le service ADVSEA de la prévention spécialisée et Département (territoires) à l'échelle des situations individuelles.
- Permettre un rapprochement en direction des communes pour établir une démarche de pilotage intégrée de la mission de prévention spécialisée.

# FICHE N°2.4

POUSUIVRE L'INSCRIPTION DE LA PRÉVENTION SPÉCIALISÉE DANS L'ACTION PARTENARIALE

## MODALITÉS OPÉRATIONNELLES

### 1. Ecrire une charte départementale de la mission prévention spécialisée

### 2. Rechercher l'équilibre entre les niveaux de besoin identifiés sur les territoires et le déploiement des ressources humaines (à moyens constants)

- D'abord au niveau départemental.
- Egalement au niveau des territoires, en réactivant cette mission assignée aux comités de suivi existant au niveau des UT.

### 3. Animer la charte départementale à l'échelle locale, en impliquant les Communes

- Garantir l'organisation d'instances réunissant les financeurs potentiels de la mission de prévention spécialisée, de manière à assurer la cohérence des orientations des projets.

### 4. Considérer la présence des acteurs de la prévention spécialisée sur les territoires, en impliquant les éducateurs dans le suivi individualisé des jeunes

- Vérifier les modalités d'échange sur les jeunes en situation de marginalisation (sociale, familiale, scolaire, santé...).

## NIVEAU DE PRIORITÉ (1 À 3)

Priorité 2

## ECHÉANCIER

2016

## INDICATEURS D'ÉVALUATION

### ► Réalisation :

- Existence d'une charte départementale de la prévention spécialisée.
- Nombre d'instances réunissant les financeurs de la mission de prévention spécialisée.
- Nombre de réunions de suivi des jeunes en situation de marginalisation auxquelles participent les éducateurs des services de prévention spécialisée.

### ► Impact :

- Territorialisation de la mission de prévention spécialisée en fonction des besoins des territoires.

# FICHE N° 2.5

## DÉVELOPPER LE RECOURS AUX MESURES ÉDUCATIVES À DOMICILE EN VAUCLUSE

### ELÉMENTS DE DIAGNOSTIC

- Un niveau de recours variable à l'AED, en lien avec des difficultés de plusieurs ordres : délais de mise en oeuvre, changement de référent (le travailleur social qui évalue et celui qui met en oeuvre la mesure n'est pas le même...). Des modalités de mise en oeuvre distinctes selon les territoires.

### OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

- Renforcer la contractualisation des accompagnements à domicile.
- Faire évoluer l'offre de service AEMO (renforcée / hébergement / spécifiques), de façon à compléter l'éventail des solutions d'accompagnement sur le registre de la prévention.

### MODALITÉS OPÉRATIONNELLES

#### 1. Favoriser le recours aux AED et faire évoluer l'offre de service en AEMO, en revisitant les référentiels

- Créer un référentiel « AEMO renforcées » (y compris hébergement, à intervention fréquente...), prévoyant un complément à l'offre de service AEMO tel qu'elle existe actuellement.

#### 2. Envisager de nouvelles modalités d'organisation de la mise en oeuvre et du pilotage des AED : cadre(s) chargé(s) de la décision et du pilotage de l'AED, équipes chargées de la mise en oeuvre de la mesure

#### 3. Favoriser l'échange de pratiques, permettant le partage des outils / procédures entre les professionnels réalisant les AED

### NIVEAU DE PRIORITÉ (1 À 3)

Priorité 2

### ECHÉANCIER

2015

### INDICATEURS D'ÉVALUATION

#### ► Réalisation :

- Existence d'un référentiel « AEMO renforcées ».
- Nombre d'instances d'échange de pratiques entre les professionnels réalisant les AED, fréquence et nombre de participants.

#### ► Impact :

- Evolution du nombre de mesures d'AED en Vaucluse (objectif : hausse).

# FICHE N°2.6

## DÉFINIR LES MODALITÉS DE MISE EN OEUVRE DE LA MESURE D'AESF

### ELÉMENTS DE DIAGNOSTIC

- Peu d'AESF et d'AGBF mises en place en Vaucluse. La pratique de l'accompagnement à la gestion du budget familial se fait néanmoins par les CESF, et de manière contractualisée.

### OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

- Ancrer l'aide à la gestion du budget comme un outil d'accompagnement en protection de l'enfance.

### MODALITÉ OPÉRATIONNELLE

- ▶ **Intégrer une réflexion sur les modalités de mise en oeuvre de l'AESF, dans le travail en cours d'initialisation au niveau du SDAS (visant à la redéfinition du recours aux MASP, et aux AEB)**
- Inscrire l'AESF comme un outil mobilisable sur la dimension d'accompagnement économique des familles.

### NIVEAU DE PRIORITÉ (1 À 3)

Priorité 2

### ECHÉANCIER

2016

### INDICATEURS D'ÉVALUATION

#### ▶ Réalisation :

- Existence d'un cadre formalisé pour l'AESF.

#### ▶ Impact :

- Evolution du nombre d'AESF et d'AGBF en Vaucluse (objectif : hausse).



## ORIENTATION N°3

# Rénover les outils et les pratiques dans la mise en oeuvre des missions d'Aide sociale à l'enfance

“ L'exercice de missions de l'Aide sociale à l'enfance suppose d'adapter continuellement les outils et les pratiques professionnelles aux évolutions réglementaires et aux besoins mouvants des familles.

- Notamment, la mobilisation des ressources familiales autour de la situation de l'enfant, au coeur des principes des lois du 2 janvier 2002 et du 5 mars 2007, suppose d'intégrer pleinement les dimensions :
- de la valorisation des compétences parentales et de la recherche de l'adhésion des familles dans les pratiques d'évaluation et d'accompagnement des professionnels de la protection de l'enfance.

A cet égard, plusieurs leviers pourront être pris en compte dans le cadre du schéma, en particulier la mise en oeuvre progressive du Projet Pour l'Enfant (PPE), articulée avec une réflexion sur la référence, et les pratiques en matière de participation des familles au cours des mesures. Il s'agit là pour le Département de favoriser la participation de l'utilisateur à son propre accompagnement dans une logique d'amélioration de la pertinence et de l'efficacité des accompagnements déployés.

“ En lien avec la mise en place concrète du PPE dans le département, l'amélioration du recueil de l'adhésion des familles et le renforcement de la cohérence des parcours individuels devront passer par une **clarification et une rénovation des modalités**

**d'exercice de la référence ASE**, afin de mieux tenir compte des besoins du jeune et du réseau d'acteurs impliqués dans son accompagnement (service, lieu d'accueil...).

“ Enfin, conformément aux orientations de la loi du 5 mars 2007 qui chargent le Président du Département du recueil, du traitement et de l'évaluation des informations préoccupantes à tout moment et quelle que soit leur origine, le Département de Vaucluse dispose d'une Antenne de Liaison Enfance en Danger (ALED). L'harmonisation des pratiques en matière d'évaluation est identifiée comme un axe d'amélioration important du dispositif, en l'absence de méthode départementale, afin de mieux prendre en compte les ressources familiales et les problématiques connexes aux difficultés éducatives pouvant affecter les relations parents – enfants. Les efforts d'amélioration du traitement et d'évaluation des IP restent donc à poursuivre, en partageant notamment le nouveau référentiel d'évaluation des IP avec les partenaires, et en s'assurant de la participation de l'ensemble des agents du Département qui mettent en oeuvre la mission d'évaluation des IP à la formation prévue en 2015.

## 6 FICHES-ACTIONS :

- Accompagner l'évolution des pratiques en matière de recueil, traitement et évaluation des informations préoccupantes
- Mettre en oeuvre progressivement le PPE dans le département
- Faire évoluer la référence socio-éducative
- Elaborer un protocole départemental relatif au suivi de la santé des enfants confiés à l'ASE
- Améliorer les conditions de recours et les modalités d'accompagnement dans le cadre des adoptions
- Clarifier et fluidifier les modalités de mise en oeuvre de l'accompagnement des enfants victimes

# FICHE N° 3.1

## ACCOMPAGNER L'ÉVOLUTION DES PRATIQUES EN MATIÈRE DE RECUEIL, TRAITEMENT ET ÉVALUATION DES INFORMATIONS PRÉOCCUPANTES

### ÉLÉMENTS DE DIAGNOSTIC

- Un besoin d'accompagnement des pratiques d'évaluation : recherche et évaluation de l'adhésion à la proposition d'accompagnement, prise en compte des ressources du mineur, de ses parents et de son environnement, formation à l'écrit... En réponse, une formation à l'évaluation des IP est prévue en 2015.
- Une complémentarité du regard de chacun des évaluateurs insuffisamment mise en valeur lorsqu'une information préoccupante est évaluée par un binôme assistante sociale / puéricultrice.
- Une connaissance encore insuffisante du cadre juridique du partage d'informations à caractère secret et de ses implications concrètes par les professionnels.

### OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

- Améliorer la qualité des évaluations : mise en valeur de la complémentarité du regard de chacun, recherche de l'adhésion de la famille, préconisations précises et étayées par l'analyse au sein des écrits...
- Clarifier les modalités de partage d'informations à caractère secret.

### MODALITÉS OPÉRATIONNELLES

**1. Partager le nouveau référentiel d'évaluation des IP avec les partenaires participant à l'évaluation des IP et le porter à la connaissance des magistrats**

**2. Mieux valoriser dans le cadre de l'évaluation des informations préoccupantes la complémentarité des regards du SDAS, de la PMI et de l'ASE**

- Définir un processus d'intervention commun dans le traitement des informations préoccupantes mise en oeuvre par le RCMS en lien avec le cadre ASE et le médecin de PMI. La possibilité de solliciter les équipes ASE pour l'évaluation de certaines IP, lorsque cela apparaît pertinent.
- Mettre à disposition des puéricultrices une grille d'observation spécifique, permettant de prendre en compte leur spécificité (ex. développement staturopondéral de l'enfant, sécurité dans son environnement...).
- Repréciser les enjeux liés à une visite à domicile dans le cadre de l'évaluation (défaut de possibilité d'aller au domicile à considérer comme « l'impossibilité d'évaluer »). Autoriser / prévoir les visites et temps de contact différents avec la famille, pour chacun des membres de l'équipe d'évaluation.

# FICHE N°3.1

## ACCOMPAGNER L'ÉVOLUTION DES PRATIQUES EN MATIÈRE DE RECUEIL, TRAITEMENT ET ÉVALUATION DES INFORMATIONS PRÉOCCUPANTES

- Prévoir la rédaction d'un rapport spécifique par les puéricultrices permettant de retranscrire la spécificité de leur approche à partir d'une trame commune.

### **3. Formaliser une instance de partage de l'évaluation, avec la famille**

- Pilotée par le cadre ASE, cette instance lui permettra de mieux incarner le rôle premier de l'autorité administrative.

### **4. Clarifier les modalités de partage d'informations à caractère secret dans le cadre de l'information préoccupante**

- Diffuser la procédure relative aux conditions de partage des informations préoccupantes de nature médicale telle définie dans le règlement de la cellule de recueil des IP voté par l'assemblée départementale le 19 septembre 2014.
- Repréciser l'information sur le circuit des écrits médicaux (certificats et notes) et sur le secret partagé, professionnel et médical (proposer un outil écrit et/ou une formation transversale).

### **5. Clarifier les modalités de traitement et d'évaluation des IP reçues concernant**

- Les femmes enceintes sur la base des travaux menés avec le médecin départemental de PMI.
- Les enfants déjà pris en charge par l'aide sociale à l'enfance et ceux qui bénéficient d'une mesure d'AEMO.
- Mener une réflexion avec le Tribunal pour enfants sur les MJIE faisant suite à une IP.

## NIVEAU DE PRIORITÉ (1 À 3)

► **Modalité 1** : priorité 1

► **Modalités 2 et 3** : priorité 2

► **Modalités 5 et 6** : priorité 3

## ECHÉANCIER

2015 / 2016 / 2017

# FICHE N°3.1

ACCOMPAGNER L'ÉVOLUTION DES PRATIQUES EN MATIÈRE  
DE RECUEIL, TRAITEMENT ET ÉVALUATION DES INFORMATIONS PRÉOCCUPANTES

## INDICATEURS D'ÉVALUATION

### ► Réalisation :

- Diffusion du nouveau référentiel d'évaluation des IP aux partenaires y participant ainsi qu'aux magistrats.
- Existence d'une grille d'évaluation spécifique à disposition des puéricultrices.
- Nombre de rapports spécifiques rédigés par les puéricultrices transmis.
- Intégration dans le nouveau référentiel d'évaluation des IP du processus d'intervention commun dans SDAS PMI et ASE dans le traitement des IP, et des enjeux liés à une visite à domicile dans le cadre de l'évaluation.
- Compléter le référentiel d'évaluation des IP par la présentation des modalités de traitement et d'évaluation des IP relatives aux femmes enceintes et aux enfants déjà pris en charge par l'ASE.

- Existence d'une instance de partage de l'évaluation de l'IP avec la famille.
- Diffusion de la procédure relative aux conditions de partage des IP de nature médicale.

### ► Impact :

- Degré de connaissance et d'appropriation du cadre juridique du partage d'informations à caractère secret par les professionnels (enquête de satisfaction).
- Perception de l'évolution de la qualité des évaluations par les magistrats, le Parquet.
- Respect du référentiel élaboré dans le cadre des évaluations.
- Perception par les professionnels de l'évolution des modalités de coordination entre les intervenants dans le cadre des évaluations (objectif : meilleure complémentarité).

# FICHE N° 3.2

## METTRE EN OEUVRE PROGRESSIVEMENT LE PPE DANS LE DÉPARTEMENT

### ELÉMENTS DE DIAGNOSTIC

- L'élaboration d'une trame de projet pour l'enfant ainsi qu'un guide d'utilisation du document : une mise en oeuvre prévue prochainement, d'abord à titre expérimental pour l'ensemble des mesures de placement et de SAPSAD administratives.

### OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

Permettre à travers la mobilisation du PPE :

- La formulation d'objectifs opérationnels, assortis d'une échéance et d'un responsable qui peut être un professionnel mais également les parents ou un membre de l'entourage élargi du mineur.
- L'association des parents, du mineurs, du référent ASE et du lieu d'accueil dans la formulation de ces objectifs, qui s'appuient sur les observations de chacun des acteurs centralisées par le référent ASE.
- La réalisation d'un bilan des objectifs contenus dans le projet, permettant d'interroger la suite de l'accompagnement et la pertinence du maintien de la mesure.

### MODALITÉS OPÉRATIONNELLES

- 1. Mettre en oeuvre le Projet Pour l'Enfant pour les mesures administratives dans un premier temps, à l'aide des outils construits par le Département (trame de PPE et guide d'utilisation du document)**

- Veiller à prendre en compte le volet santé au sein du projet pour l'enfant (cf. fiche action 3-4).

- 2. Etendre dans un second temps le PPE aux mesures judiciaires puis envisager sa généralisation à l'ensemble des mesures d'aide sociale à l'enfance, en lien avec la mise en oeuvre du référentiel d'évaluation (objectif : hausse)**

### NIVEAU DE PRIORITÉ (1 À 3)

Priorité 1

### ECHÉANCIER

Mise en oeuvre progressive à prévoir : 2015-2017

### INDICATEURS D'ÉVALUATION

#### ► Réalisation :

- Nombre de PPE signés et son évolution (objectif : hausse).
- Définition de l'articulation du PPE avec les documents internes aux établissements et services habilités.

#### ► Impact :

- Perception du degré d'association des bénéficiaires (objectif : hausse).

# FICHE N° 3.3

## FAIRE ÉVOLUER LA RÉFÉRENCE SOCIO-ÉDUCATIVE

### ÉLÉMENTS DE DIAGNOSTIC

- Un manque de lisibilité des actions menées en faveur d'une même situation du fait du morcellement des interventions et de la référence.
- Un enjeu de hiérarchisation des tâches des référents socio-éducatifs de l'ASE.

### OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

- Limiter le morcellement des interventions.
- Assurer une plus grande disponibilité du référent pour chaque situation suivie.
- Recentrer l'intervention du référent ASE là où sa plus-value est la plus grande.

### MODALITÉS OPÉRATIONNELLES

*Se référer aux documents élaborés dans le cadre de la fiche « élaborer les outils d'exécution de la mission de prévention de protection enfance-famille protection des mineurs » du précédent schéma 2008/2013.*

#### **1. Retravailler le référentiel de la référence socio-éducative, par rapport à la référence administrative et la référence judiciaire**

- Se réserver la possibilité de ne pas systématiser la référence ASE : interroger la plus-value de l'intervention d'un référent socio-éducatif de l'ASE pour chaque situation et celle l'intervention d'un autre service/établissement pour exercer la référence.
- Identifier le cadre ASE comme fil rouge des situations. Il assure la continuité et la cohérence des projets. Point de vigilance : nécessité d'une personne en capacité d'incarner la protection de l'enfance (symbolique fondamentale).
- Articuler cette nouvelle organisation de la référence socio-éducative avec le PPE.

#### **2. Préciser les modalités d'exercice de la référence dans le cadre des différentes mesures :**

- Mesures d'AED cf. fiche 2.2d.
- Aller plus loin dans la définition du cadre théorique de la fonction de référence dans le cadre de l'accueil familial.

# FICHE N°3.3

## FAIRE ÉVOLUER LA RÉFÉRENCE SOCIO-ÉDUCATIVE

- Redéfinir les modalités d'exercice de la référence des jeunes majeurs dans le cadre des Contrats jeunes majeurs.

### **3. Inclure, dans la réflexion, la possibilité d'établir une « norme qualité », correspondant à une offre de service à proposer, pour un nombre de situations**

- Y compris : donner la possibilité aux travailleurs sociaux du SDAS de réinvestir le travail de l'ASE avec la famille.

### **4. Anticiper les répercussions d'une évolution de la fonction de référence sur les autres fonctions :**

- Fonction d'assistant familial.
- Place des psychologues dans les équipes du Département.
- Agents administratifs (ASE, mais également des autres services).
- Cadre ASE.

## NIVEAU DE PRIORITÉ (1 À 3)

Priorité 1

## ECHÉANCIER

2015-2016

## INDICATEURS D'ÉVALUATION

### ► Réalisation :

- Existence d'un cadre formalisé pour la référence éducative.
- Diffusion du cadre formalisé de la référence éducative.

### ► Impact :

- Harmonisation des modalités d'intervention des référents socio-éducatifs de l'ASE, dans la priorisation de leurs tâches.



# FICHE N° 3.4

## ELABORER UN PROTOCOLE DÉPARTEMENTAL RELATIF AU SUIVI DE LA SANTÉ DES ENFANTS CONFIÉS À L'ASE

### ELÉMENTS DE DIAGNOSTIC

- Un rôle primordial des médecins de PMI dans le suivi dans la santé des enfants confiés à l'ASE, au regard du caractère clinique que présente cette mission.
- Mais une réelle difficulté à remplir cette mission au regard des ressources disponibles et de la priorité données à d'autres missions sur certains territoires. Par conséquent, des pratiques très inégales d'une UT et d'un CMS à un autre. Objectifs opérationnels.
- Assurer la mise en oeuvre effective du bilan médical d'admission et du bilan médical annuel pour les enfants confiés à l'ASE.
- Utiliser les problématiques de santé comme un levier de mobilisation des familles et garantir le respect des droits des détenteurs de l'autorité parentale dans ce domaine.
- Garantir le respect du cadre réglementaire en matière de conservation des données à caractère médical.

### MODALITÉS OPÉRATIONNELLES

#### **1. Etablir un protocole départemental relatif aux modalités de réalisation des examens de santé des enfants confiés à l'ASE et du bilan de santé d'entrée dans la mesure de placement**

Pour les enfants accueillis chez les assistants familiaux :

- Une réelle plus-value de la réalisation de ce bilan d'entrée par le médecin de PMI, mais la systématisation de la mobilisation du médecin de PMI suppose de redéfinir les missions prioritaires de ces professionnels.
- S'appuyer sur les médecins traitants des assistants familiaux.
- Intégrer la procédure de versement de la majoration de salaire handicap.

Pour les enfants accueillis en établissements :

- Engager un travail avec les MECS de manière à réaffirmer la nécessité d'identifier un médecin référent chargé de réaliser ce bilan de santé et de le transmettre au médecin de PMI.
- Prévoir : la mobilisation des médecins référents des MECS et des médecins traitants des assistants familiaux pour la réalisation de l'examen de santé annuel, la réception du bilan par le médecin de

# FICHE N°3.4

## ÉLABORER UN PROTOCOLE DÉPARTEMENTAL RELATIF AU SUIVI DE LA SANTÉ DES ENFANTS CONFIÉS À L'ASE

PMI qui pourra se mettre en lien avec le médecin référent s'il le juge nécessaire.

### 2. Préciser au sein de ce protocole les modalités d'association des parents au suivi de la santé des enfants confiés :

- Rappeler le cadre juridique en matière de respect des droits des détenteurs de l'autorité parentale : information, demande d'autorisation aux détenteurs de l'autorité parentale pour la réalisation du bilan de santé.
- Evaluer systématiquement la pertinence de la présence des parents au bilan de santé, dans une logique de travail sur la parentalité.

### 3. Clarifier les modalités de tenue du dossier médical des enfants confiés à l'ASE

- Construire un guide de bonnes pratiques s'appuyant sur le cadre juridique : contenu du dossier médical (par rapport au dossier ASE), modalités d'accès et de conservation du dossier, modalités d'archivage (provisoire et définitif).

## NIVEAU DE PRIORITÉ (1 À 3)

Priorité 2

## ECHÉANCIER

2016

## INDICATEURS D'ÉVALUATION

### ► Réalisation :

- Existence d'un protocole départemental relatif aux modalités de réalisation des examens de santé des enfants confiés à l'ASE et du bilan de santé d'entrée dans la mesure de placement.
- Existence d'un guide de bonnes pratiques relatif à la tenue du dossier médical des enfants confiés à l'ASE.
- Nombre de bilans médicaux d'admission et de bilans médicaux annuels réalisés pour les enfants confiés à l'ASE.

### ► Impact :

- Respect du protocole départemental relatif aux modalités de réalisation des examens de santé des enfants confiés à l'ASE et du bilan de santé d'entrée dans la mesure de placement.
- Respect du guide de bonnes pratiques relatif à la tenue du dossier médical des enfants confiés à l'ASE.
- Association pertinente des représentants légaux au bilan de santé.

# FICHE N° 3.5

## AMÉLIORER LES CONDITIONS DE RECOURS ET LES MODALITÉS D'ACCOMPAGNEMENT DANS LE CADRE DES ADOPTIONS

### ELÉMENTS DE DIAGNOSTIC

- Un faible usage de l'adoption simple dans le département et de l'article 350 du Code civil.
- Une nécessaire adaptation des modalités d'évaluation et d'accompagnement des candidats et des futurs adoptants au regard de l'évolution des profils des enfants adoptables (enfants plus âgées, enfants dits « à particularités », fratries ) et de l'allongement des durées d'attente avant la concrétisation des projets d'adoption.

### OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

- Mieux accompagner les futurs adoptants aux réalités de l'adoption.
- Permettre aux adoptants de bénéficier du soutien du service adoption.
- Proposer l'adoption simple comme réponse possible aux besoins d'un enfant.

### MODALITÉS OPÉRATIONNELLES

#### 1. Améliorer l'échange entre les professionnels afin de clarifier les conditions de recours à l'adoption simple, au parrainage et à l'article 350 du code civil

- Créer les échanges utiles entre le territoire et le

service adoption et parentalités, quand un enfant pris en charge par l'ASE est susceptible de changer de statut par :

- » mise en place d'une réflexion partagée (service adoption / territoire) qui pourrait prendre la forme d'une commission départementale des enfants concernés par le changement de statut juridique
- » élaboration d'une présentation juridique de l'adoption simple aux candidats à l'adoption
- » ouverture d'une réflexion autour du parrainage

#### 2. Optimiser les conditions d'apparement

- Partager les concepts avec le Conseil de Famille et la Commission d'Agrément Adoption : les critères d'évaluation de l'agrément, le référentiel de l'apparement. (exemple : concept de la normalité adoptive, Québec Johan LEMIEUX).
- Travailler sur l'adéquation des profils psychologiques enfants et candidats.

#### 3. Améliorer l'accompagnement des candidats à l'adoption au regard des réalités nouvelles de l'adoption

- Actualiser les dossiers de demandes d'adoption avant la fin de la 2<sup>e</sup> année qui suit l'agrément.
- Mettre en place une réunion annuelle de la commission d'agrément adoption dédiée au bilan d'activité du service adoption et aux échanges sur pistes de travail.

# FICHE N°3.5

AMÉLIORER LES CONDITIONS DE RECOURS ET LES MODALITÉS D'ACCOMPAGNEMENT DANS LE CADRE DES ADOPTIONS

## 4. Elargir l'accompagnement à l'arrivée de l'enfant dans sa famille adoptive pour les pupilles, l'adoption internationale par l'AFA, par un OAA ou par une démarche individuelle

- Faire une mise à disposition du service adoption, pour les adoptions par OAA.

## NIVEAU DE PRIORITÉ (1 À 3)

Priorité 2

## ECHÉANCIER

2015-2017

## INDICATEURS D'ÉVALUATION

### ► Réalisation :

- Existence d'instances d'échange entre le Département et le service adoption et parentalités autour de l'évolution des profils des enfants adoptables.
- Existence d'une présentation juridique simple de l'adoption destinée aux candidats à l'adoption.
- Existence d'une réunion annuelle de la commission d'agrément adoption dédiée au bilan d'activité.
- Existence d'un référentiel théorique de l'adoption, partagé entre le Conseil de Famille et la Commission d'Agrément Adoption.

### ► Impact :

- Harmonisation des critères d'adoption.
- Clarification des conditions de recours à l'adoption simple.
- Adaptation des modalités d'évaluation et d'accompagnement des candidats à l'adoption.

# FICHE N° 3.6

## CLARIFIER ET FLUIDIFIER LES MODALITÉS DE MISE EN OEUVRE DE L'ACCOMPAGNEMENT DES ENFANTS VICTIMES

### ELÉMENTS DE DIAGNOSTIC

- Un manque de fluidité de la communication entre les services ASE les mandataires de l'administration ad hoc (circuit de transmission des documents).
- Un questionnement sur l'exercice par le Département de mandats au civil (successions, gestion de biens) pour lesquels ces professionnels ne sont pas compétents.

### OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

- Permettre au référent ad hoc de disposer de tous les éléments utiles sur la situation de l'enfant : jugements d'assistance éducative, statut juridique, lieu de placement, organisation des visites des parents, situation de la famille de l'enfant, évolution et suivi médico-social de l'enfant.
- Travailler avec les magistrats pour permettre au Département de limiter son intervention aux procédures pénales.

### MODALITÉS OPÉRATIONNELLES

#### 1. Préciser l'articulation entre les services ASE et les mandataires de l'administration ad hoc

- Organiser, à l'initiative de la Direction des Territoires et de la Direction enfance famille, des

rencontres Chefs de service ASE, responsables ASE et administrateurs ad hoc, pour définir les modalités de transmission d'informations et documents entre référents ASE et référents ad hoc et écrire la procédure de transmission de toute décision concernant l'enfant.

- » Avoir une procédure unique de demande de document à l'ASE (ex : procédure ALED)
- » Faire du référent ad hoc le seul interlocuteur de l'enfant pour les éléments autour de la procédure pénale ou civile
- » Permettre à l'avocat de n'avoir que l'administration ad hoc en interlocuteur

- Assurer la communication sur la mission et les attentes des référents ad hoc auprès de chaque service territorial ASE.
- Définir le rôle de chacun (ad hoc et ASE) pour les informations à donner à l'enfant liées à la procédure le concernant et à son accompagnement.
- Systématiser les invitations des référents ad hoc aux bilans ASE.

#### 2. Mieux définir la délégation de mission donnée par le Président du Département aux référents ad hoc

- Définir le cadre et le contenu de la délégation donnée par le PCG aux référents ad hoc au regard des exigences définies par les articles R 53 à R

# FICHE N°3.6

## CLARIFIER ET FLUIDIFIER LES MODALITÉS DE MISE EN OEUVRE DE L'ACCOMPAGNEMENT DES ENFANTS VICTIMES

53.5 du code de procédure pénale et élaborer les décisions départementales nécessaires. (Arrêté de délégation...).

- Travailler avec les magistrats au repérage d'administrateurs Ad Hoc potentiels pour leur permettre des orientations autres que vers le Département.

### NIVEAU DE PRIORITÉ (1 À 3)

Priorité 2

### ECHÉANCIER

2015-2017

### INDICATEURS D'ÉVALUATION

#### ► Réalisation :

- Existence et nombre de rencontres Chefs de service ASE, responsables ASE et administrateurs ad hoc.
- Existence d'une procédure de transmission de toute décision concernant l'enfant.

#### ► Impact :

- Clarification des missions de l'administrateur ad hoc.
- Amélioration des modalités de communication entre les services ASE et les mandataires de l'administration ad hoc.



## ORIENTATION N°4 :

# Poursuivre l'adaptation de l'offre de protection de l'enfance aux besoins des publics

“ La diversification des réponses constitue l'une des conditions permettant une plus grande individualisation des accompagnements proposés et l'impulsion d'une véritable logique de parcours. Il s'agit, par la constitution d'un panel de réponses complémentaires, de proposer des modalités d'intervention adaptées à la diversité des situations et des niveaux de besoin des jeunes et des familles, et de prévenir les ruptures liées à l'inadéquation de la réponse proposée aux besoins des publics (soit que la réponse adaptée n'est pas mobilisable, soit que la réponse mobilisée n'est pas adaptée et conduit à un échec de la prise en charge).

“ Si le Département de Vaucluse présente une offre d'accueil diversifiée en lien avec les travaux engagés depuis 2004 et dans le cadre du précédent schéma, les actions issues de la présente orientation devront permettre de répondre à plusieurs enjeux. D'abord, il conviendra d'équilibrer la répartition des réponses sur le territoire, afin de proposer aux familles des réponses égales en tout point du territoire, et de développer une offre d'accueil modulable fondée sur la proximité.

Ensuite, il convient désormais de clarifier la place de chaque type de réponse au sein de l'offre d'accompagnement mobilisable, afin de garantir une mise en oeuvre reposant sur des principes harmonisés à l'échelle du département, et de favoriser la lisibilité

par les professionnels et les familles du contenu et des modalités d'exercice de ces mesures.

Pour finir, la diversification des mesures reste à poursuivre, en complétant le panel des modalités d'accompagnement dans une double logique d'efficacité et d'amélioration de la qualité, et de modernisation du dispositif d'accueil.

“ Au-delà de cette approche globale, le développement d'une offre d'accueil adaptée au sein du département de Vaucluse repose sur sa capacité à prendre en compte les besoins particuliers de certains publics spécifiques tels que les mineurs étrangers isolés. Le présent schéma devra ainsi permettre de mieux articuler dispositifs d'accueil adaptés et mobilisation des ressources connexes à la protection de l'enfance. Cela passera en premier lieu par une amélioration des modalités d'évaluation de la minorité et de l'isolement, puis par le développement de l'adaptation des modalités d'accompagnement des usagers.

## ORIENTATION N°4

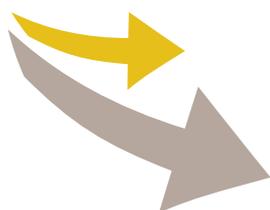
# Poursuivre l'adaptation de l'offre de protection de l'enfance aux besoins des publics

Par ailleurs il s'agira aussi pour le Département de mieux prendre en charge les jeunes présentant des problématiques au croisement des champs d'intervention de différentes institutions, dans une logique d'articulation et de complémentarité des interventions de chacun. Une fiche action est également consacrée à l'amélioration des réponses apportées aux familles en errance.

“ Enfin, le Département réaffirme à travers le schéma son attention pour les jeunes majeurs, et sa volonté d'améliorer les modalités d'accompagnement vers l'autonomie des jeunes dans une double logique de pérennisation des effets de l'action publique et de prévention de difficultés à venir et des reproductions intergénérationnelles des difficultés éducatives trop souvent constatées.

### 6 FICHES-ACTIONS :

- Poursuivre la diversification des réponses en protection de l'enfance et moderniser le dispositif d'accueil
- Renouveler l'offre d'accueil familial et renforcer l'accompagnement professionnel des assistants familiaux
- Poursuivre les efforts d'adaptation du dispositif d'accueil et d'accompagnement en faveur des MIE
- Renforcer les articulations autour des enfants porteurs de handicap et des enfants présentant des troubles du comportement
- Améliorer l'accompagnement des familles en errance avec enfants
- Inscrire l'accompagnement vers l'autonomie des jeunes majeurs dans une politique départementale en faveur de la jeunesse



# FICHE N° 4.1

## POURSUIVRE LA DIVERSIFICATION DES RÉPONSES EN PROTECTION DE L'ENFANCE ET MODERNISER LE DISPOSITIF D'ACCUEIL

### ELÉMENTS DE DIAGNOSTIC

- Une modernisation du dispositif d'accueil nécessaire au regard notamment du caractère obsolète de certaines structures de prise en charge (patrimoine bâti, capacités d'accueil...).
- Dans un contexte de saturation des places d'accueil, l'organisation actuelle en matière de recherche de place en structure nécessitant la mobilisation d'un temps conséquent par les équipes éducatives, pour un résultat qui n'est pas toujours jugé satisfaisant (délai entre la décision et le placement effectif, accueil par défaut...).
- Un dispositif départemental d'accueil d'urgence à questionner dans son fonctionnement, dans la répartition territoriale des places dédiées, et ce dans la continuité du travail de réflexion réalisé durant la mise en oeuvre du précédent schéma départemental, et de l'audit des établissements publics.
- Une diversification des réponses à poursuivre dans la continuité de l'effort réalisé durant le précédent schéma, afin de compléter le nuancier de dispositifs mobilisables tout au long de l'accompagnement des mineurs et des familles.

### OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

- Fluidifier le dispositif d'accueil d'urgence : renforcement de la disponibilité des places d'accueil en urgence, réduction des durées de séjour.
- Réduire le temps consacré à la recherche de places d'accueil en établissement et assurer l'orientation des enfants et des jeunes des structures adaptées à leurs besoins.
- Prendre en compte les constats de l'audit qui s'est déroulé auprès des trois établissements publics.

### MODALITÉS OPÉRATIONNELLES

Les différentes actions ci-dessous font système :

- 1. Finaliser le travail réalisé autour du dispositif d'accueil d'urgence dans le cadre du précédent schéma**
- 2. Mettre en oeuvre les préconisations issues de l'audit des établissements publics de protection de l'enfance**
- 3. Organiser une gestion centralisée des places d'accueil en établissements, tout en conservant l'équilibre entre rôle du central et responsabilité des cadres ASE en territoire**

# FICHE N°4.1

## POURSUIVRE LA DIVERSIFICATION DES RÉPONSES EN PROTECTION DE L'ENFANCE ET MODERNISER LE DISPOSITIF D'ACCUEIL

### 4. Poursuivre la diversification des réponses

- Assouplir les modes de prises en charge au sein des établissements pour faciliter les passages de l'un à l'autre.
- Créer des réponses d'accueil de jour (guidance parentale, évaluation fine des capacités des familles).
- Développer une capacité d'intervention en AEMO renforcées ou avec hébergement.
- Définir les modalités d'un accueil séquentiel chez des assistants familiaux et dans d'autres MECS.
- Réfléchir aux modalités de spécialisation d'accueil du PFS (service de Placement Familial Spécialisé).
- Développer le recours au parrainage.

### 5. Elaborer un référentiel « Sens et Méthode » de la prévention et protection de l'enfance en Vaucluse, incluant un référentiel des modes d'accompagnement et d'accueil :

- Contenu : public cible, objectifs visés, modalités d'intervention, articulations avec les autres modalités d'intervention, identification des critères de sortie...
- Formaliser la communication auprès des magistrats sur ce panel de réponses.

### NIVEAU DE PRIORITÉ (1 À 3)

- Modalité 1 : priorité 1
- Modalités 2 à 4 : priorité 2
- Modalité 5 : priorité 1

### ECHÉANCIER

- Déclinaison 1 : 2015
- Déclinaison 2 : 2015-2018
- Déclinaison 3 : 2016
- Déclinaison 4 : 2015-2018
- Déclinaison 5 : 2015

### INDICATEURS D'ÉVALUATION

#### ► Réalisation :

- Existence d'un référentiel « Sens et Méthode » de la prévention et protection de l'enfance.
- Existence d'une procédure de gestion centralisée des places d'accueil en établissements.

#### ► Impact :

- Evolution du nombre de places d'accueil de jour (objectif : hausse).
- Evolution du nombre de mesures d'AEMO renforcées (objectif : hausse).
- Evolution du nombre d'accueil séquentiel (objectif : hausse).
- Fluidité de l'offre d'accueil d'urgence (réduction des durées de séjour, réduction des délais d'entrée dans le dispositif).

# FICHE N° 4.2

## RENOUVELER L'OFFRE D'ACCUEIL FAMILIAL ET RENFORCER L'ACCOMPAGNEMENT PROFESSIONNEL DES ASSISTANTS FAMILIAUX

### ELÉMENTS DE DIAGNOSTIC

- Une pyramide des âges vieillissant des assistants familiaux salariés du Département.
- L'accompagnement des assistants familiaux comme condition du maintien de la qualité des accueils réalisés chez ces professionnels.

### OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

- Maintenir la capacité d'accueil chez les assistants familiaux dans le département.
- Proposer un accompagnement plus soutenu sur le plan professionnel aux assistants familiaux.

### MODALITÉS OPÉRATIONNELLES

#### 1. Assurer le renouvellement de l'offre d'accueil familial

- Optimiser le temps passé par les agents du Département à l'instruction des demandes d'agrément (éviter un appel d'air et l'afflux de candidatures peu adaptées aux besoins).
- Prévoir une campagne d'information autour du métier d'assistant familial. Envisager une communication sur les modes diversifiés d'accueil possible (en lien avec une relative spécialisation des assistants familiaux).

#### 2. Examiner la faisabilité de la territorialisation de l'accompagnement professionnel des assistants familiaux à moyens constants

### NIVEAU DE PRIORITÉ (1 À 3)

Priorité 2

### ECHÉANCIER

2016-2019

### INDICATEURS D'ÉVALUATION

#### ► Réalisation :

- Mise en place d'une campagne d'information autour du métier d'assistant familial.

#### ► Impact :

- Optimisation du temps d'instruction des demandes d'agrément par les agents du Département.

# FICHE N° 4.3

## ELÉMENTS DE DIAGNOSTIC

- Un enjeu de renforcement de la qualité de l'évaluation de la minorité et de l'isolement des jeunes.
- Des MIE devant en principe être pris en charge à l'ADEF. Toutefois un état de saturation du dispositif d'accueil, ayant pour conséquence des accueils réalisés en MECS, en familles d'accueil, en hôtels, en FJT.
- Les spécificités des besoins des MIE aujourd'hui insuffisamment intégrées à leur projet d'accompagnement. Un besoin d'accompagnement des équipes du Département (travailleurs sociaux, assistants familiaux) sur la spécificité du public des MIE.

## OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

- Améliorer la qualité des évaluations de la minorité et de l'isolement et la pertinence des projets d'accompagnement.
- Apporter une réponse à la saturation du dispositif d'accueil .

## MODALITÉS OPÉRATIONNELLES

### 1. Améliorer les modalités d'évaluation de la minorité et de l'isolement

- Envisager l'identification d'un autre service que l'ADEF pour réaliser l'évaluation de la minorité.
- Identifier les conditions d'amélioration de l'évaluation (double entretien, clarification du guide d'entretien, pluridisciplinarité...), ajuster le référentiel d'évaluation et former des professionnels.

### 2. Poursuivre l'adaptation des modalités d'accompagnement des MIE

- Développer le modèle des appartements en semi-autonome pour adapter l'accueil des MIE. Conventionner par ex. avec API/Logis des jeunes (prévoir les conditions de suivi et d'accompagnement).
- Tirer le bilan de l'accompagnement expérimental des MIE réalisé en partenariat avec l'ADVSEA sur l'UTGA. Identifier les bonnes pratiques à partager avec les autres UT du Département.
- Proposer aux MIE un accompagnement à multiples dimensions (dont la dimension socio-culturelle).
- Prévoir l'étayage des équipes du Département pour l'accompagnement des jeunes :
  - » sur le plan technique (procédure, accès aux droits

# FICHE N° 4.3

## POURSUIVRE LES EFFORTS D'ADAPTATION DU DISPOSITIF D'ACCUEIL ET D'ACCOMPAGNEMENT EN FAVEUR DES MIE

- » sur le plan culturel (langue, codes)
- » sur le plan psychologique (éthique, déontologie)
- Plusieurs leviers à envisager : la spécialisation d'une équipe, la formation, la spécialisation d'un référent MIE pour chaque équipe ASE. Identifier les acteurs engagés sur le travail auprès des MIE dans la région et envisager un conventionnement, notamment avec les associations de parrainage.

### 3. Poursuivre les rencontres régulières sur la question des MIE avec la Préfecture et les autres acteurs concernés (notamment les magistrats)

## NIVEAU DE PRIORITÉ (1 À 3)

- Modalités 1 et 2 : priorité 1
- Modalités 3 et 4 : priorité 2

## ECHÉANCIER

2015

## INDICATEURS D'ÉVALUATION

### ► Réalisation :

- Existence d'un autre service que l'ADEF pour réaliser l'évaluation de la minorité.
- Mise en place d'une formation à destination des professionnels sur l'évaluation de la minorité et de l'isolement.
- Nombre de places en appartements semi-autonomes pour accueillir des MIE.
- Existences de rencontres régulières sur la question des MIE (nombre, fréquence, intervenants).

### ► Impact :

- Evolution de l'offre d'accueil et d'accompagnement des MIE (objectif : hausse).

# FICHE N° 4.4

## RENFORCER LES ARTICULATIONS AUTOUR DES ENFANTS PORTEURS DE HANDICAP ET DES ENFANTS PRÉSENTANT DES TROUBLES DU COMPORTEMENT

### ELÉMENTS DE DIAGNOSTIC

- La mise en place d'une commission des cas critiques pilotée par la MDPH à laquelle participe l'ASE.
- Des ruptures de scolarités qui ne permettent pas l'accompagnement des jeunes en ITEP.
- La création récente dans le département du dispositif Alizée sur la base d'un protocole partenarial.

### OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

- Renforcer la continuité du parcours des jeunes présentant des situations complexes en limitant les ruptures d'accueil.
- Proposer des modes d'accompagnement combinant différentes compétences (social, soin, scolarité).

### MODALITÉS OPÉRATIONNELLES

#### **1. Pour répondre aux situations complexes, envisager un dispositif croisant les financements Département /ARS, permettant des prises en charge reposant à la fois sur un pilier hébergement et soin**

- S'assurer de la stabilisation du service Alizée, par la mise en place effective des dispositions prévues dans le projet initial en matière notamment de santé des jeunes.

- Préciser les modalités d'intégration d'Alizée dans le fonctionnement du dispositif d'accueil : possibilités de relais (après accueil et pendant accueil), notamment en direction des familles d'accueil spécialisées ; engager un travail sur la stigmatisation des jeunes passés par le dispositif (intégration du passage du jeune dans le parcours individuel de l'enfant).

#### **2. Retravailler, en lien avec la MDPH, les caractéristiques du public concerné par la commission « cas critiques », et le cas échéant les modalités d'articulation pour les enfants bénéficiant d'un accompagnement ASE.**

#### **3. Engager une réflexion avec l'ARS et la PJJ sur les modalités d'accompagnement des enfants / jeunes pendant le temps de la journée.**

Explorer les pistes suivantes :

- Mise en réseau des ITEP.
- Développement d'un accueil de jour administratif ou judiciaire.

# FICHE N°4.4

RENFORCER LES ARTICULATIONS AUTOUR DES ENFANTS PORTEURS  
DE HANDICAP ET DES ENFANTS PRÉSENTANT  
DES TROUBLES DU COMPORTEMENT

## 4. Développer le recours aux dispositifs de l'éducation nationale pour prendre en charge les enfants / jeunes en situation de décrochage et ceux qui font l'objet du dispositif d'intégration scolaire

- Améliorer la connaissance des dispositifs de l'éducation nationale de la part des professionnels du Département.
- Resserrer le partenariat avec des conseillers techniques de l'éducation nationale.

## NIVEAU DE PRIORITÉ (1 À 3)

- Modalités 1 et 2 : priorité 1
- Modalités 3 et 4 : priorité 2

## ECHÉANCIER

2015-2018

## INDICATEURS D'ÉVALUATION

### ► Réalisation :

- Existences de rencontres régulières entre les conseillers techniques de l'éducation nationale et le Département.
- Evolution du nombre de places d'accueil de jour administratif ou judiciaire.
- Existence de réseaux ITEP.

### ► Impact :

- Degré de connaissance des dispositifs de l'éducation nationale de la part des professionnels du Département.
- Pluridisciplinarité des modes d'accompagnement.

# FICHE N° 4.5

## AMÉLIORER L'ACCOMPAGNEMENT DES FAMILLES EN ERRANCE AVEC ENFANTS

### ELÉMENTS DE DIAGNOSTIC

- Des acteurs relevant un phénomène croissant de familles en errance, de nationalité française ou étrangère, avec enfants.
- La désignation d'un travailleur social du Département « ressource » sur la question des familles en errance, pouvant accompagner les personnes en provenance d'autres Départements, inconnues du SDAS ou d'autres services sociaux, et ayant des difficultés pour subvenir à leurs besoins immédiats (notamment en termes de logement).
- Un certain nombre de publics à la frontière des compétences de l'Etat en matière d'hébergement d'urgence, et du Département au titre de l'article L.222-5 du CASF.

### OBJECTIF OPÉRATIONNEL

- Elargir les possibilités d'accueil des familles en errance avec enfants en clarifiant les rôles respectifs du Département et de ses partenaires, en particulier les services de l'Etat.

### MODALITÉS OPÉRATIONNELLES

#### **1. Engager un dialogue avec les services de l'Etat et les autres partenaires sur l'accompagnement des familles en errance avec enfants :**

- Clarifier les compétences de chacune des institutions en matière d'accueil des familles en errance avec enfants.
- Associer dans un second temps les Communes à cette réflexion.

#### **2. Travailler avec les magistrats du Parquet et les services ASE des Départements de provenance de ces publics les conditions de continuité du suivi des dossiers entre Départements**

- Engager ce travail avec les Départements des Bouches-du-Rhône et du Gard.

#### **3. Améliorer l'accompagnement du public des femmes victimes de violence :**

- Se rapprocher du Parquet, des magistrats, de la police/gendarmerie et du référent départemental femmes victimes de violence (Préfecture).
- S'inspirer des Départements où les dispositifs ont été perfectionnés : Hauts-de-Seine, Seine-Saint-Denis, Nord, Somme, Aisne.

# FICHE N° 4.5

AMÉLIORER L'ACCOMPAGNEMENT DES FAMILLES EN ERRANCE  
AVEC ENFANTS

## NIVEAU DE PRIORITÉ (1 À 3)

Priorité 2

## ECHÉANCIER

2016

## INDICATEURS D'ÉVALUATION

### ► Réalisation :

- Existences de groupes de travail avec les magistrats du Parquet et les services ASE autour des conditions de continuité du suivi des dossiers entre Départements.
- Existence d'instances d'échanges entre le Département et le Parquet, les magistrats, la PN/GN et le référent départemental femmes victimes de violence (Préfecture) autour de l'accompagnement des femmes victimes de violence.

### ► Impact :

- Clarification des compétences des institutions en matière d'accueil des familles en errance avec enfants.
- Evolution des possibilités d'accueil des familles en errance avec enfants (objectif : hausse).

# FICHE N° 4.6

## INSCRIRE L'ACCOMPAGNEMENT VERS L'AUTONOMIE DES JEUNES MAJEURS DANS UNE POLITIQUE DÉPARTEMENTALE EN FAVEUR DE LA JEUNESSE

### ELÉMENTS DE DIAGNOSTIC

- Le développement de modes d'accompagnement spécifiques aux jeunes majeurs : services d'accompagnement extérieurs, partenariats MECS / acteurs de l'insertion et du logement (FJT, missions locales, centres de formation...)
- Un accompagnement à l'autonomie qui reste cependant initié de façon trop tardive et nécessite l'approfondissement du partenariat avec les acteurs du champ de l'insertion.

### OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

- Mieux connaître le profil et la trajectoire des jeunes majeurs en Vaucluse afin d'améliorer leurs modalités d'accompagnement.
- Renforcer l'activation des ressources existantes en matière d'insertion des jeunes.

### MODALITÉS OPÉRATIONNELLES

#### 1. Réaliser, dans le cadre des travaux de l'observatoire, un diagnostic des profils des jeunes majeurs en Vaucluse pour appuyer la réflexion stratégique autour des modalités de leur accompagnement

- Développer une meilleure connaissance du public des bénéficiaires de Contrats Jeunes Majeurs (CJM) :
  - » Mineurs suivis par l'ASE arrivant à la majorité, et leur orientation (retour en famille sans CJM, CJM, autre...)

- » Grands mineurs et jeunes majeurs ayant adressé une demande de CJM au Département
- » Grands mineurs et jeunes majeurs sortis du dispositif (identifiables par croisement des données dont dispose chaque acteur, comme cela est réalisé dans le cadre de la plateforme de lutte contre le décrochage scolaire)
- Réaliser une étude sur les effets produits par les accompagnements vers l'autonomie et l'insertion socio-professionnelle des jeunes majeurs dans le cadre des Contrats jeunes majeurs.

#### 2. Identifier les axes d'amélioration de la politique en direction des jeunes majeurs en s'appuyant notamment sur les travaux de l'observatoire

- En ce qui concerne le travail de préparation, durant la minorité, de l'accompagnement des grands mineurs vers la majorité et, le cas échéant, vers la signature d'un Contrat Jeune Majeur.
- En ce qui concerne les modalités d'accompagnement des jeunes bénéficiaires de Contrats Jeunes Majeurs.
- En ce qui concerne l'accompagnement des jeunes en rupture, qui ne sont pas en mesure de se saisir du principe de contractualisation au fondement du CJM.
- En ce qui concerne la tranche d'âge des jeunes bénéficiaires d'un accompagnement spécifique (possibilité d'élargir cette tranche d'âge entre 16 et 25 ans).

#### 3. Renforcer la lisibilité en interne, à l'échelle locale, sur les outils déployés par le Département pour favoriser l'insertion des jeunes (chantiers

# FICHE N° 4.6

INSCRIRE L'ACCOMPAGNEMENT VERS L'AUTONOMIE DES JEUNES MAJEURS  
DANS UNE POLITIQUE DÉPARTEMENTALE EN FAVEUR DE LA JEUNESSE

**d'insertion...) ; formaliser des procédures relatives à l'accompagnement des jeunes majeurs : La préparation de la majorité dans le cadre des mesures ASE**

- L'examen des demandes de CJM.
- L'articulation des acteurs dans le cadre du CJM.
- L'articulation des acteurs en préparation de la fin de l'accompagnement en protection de l'enfance (question de la référence).

**4. Renforcer l'interconnaissance des acteurs (périmètres de compétences, dispositifs...) concourant à l'accompagnement vers l'autonomie des jeunes majeurs**

- Réaliser une cartographie des acteurs et de leurs périmètres de compétences, en portant une attention particulière aux âges « charnière » (15, 16, 18, 21 et 25 ans).
- Définir des cadres institutionnels pour l'articulation entre les acteurs (espaces d'échange, transmission d'information entre intervenants, orientation d'un jeune vers l'un ou l'autre dispositif...).
- Pour instaurer les espaces d'échange, s'appuyer sur les besoins exprimés par les professionnels et tenir compte des réalités de fonctionnement des partenaires qu'on souhaite fédérer (périmètre géographique d'intervention, ressources...).
- Fonder les relations partenariales sur des conventions portées par le Département pour déployer les politiques connexes en priorité pour les jeunes bénéficiaires de Contrats jeunes majeurs.

**NIVEAU DE PRIORITÉ (1 À 3)**

Priorité 2

**ECHÉANCIER**

2017

**INDICATEURS D'ÉVALUATION**

**► Réalisation :**

- Existence d'un diagnostic formalisé des profils des jeunes majeurs en Vaucluse.
- Existence d'axes d'amélioration formalisés, de la politique en direction des jeunes majeurs.
- Existence de procédures formalisées relatives à l'accompagnement des jeunes majeurs.
- Existence d'une cartographie des acteurs et de leurs périmètres de compétences.
- Existence d'espaces d'échange entre les acteurs concourant à l'accompagnement vers l'autonomie des jeunes majeurs.
- Existence de conventions partenariales en lien avec l'accompagnement des jeunes majeurs.

**► Impact :**

- Degré de lisibilité sur les outils déployés par le Département pour favoriser l'insertion des jeunes.
- Degré d'interconnaissance entre les acteurs concourant à l'accompagnement vers l'autonomie des jeunes majeurs.

## ORIENTATION N°5

# Développer une stratégie de communication et de partenariat, en vue d'améliorer le fonctionnement de la protection de l'enfance en Vaucluse

“ Le rôle d'animation du réseau partenarial dévolu au Département en tant que chef de file de la politique de protection de l'enfance repose sur des instances structurées et mobilisées régulièrement. Il repose également sur une politique partenariale et de communication menée à trois niveaux : au sein du dispositif de prévention et de protection de l'enfance, dans son articulation avec les politiques connexes qui contribuent à la prévention des difficultés des familles, et à destination du grand public.

D'abord, il convient d'organiser sur le territoire départemental des **instances favorisant le partage de vues entre acteurs de la prévention et de la protection de l'enfance** autour des enjeux auxquels est confronté le secteur, autour des freins au partenariat, et autour des évolutions à envisager pour améliorer le fonctionnement du dispositif dans la mise en lien des acteurs et dans l'accompagnement des enfants et des familles.

Ces instances pourront s'appuyer sur l'Observatoire Départemental de la Protection de l'Enfance (ODPE), institué par la délibération n°2014-143 d'avril 2014, conformément aux orientations du précédent schéma départemental et en cohérence avec l'article 7 de la loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance. Les

modalités d'animation et de fonctionnement de l'ODPE (instance de pilotage, instances techniques et thématiques de réflexion) restent néanmoins à définir dans le cadre du présent schéma, afin de garantir l'effectivité de cette instance qui doit constituer un outil stratégique, d'aide à la décision des élus et des techniciens quant aux évolutions à apporter au dispositif départemental de prévention et de protection de l'enfance. De plus, il conviendra de donner à l'Observatoire les outils nécessaires pour assurer un suivi et une évaluation de la mise en oeuvre du présent schéma.

“ Ensuite, il importe de renforcer la visibilité et la lisibilité des missions du Département dans les instances portant sur des politiques connexes à la prévention et à la protection de l'enfance, mais néanmoins interconnectées avec elle dans le sens où elles portent sur des dimensions de la vie familiale dont l'amélioration peut permettre de prévenir l'émergence ou la dégradation de difficultés éducatives. Le schéma devra donc favoriser la représentation du Département dans ces instances (CUCS, PRE, ...) pour faciliter la mise en synergie des interventions à l'échelle des territoires.

## ORIENTATION N°5

# Développer une stratégie de communication et de partenariat, en vue d'améliorer le fonctionnement de la protection de l'enfance en Vaucluse

Pour finir, les acteurs départementaux s'associent au constat de la nécessité de démarches de communication à destination du grand public autour de la politique de prévention et de protection de l'enfance. Il s'agit d'en faire évoluer l'image, souvent négative, toujours partielle, et de faire valoir les valeurs sur lesquelles repose l'intervention des acteurs, la diversité des missions et des modalités d'accompagnement proposées aux familles. Il s'agit, in fine, de prévenir les dynamiques parfois observées de défiance des familles vis-à-vis des services sociaux, et de favoriser des interventions précoces, reposant sur l'adhésion des familles.

### 3 FICHES-ACTIONS :

- Renforcer, à travers l'observatoire départemental, la connaissance partagée des publics de la protection de l'enfance de manière à adapter les modalités d'accompagnement
- Mettre en place des instances de régulation et d'échanges entre les acteurs du dispositif de protection de l'enfance
- Revaloriser l'image de l'action médico-sociale portée par le Département et améliorer les relations entre les services participant à cette mission et les usagers

# FICHE N° 5.1

## RENFORCER, À TRAVERS L'OBSERVATOIRE DÉPARTEMENTAL, LA CONNAISSANCE PARTAGÉE DES PUBLICS DE LA PROTECTION DE L'ENFANCE DE MANIÈRE À ADAPTER LES MODALITÉS D'ACCOMPAGNEMENT

### ELÉMENTS DE DIAGNOSTIC

- Conformément aux orientations du précédent schéma départemental et en cohérence avec la loi du 5 mars 2007, l'institution de l'Observatoire Départemental de la Protection de l'Enfance (ODPE) par la délibération n°2014-143 du Département actée en avril 2014.
- Une instance ayant pour missions : « de recueillir, examiner et analyser les données relatives à l'enfance en danger ; d'être informé de toute évaluation des services et établissements intervenant dans le domaine de la protection de l'enfance ; de suivre la mise en oeuvre du schéma départemental ; de formuler des avis sur la mise en oeuvre de la politique de protection de l'enfance dans le département » (art. 7 de la loi du 5 mars 2007).
- Des objectifs de travail précis, ainsi que des modalités d'animation et de fonctionnement de l'observatoire qui restent à définir.

### OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

- Bénéficier d'outils performants d'analyse de l'activité et des publics afin de bénéficier d'une vision précise des besoins en protection de l'enfance et d'identifier les axes d'évolution de l'offre d'accompagnement.

- Partager avec les acteurs contribuant à la protection de l'enfance les enseignements des travaux de l'observatoire et les informations relatives à l'avancement des travaux du schéma.

### MODALITÉS OPÉRATIONNELLES

#### 1. Identifier les données pertinentes, organiser le recueil et la mutualisation de données

- Organiser le recueil de données auprès des différents acteurs institutionnels :
  - » Le Département : données à recueillir via les grilles de recueil statistique qui seront utilisées par les UT à partir du 1er janvier 2015, données MDPH
  - » La PJJ : données relatives aux mineurs suivis au pénal
  - » Le Tribunal pour enfants : données relatives aux mineurs suivis en assistance éducative, mais également relatives aux non-lieux en assistance éducation
  - » La CAF
  - » L'Education nationale

# FICHE N° 5.1

RENFORCER, À TRAVERS L'OBSERVATOIRE DÉPARTEMENTAL,  
LA CONNAISSANCE PARTAGÉE DES PUBLICS DE LA PROTECTION DE L'ENFANCE DE MANIÈRE À  
ADAPTER LES MODALITÉS D'ACCOMPAGNEMENT

- Organiser le recueil de données auprès du secteur associatif habilité (aide à domicile, hébergement, milieu ouvert) : prévoir la création de grilles de recueil de données.
- Développer à partir de ces données des analyses croisées des différentes prises en charge (ex. jeunes suivis au titre de l'ASE bénéficiant parallèlement d'une orientation MDPH, un suivi psychiatrique...) et des études de parcours.

## **2. Organiser le traitement et l'analyse de ces données, de manière à identifier des axes d'évolution de l'offre d'accompagnement**

- Mobiliser les ressources nécessaires de manière à assurer une analyse problématisée des données recueillies. Ex. mise en place d'un partenariat avec l'université.
- Organiser le partage des travaux de l'observatoire avec les différents acteurs.

## **3. Organiser une journée annuelle permettant de communiquer sur l'avancement de la mise en oeuvre du schéma**

## **ECHÉANCIER**

2015-2020

## **INDICATEURS D'ÉVALUATION**

### **► Réalisation :**

- Existence d'une journée annuelle visant à communiquer sur l'avancement de la mise en oeuvre du schéma.
- Existence de grilles de recueil de données.
- Existence d'analyses croisées des différentes prises en charge et d'études de parcours.
- Diffusion des travaux menés par l'Observatoire aux différents acteurs.

### **► Impact :**

- Degré d'harmonisation des données recueillies en interne au Département et auprès des partenaires.
- Identification précise des besoins en protection de l'enfance en Vaucluse.

## **NIVEAU DE PRIORITÉ (1 À 3)**

Priorité 2

# FICHE N°5.2

## METTRE EN PLACE DES INSTANCES DE RÉGULATION ET D'ÉCHANGES ENTRE LES ACTEURS DU DISPOSITIF DE PROTECTION DE L'ENFANCE

### ÉLÉMENTS DE DIAGNOSTIC

- Une réunion trimestrielle des directeurs de SAPSAD du département permettant de mettre en commun des méthodes et réflexions sur cette prise en charge spécifique. Une instance pertinente mais qui n'a pas d'équivalent pour les autres types de prise en charge (hébergement, milieu ouvert, aide à domicile).
- Des temps d'échanges entre les principales institutions chargées de mettre en oeuvre la politique de protection de l'enfance qui ne sont pas institutionnalisés.

### OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

- Assurer la tenue régulière de réunions de régulation entre le Département, le parquet le Tribunal pour enfants, et la PJJ de manière à permettre un portage institutionnel cohérent de la politique de protection de l'enfance.
- Fluidifier les relations de travail entre les associations habilités et les professionnels des unités territoriales, harmoniser les pratiques entre les différentes unités territoriales s'agissant des relations avec le secteur associatif habilité et les établissements publics de l'enfance.
- Prévoir les espaces d'échanges entre associations habilitées et Département permettant de partager des expériences et bonnes pratiques.

### MODALITÉS OPÉRATIONNELLES

**1. Mettre en place une instance de régulation réunissant les représentants des principales institutions chargées de la politique de protection de l'enfance : Département, Tribunal pour enfants, Parquet, PJJ**

**2. Développer des espaces d'échanges techniques entre les cadres du Département, du secteur associatif habilité et les établissements publics de l'enfance**

- Prévoir une représentation des cadres enfance des unités territoriales au sein de la réunion SAPSAD.
- Prévoir des espaces d'échanges techniques spécifiques relatifs au dispositif d'hébergement, au dispositif de milieu ouvert et au secteur de l'aide à domicile.

**3. Prévoir des temps d'échanges entre les travailleurs sociaux du Département et ceux des services habilités et des établissements et structures autorisés**

- Plusieurs modalités possibles : réunions à thème, formations inter institutionnelles, séances communes d'analyse de la pratique...

# FICHE N°5.2

METTRE EN PLACE DES INSTANCES DE RÉGULATION ET D'ÉCHANGES ENTRE LES ACTEURS DU DISPOSITIF DE PROTECTION DE L'ENFANCE

**NIVEAU DE PRIORITÉ (1 À 3)**  
2016

## ECHÉANCIER

- Modalités 1 et 2 : priorité 1
- Modalité 3 : priorité 3

## INDICATEURS D'ÉVALUATION

### ► Réalisation :

- Existence d'une journée annuelle visant à communiquer sur l'avancement de la mise en oeuvre du schéma.
- Existence de grilles de recueil de données.
- Existence d'analyses croisées des différentes prises en charge et d'études de parcours.
- Diffusion des travaux menés par l'Observatoire aux différents acteurs.

### ► Impact :

- Connaissance précise des publics de la protection de l'enfance.

# FICHE N° 5.3

## REVALORISER L'IMAGE DE L'ACTION MÉDICO-SOCIALE PORTÉE PAR LE DÉPARTEMENT ET AMÉLIORER LES RELATIONS ENTRE LES SERVICES PARTICIPANTS À CETTE MISSION ET LES USAGERS

### ELÉMENTS DE DIAGNOSTIC

- Un dispositif de protection de l'enfance souffrant d'une image négative persistante aux yeux du grand public. Une vision « stigmatisante » des accompagnements de Protection de l'enfance, qui peut freiner l'activation du dispositif.
- Une revalorisation qui ne passe pas uniquement par l'investissement dans une stratégie de communication à grande échelle, mais aussi par une communication centrée sur la proximité.
- L'amélioration des relations avec les usagers pouvant contribuer au changement de regard sur les dispositifs (usagers comme vecteur de communication à l'égard du grand public).

### OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

- Améliorer les relations entre les travailleurs sociaux concourant à la mission de protection de l'enfance, les usagers et leur entourage.
- Contribuer au changement de regard sur le dispositif de protection de l'enfance de manière à permettre l'activation du dispositif avant la dégradation des situations.

### MODALITÉS OPÉRATIONNELLES

#### 1. Développer, avec l'appui des ressources en communication du Département, des outils de communication à destination des usagers

- Favoriser la lisibilité des missions et de l'organisation du centre médico-social pour les familles, dès leur rencontre avec le service (missions, organisation, interlocuteurs) : envisager la création d'un livret d'accueil.
- Prévoir la construction de plaquettes sur les différentes mesures de protection de l'enfance, à destination des familles et des enfants : des supports harmonisés qui devront être valorisants pour les familles.
- Garantir la clarté des documents adressés aux familles (courriers, PPE...). Impliquer les familles dans la conception de ces documents.

#### 2. Favoriser l'ouverture des acteurs intervenant en protection de l'enfance sur leur environnement immédiat et la mobilisation d'outils de communication ciblés :

- Faire connaître au public environnant les maisons d'enfants et les services habilités leurs missions et leurs modes d'accompagnement.

# FICHE N°5.2

REVALORISER L'IMAGE DE L'ACTION MÉDICO-SOCIALE PORTÉE PAR LE DÉPARTEMENT ET AMÉLIORER LES RELATIONS ENTRE LES SERVICES PARTICIPANTS À CETTE MISSION ET LES USAGERS

- Poursuivre les opérations « portes ouvertes » des CMS en développant l'ingénierie de projet en lien avec le service communication du Département. Intégrer dans cette démarche une communication sur le service de PMI et ses missions.

### **3. Favoriser la mise en place d'espaces d'expression des usagers, parents et jeunes, du dispositif de prévention et de protection de l'enfance afin de changer les regards sur le dispositif**

- Ex. groupe de parole d'usagers ou d'anciens usagers associés à l'ODPE.

- Participation des cadres enfance au sein de la réunion SAPSAD.
- Existences de modalités d'échange entre les travailleurs sociaux du Département et ceux des services habilités et des établissements et structures autorisés.

#### **► Impact :**

- Degré de connaissance renforcé entre les différents acteurs de la protection de l'enfance.
- Meilleure articulation entre les acteurs de la protection de l'enfance.

## NIVEAU DE PRIORITÉ (1 À 3)

Priorité 3

## ECHÉANCIER

2017-2020

## INDICATEURS D'ÉVALUATION

#### **► Réalisation :**

- Existence d'une instance de régulation réunissant les représentants des principales institutions chargées de la politique de protection de l'enfance.

# PARTIE 3



Le schéma 2015-2020 repose sur cinq orientations stratégiques à la hauteur des enjeux de l'accompagnement des enfants et des familles du département.

Les cinq années à venir permettront la concrétisation de ces actions, via la mise en place d'un dispositif de suivi régulier de la mise en oeuvre du schéma. L'observatoire départemental de la protection de l'enfance constitue à ce titre une instance clé, la loi du 5 mars 2007 lui confiant pour mission « de suivre la mise en oeuvre du schéma départemental et de formuler des avis » (article 16 de la loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance).

Une journée consacrée à l'avancée des travaux du schéma départemental s'organisera dès lors chaque année autour de l'observatoire de la protection de l'enfance du département de Vaucluse. Celui portera également des rencontres de travail techniques, permettant de concrétiser chacun des objectifs fixés par le schéma dans un cadre partenarial.

Nous vous remercions pour votre forte mobilisation à chacune des étapes du projet et du temps que vous avez consacré à ce travail en commun.

# GLOSSAIRE

<b>ADVSEA :</b> Association départementale de Vaucluse pour la sauvegarde de l'enfance à l'adulte	<b>IME :</b> Institut médico-éducatif
<b>AED :</b> Action éducative à domicile	<b>INSEE :</b> Institut national de la statistique et des études économiques
<b>AEDJM :</b> Aide éducative à domicile pour jeunes majeurs	<b>IP :</b> Information préoccupante
<b>AEMO :</b> Action éducative en milieu ouvert	<b>ITEP :</b> Institut thérapeutique éducatif et psychologique
<b>AJE :</b> Accueil du jeune enfant	<b>IVG :</b> Interruption volontaire de grossesse
<b>AJM :</b> Allocation jeune majeur	<b>LAEP :</b> Lieu d'accueil enfant-parent
<b>ALED :</b> Antenne de Liaison Enfance en Danger	<b>LVA :</b> Lieu de vie et d'accueil
<b>AP :</b> Accueil provisoire	<b>MDA :</b> Maison des Adolescents
<b>APJM :</b> Accueil provisoire pour jeunes majeurs	<b>MECS :</b> Maison d'enfants à caractère social
<b>APPASE :</b> Association pour la promotion des actions sociales et éducatives	<b>MJIE :</b> Mesure Judiciaire d'Investigation Educative
<b>ARS :</b> Agence régionale de santé	<b>MIE :</b> Mineur isolé étranger
<b>ASE :</b> Aide sociale à l'enfance	<b>ONED :</b> Observatoire national de l'enfance en danger
<b>CAF :</b> Caisse d'allocations familiales	<b>OPP :</b> Ordonnance de placement provisoire
<b>CASF :</b> Code de l'action sociale et des familles	<b>PJJ :</b> Protection judiciaire de la jeunesse
<b>CJM :</b> Contrat jeune majeur	<b>PMI :</b> Protection maternelle et infantile
<b>CMP :</b> Centre médico-psychologique	<b>PPE :</b> Projet pour l'enfant
<b>CMPI :</b> Centre médico-psychologique infanto juvénile	<b>RCMS :</b> Responsable de Centre Médico-Social
<b>CMPP :</b> Centre médico-psycho-pédagogique	<b>REAAP :</b> Réseau d'écoute, d'appui et d'accompagnement à la parentalité
<b>CMS :</b> Centre médico-social	<b>RSA :</b> Revenu de solidarité active
<b>CPAM :</b> Caisse primaire d'assurance maladie	<b>SAPSAD :</b> Service d'accueil, de protection, de soutien, d'accompagnement à domicile
<b>CPEF :</b> Centre de planification et d'éducation familiale	<b>SDAS :</b> Service départemental d'aide sociale
<b>CVS :</b> Conseil de vie sociale	<b>SESSAD :</b> Service d'éducation et de soins spécialisés à domicile
<b>DDCS :</b> Direction départementale de la cohésion sociale	<b>TISF :</b> Technicien d'intervention sociale et familiale
<b>DREES :</b> Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques	<b>UT :</b> Unité territoriale
<b>ETP :</b> Equivalents temps plein	<b>VAD :</b> Visite à domicile
<b>FJT :</b> Foyer de jeunes travailleurs	



Le Schéma Départemental Enfance Famille 2015 2020 est un document légalement obligatoire, opposable et communicable à tout citoyen. C'est un document de pilotage et de programmation pour l'ensemble des acteurs de la politique enfance famille du Département, un outil de travail avec l'ensemble des acteurs de la protection de l'enfance, réalisé par la Direction Enfance Famille du Conseil départemental de Vaucluse.



**Conseil départemental de Vaucluse**  
**Pôle Actions Sociales Territoriales**  
**Insertion Enfance Famille**

6 Bd Limbert - 84909 Avignon cedex 9

[www.vaucluse.fr](http://www.vaucluse.fr)