



Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
PREFECTURE DE L'AIN



SCHEMA DEPARTEMENTAL DE PROTECTION DE L'ENFANCE DE L'AIN

2004-2008

SYNTHESE

SOMMAIRE

Préconisation de l'O.D.E.D	p 2
- Evolution récente	p 4
- Projets en cours de réflexion	p 5
Huit thèmes à approfondir	
1. L'accueil en établissement, l'accueil familial et l'accueil d'urgence	p 9
2. La qualité de la prise en charge dans les établissements et service	p 10
3. La diversification des modes d'accueil	p 11
4. La prise en charge des mineurs victimes	p 12
5. La prise en charge éducative et prise en charge psychiatrique	p 13
6. Le soutien à la parentalité et prévention	p 16
7. La coordination entre l'enseignement spécialisé, le secteur médico-social et le secteur social	p 17
8. L'accueil des mineurs étrangers isolés	p 19
Préconisations communes	p 20
Synthèse des objectifs	p 21

Rapporteur du schéma à la séance du 21 novembre 2003

Brigitte GROSLIER-THIERY, de la Direction Départementale de la Protection Judiciaire de la Jeunesse de l'Ain
Georges DUPASQUIER Responsable du domaine Enfance du Conseil Général de l'Ain

Les travaux d'élaboration de ce schéma départemental de protection de l'enfance se sont appuyés sur :

- Les préconisations de l'Observatoire départemental de l'enfance en danger
- Les projets en cours de réflexion dans le département

Les préconisations de l'Observatoire Départemental de l'Enfance en Danger

Depuis 1995, l'ODED s'est efforcé de recenser, d'analyser les besoins et les réponses apportées en matière de protection de l'enfance.

Redonner une priorité à la prévention :

En développant les actions de soutien à la parentalité, les accueils séquentiels, les classes relais en collège, CARIC....

En intensifiant les modalités de travail en réseau auprès de certains publics, par exemple les adolescents en voie de déscolarisation

En renforçant les moyens liés aux missions obligatoires : étendre à l'école primaire le Service d'action Sociale en faveur des élèves, développer les actions éducatives préventives

Diversifier les modes de prise en charge

AEMO renforcée, accueil séquentiel, accueil de jour

Prise en charge conjointe avec le secteur psychiatrique des adolescents qui présentent des comportements limites

Développer l'information et la formation des professionnels confrontés à des situations de maltraitance par des interventions en réseau des différents acteurs de la protection de l'enfance

Des évolutions récentes, tant du côté de la Protection Judiciaire de la Jeunesse que du Conseil Général, en partenariat avec le secteur associatif sont venues étoffer l'offre de service

Ouverture des Planètes

Développement du Foyer du Prado

Ouverture des Linières

Restructuration des Marmousets

Création du jardin d'enfants à la Maison départementale de l'enfance

Redéfinition de l'accueil familial

Ouverture du Centre de placement immédiat

Ouverture de deux CER

Création d'un service d'investigation et d'orientation éducative, d'un service d'enquêtes sociales ainsi que d'un service de réparation pénale

Développement du service AEMO

Ouverture d'une consultation spécialisée pour les mineurs victimes et leurs familles

Redéfinition et développement de la prévention spécialisée

Dispositif Relais en collège

Extension de CARIC et convention avec La Parentèle

Nouvelle convention relative à l'aide à domicile

Des projets en cours de réflexion...

des intentions de travail...

tentent aujourd'hui de compléter ces évolutions

Développement et diversification de l'offre d'accueil:

- Projet de MECS en Bresse,
- Projet d'une structure d'accueil renforcée pour adolescents difficiles,
- Projet de création d'une seconde pouponnière
- Création avec le CPA d'une « cellule de crise »
- Réflexion sur l'accueil de jour
- Protocole de prise en charge des mineurs victimes
- Actions de soutien à la parentalité sur certaines circonscription d'action sociale

Nous disposons ainsi d'éléments de diagnostic, de préconisations, de projets en cours de développement. L'élaboration du schéma départemental de protection de l'enfance et certes le moment de faire le bilan mais aussi constitue une opportunité à saisir pour poursuivre les avancées, finaliser les projets en cours, et publier l'ensemble dans un schéma cohérent.

La démarche proposée repose donc sur huit thèmes identifiés comme permettant d'explorer l'ensemble des problématiques qui ont animé les travaux de ces dernières années et/ou qui animent les projets en cours.

Huit thèmes à approfondir = huit groupes de travail

Thème 1 : L'accueil en établissement , l'accueil familial et l'accueil d'urgence.

Thème 2 : La qualité de la prise en charge dans les établissements et les services.

Thème 3 : diversification des modes d'accueil

Thème 4 : Prise en charge des mineurs victimes.

Thème 5 : prise en charge éducative et prise en charge psychiatrique des jeunes les plus en difficultés

Thème 6 : Soutien à la parentalité et prévention.

Thème 7 : Coordination avec l'enseignement spécialisé et le secteur médico-social.

Thème 8 : L'accueil des mineurs étrangers isolés.

Chaque groupe de travail animé par un pilote et un co-pilote s'efforcent –tel que définit dans la loi du 02 janvier 2002 – de mettre en avant :

Les besoins

Apprécier la nature, le niveau et l'évolution des besoins de la population

L'offre

Dresser le bilan quantitatif et qualitatif de l'offre existante : points forts, points faibles, structuration des services ou établissements, inscription dans le territoire départemental et partenariats, caractéristiques des publics accueillis, difficultés rencontrées, projets en cours

Les préconisations

Déterminer les perspectives et les objectifs de développement de l'offre : préconisations en terme d'objectifs, d'actions et de moyens à mettre en œuvre pour les cinq années à venir

La coopération et la coordination

Préciser le cadre de la coopération et de la coordination entre les établissements et les services ainsi que les établissements de santé (état des lieux du partenariat : inexistant, existant, à améliorer et propositions :
exemple élaboration de protocole d'intervention

L'évaluation

Définir les critères d'évaluation des actions mise en œuvre, notamment en ce qui concerne la qualité des prestations et le respect des droits et obligations des usagers, des services, des promoteurs et financeurs

Les travaux des groupes

I. L'accueil en établissement, l'accueil familial et l'accueil d'urgence

Malgré le développement de l'offre d'accueil dans le département (accueil familial et en établissements à caractère social) le nombre de jeunes accueillis hors du département ne diminue pas. Comment organiser le réseau des établissements de l'Ain (en voie d'extension) pour assurer un accueil de proximité ?

Des places d'accueil d'urgence sont maintenant identifiées dans la majorité des établissements . Comment faire fonctionner un véritable dispositif d'accueil d'urgence entre le secteur associatif, la maison de l'enfance, le CPI, le parquet, les juges des enfants et les circonscriptions. Un protocole d'accord avait été imaginé entre le parquet, la PJJ et le Conseil Général. Comment le finaliser et l'étendre à l'ensemble des établissements.

A. Etat des lieux

- 311 places en établissements dont 23 réservées à l'accueil d'urgence
- L'accueil en famille représente 50% des accueils dans l'Ain et reste insuffisant avec 170 familles d'accueil
- 8 places d'accueil mère-enfant au centre maternel de Bourg-en-Bresse

B. Diagnostic

- Absence de Centre éducatif et professionnel dans l'Ain
- Les places à créer sont à penser en terme de complémentarité inter-établissements
- Une situation difficile pour l'accueil des adolescents de 14 à 16 ans
- Un soutien insuffisant de l'accueil familial
- D'importantes difficultés pour l'accueil d'urgence au civil comme au pénal
- Les activités de jour sont à développer, en particulier pour les 14-15 ans

C. Préconisations

- 1- Elaborer un répertoire des établissements de l'Ain
- 2 - Créer un outil de gestion des places disponibles type « extranet »
- 3 - Répartir les places d'accueil d'urgence sur tous les établissements
- 4 - Limiter la durée de l'accueil d'urgence
- 5 - Créer une commission de suivi et d'évaluation et finaliser un protocole d'accueil d'urgence
- 6 - Créer un service de placement familial

II. La qualité de la prise en charge dans les établissements et services

La loi du 02 janvier 2002 rénovant l'action médico-sociale prévoit dans son article 12 qu'il est élaboré un projet d'établissement ou de service qui définit ses objectifs, notamment en matière de coordination, de coopération et d'évaluation des activités, de la qualité des prestations, ainsi que ses modalités d'organisation et de fonctionnement. Livret d'accueil, contrat de séjour ou document individuel de prise en charge, conseil de vie sociale sont d'autres dispositions tendant à une démarche qualité.

A. Etat des lieux : points critiques

- Gestion et circulation des informations concernant les usagers
- L'importance des procédures d'accueil et d'admission
- Le respect des échéances des projets individualisés
- Une conception partagée de la suppléance aux fonctions parentales
- Respect de l'autorité parentale
- Transparence et lisibilité des outils préconisés par la loi de 2002
- Prévention de la maltraitance dans les établissements et services
- Projet d'établissement

B. Préconisations

- 1 – Elaboration du projet d'établissement
- 2 – Ecrire des procédures d'admission et d'accueil
- 3 – Identifier les niveaux de référence
- 4 – Ecrits professionnels = aide à la décision
- 5 – Elaborer ensemble de bonnes pratiques éducatives
- 6 – Protocole de prévention des maltraitance
- 7 – Les instances de représentation des usagers
- 8 – L'accès aux dossiers
- 9 – Articulation entre prescripteurs, services et établissements
- 10 – Construire des outils d'observation partagée des parcours d'enfants
- 11 – La charte d'engagements des partenaires à l'intention des usagers

III. Diversification des modes d'accueils

Les modes traditionnels d'accueil, notamment l'accueil familial sans doute plus souple, ont su évoluer vers l'accueil intermittent, l'accueil de jour, de nuit, pour répondre au plus près aux besoins des enfants et de leurs familles.

Il reste toutefois à développer ces types d'accueil entre AEMO traditionnelle et maison d'enfants traditionnelle : AEMO renforcée, structure d'accueil de jour n'organisant pas de rupture avec le milieu naturel (et les parents) quand cette rupture n'est pas nécessaire, structure offrant également un support aux interventions en milieu ouvert.

A. Etat des lieux

- Les internats scolaires et les Maisons Familiales Rurales viennent en appui de la prise en charge éducatives mais absence d'internats scolaires en collège
- Des solutions trop souvent «bricolées » pour les jeunes en crise
- Manque de souplesse et de complémentarité entre les institutions
 - pour déplacer « positivement » un jeune en crise
 - difficultés pour un recours aux familles d'accueil pour les mineurs en crise
- Manque de moyens pour une prise en charge de jour des mineurs déscolarisés
- Difficultés de coordination de ces réponses alternatives

B. Préconisations

- 1 – Développer les possibilités de séjour de rupture
- 2 – Développer et pérenniser le Dispositif Départemental d'Accueil de Jour en mutualisant les moyens du Conseil Général et de la PJJ
- 3 – Développer l'accueil séquentiel

IV. La prise en charge des mineurs victimes

Un groupe initié par la Sauvegarde de l'enfance travaille depuis deux ans sur ce thème tandis que l'AVEMA ouvre une consultation spécialisée. Comment mettre l'ensemble en cohérence ?

A. La définition de l'enfant victime

ONU : tout mineur qui individuellement ou collectivement a subi une atteinte à son intégrité physique ou mentale, une souffrance morale, une perte matérielle ou une atteinte grave à ses droits fondamentaux en raison d'actes ou d'omission qui enfreignent les lois pénales en vigueur

ODAS : celui qui est victime de violence physique, cruauté mentale, abus sexuel, négligences lourdes ayant des conséquences graves sur son développement physique et psychologique

Les principaux textes régissant la prise en charge des enfants victimes

Loi du 10 juillet 1989 –Loi du 11 juin 1998.

Article 706 – 52 du code de procédure pénale enregistrement audio-visuel de l'audition des mineurs victimes d'infraction sexuelle

B. Les statistiques du Parquet de Bourg-en-Bresse

- 312 procédures pour maltraitances et abus sexuels en 2001?
- 318 en 2002

C. Les statistiques du service R.E.L.A.I.S.

212 mineurs victimes d'agressions sexuelles reçues en 2002

D. Etat des lieux

- Absence de coordination entre les intervenants judiciaires et extra-judiciaires
- Absence d'un site pilote « enfants victimes » à l'hôpital
- Absence d'expert psychiatre dans le département
- Absence d'un pôle d'unité de médecine légale
- Absence d'un lieu d'hébergement spécifique pour enfants victimes d'infraction sexuelle
- Réflexion sur la loi du 4 mars 2002

E. Préconisations

1. Finaliser le protocole de prise en charge élaboré dans le cadre de l'ODED
2. Création d'une unité de consultation médico-judiciaire
3. Développement des capacités actuellement proposées par le service R.E.L.A.I.S.
4. Maintien et développement des services de la BPDJ
5. Création d'un répertoire des adresses utiles
6. Elaborer une politique départementale de prévention de la maltraitance
7. Création d'une unité d'accueil spécialisée pour les mineurs victimes d'infraction sexuelle

V. Prise en charge éducative et prise en charge psychiatrique

Comment améliorer la coordination, le travail en réseau, entre le secteur psychiatrique et le secteur de la protection de l'enfance ?

A. Etat des lieux

1 - Les besoins des jeunes énoncés par les services et établissements à caractère social :

- Le milieu ouvert et les établissements font appel aux services du Centre Psychothérapique de l'Ain (CPA) pour ces jeunes qui ont un trouble de la relation sociale.

Or, certains CMP du département sont surchargés (délai de prise en charge = 2 à 4 mois) : dans le Pays de Gex par exemple, la maison d'enfants «Les Marmousets » a dû trouver un soutien hors département auprès du service de pédiatrie de l'hôpital de Saint Julien en Genevois. (cf annexe)

- Les maisons d'enfants accueillent de plus en plus souvent des jeunes en très grande difficulté, qui sont parfois dans des passages à l'acte violent qui peuvent déstabiliser et parfois faire éclater le cadre. Ils ont alors besoin d'une prise en charge très contenante, sont parfois hospitalisés en secteur psychiatrique : ces doubles prises en charge, notamment avec l'Unité de soins pour adolescents (U.S. Ados) et l'Unité de soins pour enfants (US Enfants) se traduisent par des séjours séquentiels dans chacune des structures. La nécessité de coordination est alors importante.
- D'autres jeunes après avoir bénéficié d'une prise en charge psychiatrique complète, sont orientés vers les établissements à caractère social qui se heurtent alors à des comportements difficilement gérables, d'où des difficultés à trouver des lieux d'accueil pour les jeunes sortant de l'hôpital psychiatrique.
- Le secteur éducatif et social attend du CPA des moyens de contenances, notamment à travers l'hospitalisation en psychiatrie, des jeunes les plus en difficultés, qu'il ne parvient plus à prendre seul en charge, : or la réduction du nombre de lits ne permet pas, malgré l'ouverture de l' « U.S. Ados » de satisfaire ces attentes.
- Toutefois certains jeunes arrivent trop vite en psychiatrie. Faute de solution intermédiaire on psychiatrise des adolescents. En effet les maisons d'enfants sont des lieux de vie et non des lieux de soins et, de l'avis général, il manque un lieu spécifique pour ces jeunes qui ont besoin d'être contenus.
- 11% des jeunes pris en charge par le Conseil Général font l'objet d'une prise en charge par le CPA.

2 - La psychiatrie est sollicitée pour la souffrance des jeunes mais aussi pour celle des équipes.

Sentiment de confusion chez les éducateurs qui se ressentent parfois comme soignants, sentiment d'impuissance également face au jeune qui refuse le soin, ou face à la psychiatrie qui rejette les demandes des éducateurs si le jeune ou sa famille n'expriment aucune demande.

Actuellement aucun cadre n'est formalisé permettant la coordination et la cohérence de ces doubles prises en charge, ou prises en charges successives : les échanges entre le secteur psychiatrique et le secteur social et éducatif restent souvent informels.

Toutefois un travail en réseau est réel sur certains secteurs avec CMP enfants et adultes, US Ados ou l'AVEMA.

3 – D'autres alternatives :

- On observe quelques recours au secteur privé.
- Les services de pédiatrie de l'hôpital général peuvent offrir un lieu d'écoute.
- Les psychologues des circonscriptions d'action sociale suivent certains enfants confiés au Conseil Général. Ne devrait-il pas voir systématiquement tous les enfants en accueil familial ?
- Ne pas fonctionner dans la crise et prendre le temps de l'évaluation, notamment en interne par les psychologues des MECS ou des circonscriptions. Les psychologues institutionnels doivent être le premier maillon de la prise en charge : première évaluation, entretiens d'accompagnement, prise en charge groupale.

B. Les besoins

- Besoin d'un lieu d'observation, d'évaluation du jeune
- Manque de place en hôpital de jour.
- Pour mieux utiliser l'outil psychiatrique, il faudrait mieux le comprendre, mieux l'appréhender, davantage communiquer avec lui, connaître ses possibilités, ses limites. Toutes les institutions ne travaillent pas sur les mêmes représentations : par exemple, réfléchir sur les notions de crise et d'urgence avec les adolescents. Nécessité de s'articuler avant la prise en charge, pendant et après.
- S'accorder sur une stratégie de prise en charge globale :
 - Accompagnement éducatif
 - Accompagnement psychiatrique
- Ce qui est demandé au CPA :
 - Offrir un lieu contenant, d'accueil, de prise en charge, de soins qui permette au jeune de se poser quelque part et d'être freiné dans ses comportements.
 - Donner un avis spécialisé : le jeune relève-t-il d'une pathologie ou s'agit-il simplement d'un adolescent voulant faire sauter le cadre ?
- Mener une réflexion sur la violence : comment les personnels sont formés et comprennent les processus de la violence ?

Préconisations

1. Offrir aux professionnels
 - des espaces de réflexion,
 - d'échanges de formations communes
2. Poursuivre l'expérimentation du «Pôle ressource »
3. Création par l'Institut d'enfants de Seillon d'une structure expérimentale en lien avec le secteur psychiatrique

VI. Soutien à la parentalité et prévention

La prévention, telle que définie dans le cadre du dispositif de protection de l'enfance, n'est déjà plus de la prévention primaire, l'enfant étant repéré en risque ou en danger. En amont les actions d'accompagnement autour de la naissance menées par les sage-femmes et infirmières-puéricultrices de PMI, les consultations de jeunes enfants, ainsi que les actions de soutien à la parentalité, initiées par la DDASS et la CAF, sont une forme de prévention plus précoce. Quel développement de cette forme de prévention, le dispositif de protection de l'enfance (protection au sens large) a-t-il à conduire ?

A. Etat des lieux

- Forte augmentation des actions d'aide à la parentalité
- Nécessité d'un travail partenarial inter-institutionnel et par territoire
- Nécessité d'une meilleure lisibilité des dispositifs
- Des préalables à considérer :
 - les évolutions des familles et de leurs potentialités la disponibilité des familles et la place du père

B. Préconisations

- 1 - Nécessité pour chaque institution d'affirmer sa politique d'aide à la parentalité
- 2 - Meilleure prise en compte de la ruralité
- 3 - Elaboration d'une méthodologie de travail partenarial sur un territoire donné
- 4 - Développement de l'offre :
 - Espaces neutres de proximité
 - Actions pour les publics précaires, les parents d'ados, et autour de la périnatalité
 - Développer la médiation familiale
 - Répertoire des actions par territoire
- 5 - Les participants de ce groupe demandent à poursuivre le travail amorcé

VII. Coordination entre l'enseignement spécialisé, le secteur médico-social et le secteur social

La coordination avec le secteur médico-social a déjà été évoqué lors de l'élaboration du schéma départemental de l'enfance inadaptée. Une partie du public est commun aux deux secteurs. Si certaines de ces doubles prises en charges se déroulent sans difficultés majeures, d'autres ne se réalisent qu'après âpres négociations, voire ne se réalisent pas du tout.

A. Etat des lieux

- En juin 2003 on dénombre 67 enfants pris en charge au titre de la protection de l'enfance et parallèlement scolarisés dans un établissement médico-social (soit près de 10 % des mineurs confiés au Conseil Général). 40 sont pris en charge dans une famille d'accueil, 27 dans une maison d'enfants à caractère social.
- L'emploi trop fréquent d'un même vocabulaire pour désigner un « enfant placé » par ses parents ou par le juge des enfants (au titre de la protection de l'enfance du fait d'un risque ou d'un danger que présente sa situation familiale) et un « enfant orienté par la CDES dans un établissement médico-social » (du fait de ses difficultés personnelles) entretient une confusion chez l'enfant, sa famille et les professionnels eux-mêmes quant au motif, aux objectifs et au projet éducatif de chacune des deux prises en charge.
- Il n'en demeure pas moins que les mineurs bénéficiant à la fois d'une mesure de protection de l'enfance et d'une orientation sur proposition de la CDES en établissement spécialisé devraient faire l'objet de prises en charge coordonnées. Or, la coordination alors nécessaire connaît parfois des difficultés d'ordre inter-institutionnelle ou inter-personnelle. Qui est l'interlocuteur de la famille pour travailler avec elle ses propres difficultés ? Qui est le garant du projet individualisé de l'enfant ? Comment sont définis les différents objectifs de travail et qui fait quoi ? Ces difficultés sont accrues lorsque le comportement du jeune met en échec chacune des prises en charge et conduit à solliciter la psychiatrie.
Il semble que les problématiques des enfants étaient par le passé mieux différenciées. Aujourd'hui des cas de plus en plus complexes nécessitent une prise en charge globale, dont une aide importante et régulière aux parents
Il s'agit alors d'activer le réseau pertinent. La notion de prise en charge globale se substitue alors à celle de prises en charge coordonnées et le garant - ou le pilote - de cette prise en charge globale fait parfois défaut.
- Une bonne connaissance des rôles et missions des uns et des autres devient alors indispensable.
- 27 enfants, internes durant la semaine dans un établissement médico-social, doivent intégrer pour les week-end et vacances scolaires, une maison d'enfants à caractère social. Leur adaptation au sein d'un autre groupe d'enfants n'est pas toujours facile. Il conviendrait de rechercher un autre mode d'accueil.

- Les établissements et services (notamment SESSAD) du secteur médico-social n'ont pas tous les moyens nécessaires pour répondre aux besoins repérés. Il s'ensuit des prises en charge par défaut par le dispositif de protection de l'enfance.

B. Préconisations

1 – Améliorer l'information et la communication, renforcer le travail en partenariat :

- Afin de mieux utiliser les structures existantes, créer un annuaire des services et établissements du secteur médico-social, de l'enseignement adapté, des structures à caractère social ainsi que des actions développées localement en direction de l'enfance et de la famille. Chaque partenaire s'obligerait à compléter et mettre à jour les informations le concernant.

2 – Articulation des prises en charge concomitantes en établissement médico-social et établissement à caractère social :

- Accueil de week-end et vacances scolaires des enfants qui ne peuvent être pris en charge par leur famille :
 - ➔ Organiser cet accueil dans les établissements médico-sociaux. Une double tarification Sécurité sociale et Conseil Général serait alors nécessaire.
 - ➔ ou créer une maison relais qui assurerait cet accueil.

3 - Définir par une charte départementale le cadre d'une prise en charge coordonnée entre le secteur médico-social et le secteur de la protection de l'enfance.

Cette charte pourrait définir des règles de bonnes pratiques entre les deux secteurs en précisant les notions :

- de projet individualisé
- de pilote, garant de la cohérence globale d'un projet coordonné inter-institutionnel, de ses perspectives et de son évaluation
- d'évaluation par un « superviseur » qui pourrait être selon les cas le responsable de circonscription, le directeur d'établissement, le médecin scolaire....

VIII. Accueil des mineurs étrangers isolés

On peut observer jusqu'ici deux évolutions différentes de ces accueils : le jeune fait un court passage dans l'établissement auquel il est confié puis disparaît, ou bien l'accueil se poursuit par une prise en charge de longue durée.

Comment, dans le premier cas, gérer ces passages « éclairs » dans le quotidien d'autres jeunes « installés dans leur groupe » ? Dans le second cas comment organiser la prise en charge spécifique des jeunes étrangers ainsi que leur tutelle souvent déferé au Conseil Général.

A. Etats des lieux

- Originaires de tous les continents sauf Amérique et Océanie
- Moyenne d'âge : 15-18 ans
- Absence de papiers ou doute sur leur légalité
- Une faible minorité reste dans le département
- Peu de statistiques fiables sur leur nombre
- Accueil d'urgence dans seulement 3 établissements de l'Ain

B. Préconisations

- 1 – Un accueil immédiat sur le principe de la sectorisation
- 2 – Un accueil uniquement sur OPP du parquet
- 3 – Deux référents : DIPAS et PJJ
- 4 – Une procédure de placement à terme
- 5 – Une évaluation au sein du groupe « accueil d'urgence »

Préconisations communes à tous les groupes

1 - Un site extranet répertoriant :

- les différents services et établissements de protection de l'enfance et leurs caractéristiques
- les différents services et établissements médico-sociaux et leurs caractéristiques
- les différentes actions d'aide à la parentalité

2 - Ce site permettrait également de gérer en temps réel les places disponibles, notamment les places d'accueil d'urgence

3 - Développer les formations inter-institutionnelles

4 - Maintenir les groupes de travail comme commissions de suivi et d'évaluation des préconisations

5 - Développer une politique départementale de prévention

SYNTHESE DES OBJECTIFS

Des objectifs à court terme

Sont précisés ici les objectifs qu'il apparaît urgent de réaliser :

- ▶ Finaliser le protocole d'accueil d'urgence dans les meilleurs délais et constituer un groupe de suivi chargé de l'évaluation

- ▶ Renforcer l'accompagnement et l'étayage des familles d'accueil

- ▶ Développer et pérenniser le Dispositif Départemental d'Accueil de Jour

- ▶ Finaliser la convention de prise en charge des mineurs victimes

- ▶ Créer une Unité de Consultation Médico-Judiciaire

- ▶ Créer une unité d'accueil post-révélation pour les mineurs victimes d'agressions sexuelles

- ▶ Développer les possibilités d'investigation, de diagnostic et de première prise en charge par les psychologues des établissements et services

- ▶ Organiser l'accueil hors temps scolaire des enfants suivis conjointement par les deux secteurs médico-social et de protection de l'enfance

- ▶ Elaborer une charte départementale de coordination du secteur médico-social et du secteur de protection de l'enfance

- ▶ Mettre en œuvre la procédure d'accueil et de prise en charge des mineurs étrangers isolés

- ▶ Elaborer une politique départementale de prévention, notamment de la maltraitance

- ▶ Créer un site extranet dédié à l'enfance

Des objectifs à moyen terme

Sont précisés ici les objectifs dont la réalisation a nécessairement besoin de temps :

- ▶ Elaborer une charte « Qualité de la prise en charge dans les établissements et services »
- ▶ Identifier les capacités d'accueil en séjour de rupture
- ▶ Développer le service R.E.L.A.I.S. (accueil et soins psychologiques des mineurs victimes d'abus sexuels)
- ▶ Maintenir et développer la BPDJ
- ▶ Activer le réseau autour de la prise en charge des jeunes en grandes difficultés
- ▶ Pérenniser le « Pôle Ressource »
- ▶ Développer l'offre d'actions de soutien à la parentalité, notamment CARIC, et poursuivre au sein du REAAP la réflexion engagée par le groupe « Soutien à la parentalité et prévention »
- ▶ Développer les formations inter-institutionnelles
- ▶ Réunir annuellement les groupes, constitués pour l'élaboration du présent schéma, sous la forme de commission de suivi et d'évaluation