



*DIRECTION DE LA SOLIDARITÉ DÉPARTEMENTALE*

# *SCHÉMA DÉPARTEMENTAL*

## *ENFANCE FAMILLE*

### *2017-2021*

Envoyé en préfecture le 26/03/2018

Reçu en préfecture le 26/03/2018

Affiché le

The logo for SLO (Service Local d'Orientation) is located in the top right corner. It consists of the letters 'SLO' in a stylized, italicized font, with a blue and red color scheme.

ID : 082-228200010-20180313-CD20180313\_9-DE

# **I - BILAN DU SCHÉMA DÉPARTEMENTAL 2011/2015**

## I.1 Protection Maternelle et Infantile

ORIENTATIONS	CIBLES	RÉALISATIONS
<p><b><u>ORIENTATION n° 1</u></b></p> <p>Le travail en réseau pour la périnatalité</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Améliorer la prise en charge des situations à risque en accentuant le partenariat avec les maternités privées.</li>   <li>• Favoriser le suivi post natal précoce en incluant les divers partenaires.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Plusieurs rencontres ont eu lieu dans les deux maternités privées du département pour l'analyse de situations.</li> </ul> <p>Les sages-femmes de PMI sont très bien identifiées par les professionnels des services de maternité. Des liens de communication se sont mis en place avec les sages-femmes cadres des deux maternités ainsi qu'avec les sages-femmes libérales du département permettant une meilleure prise en charge en post-natal.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Deux sages-femmes de PMI sont élues au bureau de l'ordre départemental des sages-femmes, ce qui permet bien leur identification comme professionnel de santé sur le territoire.</li>   <li>➤ La poursuite du staff périnatal au CHG de Montauban permet une fois par mois l'analyse de situations avec les partenaires du CDEF, de l'Hôpital (service de maternité et de pédiatrie), CMPP, équipe de PMI (sages-femmes et un médecin).</li> </ul>

- ➔ Le passage chaque semaine d'une sage-femme à la maternité permet le lien avec les puéricultrices afin de mettre en place un suivi postnatal précoce quand cela est nécessaire.
- ➔ La signature en 2013 d'une convention dans le cadre du PRADO (Projet de Retour à Domicile de la CPAM) permet d'informer les parents de l'existence de la PMI.
- ➔ En 2014, mise en place d'un staff post-natal avec le pôle femmes – parents – enfants de l'Hôpital en partenariat avec le CAMSP, le CMPP, la CDPE, le Service Placement, les services de psychiatrie adulte et le Service de PMI afin d'améliorer la prise en charge des familles en difficulté à la naissance d'un enfant et jusqu'à ses 2 ans. En 2013, une information a été réalisée auprès de toutes les structures d'accueil des jeunes enfants du département ainsi qu'à tous les professionnels de santé présents à la journée pédiatrique montalbanaise. Après un an d'activité il s'avère qu'il faut revoir les modalités de fonctionnement, très peu de situations ayant été présentées.
- ➔ Lien avec le service de néonatalogie

Envoyé en préfecture le 26/03/2018

Reçu en préfecture le 26/03/2018

Affiché le

 SLOW

ID : 082-228200010-20180313-CD20180313\_9-DE

de l'hôpital de Montauban toutes les semaines une puéricultrice rencontre des familles dans ce service en vue de leur retour à domicile et fait le lien avec les puéricultrices du secteur concerné.

**ORIENTATION n° 2**

Le soutien à la parentalité.

- Améliorer la coordination des actions d'information et de soutien à la parentalité avec les différents partenaires.
  - Favoriser l'implication du service PMI dans les actions de soutien à la parentalité, en améliorant l'information et la communication entre les différents partenaires impliqués.
- ➔ La poursuite du staff périnatal au CHG de Montauban permet une fois par mois l'analyse de situations avec les partenaires du CDEF, de l'Hôpital (service de maternité et de pédiatrie), CMPP, équipe de PMI (sages-femmes et un médecin).
  - ➔ Le passage chaque semaine d'une sage-femme à la maternité permet d'effectuer le lien avec les puéricultrices afin de mettre en place un suivi postnatal précoce quand cela est nécessaire et un meilleur accompagnement à la parentalité.
  - ➔ Participation des professionnels du service à différentes journées de formation sur la thématique de la parentalité en lien avec la CAF et sur la thématique de l'enfant victime de violences conjugales avec la DDCSPP en 2013, avec la mise en place d'un observatoire en 2014.
  - ➔ Participation régulière au comité technique du réseau d'écoute d'appui et d'accompagnement à la parentalité.
  - ➔ Projet parcours maternité permettant au mieux d'accompagner les futurs parents à l'arrivée d'un enfant (travail en lien avec la CPAM et la CAF depuis 2011 par une sage-femme du

service et depuis 2013, accompagnée d'un médecin diplômé en nutrition ).

- ➔ Animation de salles d'attente en lien avec des partenaires locaux des pôles (AFTRAM , espace petite enfance de Caussade, CCAS de Moissac) ; une nouvelle convention en cours de signature devrait pouvoir permettre d'étendre ce projet à d'autres secteurs.

ORIENTATIONS	CIBLES	RÉALISATIONS
<p><b><u>ORIENTATION n° 3</u></b></p> <p>Les modes d'accueil des enfants de moins de 6 ans.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b><u>Evaluer et adapter les places d'accueil des enfants sur les différentes zones géographiques du département (site internet CAF « mon-enfant.fr » en lien avec le Conseil Départemental).</u></b></li>   <li>• <b><u>Favoriser l'ouverture de structures (y compris les structures innovantes) dans le cadre de la CODAJE, réfléchir à l'adéquation de la demande et de l'offre d'accueil des enfants de moins de 6 ans dans des situations particulières, en favorisant le partenariat avec les différentes structures.</u></b></li>   <li>• <b><u>Améliorer la professionnalisation des assistants maternels (formation, évaluation).</u></b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Alimentation du site CAF « mon-enfant.fr » chaque trimestre par le service de PMI qui récolte les données auprès des Pôles.</li> </ul> <p>Livret d'information concernant l'agrément assistant maternel.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Lien régulier avec les relais assistants maternels.</li> <li>➤ La dernière réunion de la CODAJE a eu lieu le 23/06/2011 et depuis la mise en place du schéma départemental d'aide aux familles est en attente d'élaboration.</li> <li>➤ en essayant de s'adapter aux besoins locaux, analyse des projets innovants ayant abouti à l'ouverture de 5 micro-crèches, 3 jardins d'éveil devenus jardins d'enfants et de 3 MAM depuis novembre 2015 (5 projets de micro-crèches, 5 de MAM sont en cours)</li> <li>➤ Création d'un livret « devenir assistant maternel » en 2012.</li> <li>➤ organisation de réunions d'information</li> </ul>

par petits groupes de locaux dans le département afin de mieux permettre aux candidats à l'agrément d'évaluer les réels besoins en assistants maternels de leur secteur d'habitation sans toutefois pouvoir réellement adapter l'offre à la demande

- **Favoriser les liens entre les différentes structures d'accueil** (assistants maternels, crèches, micro-crèches, jardin d'éveil), la CAF, la MSA, les relais d'assistants maternels, les communes et

- mise en place d'un suivi annuel de tous les assistants maternels depuis 2013.
- meilleur contrôle concernant la sécurité chez les assistants maternels et familiaux notamment en ce qui concerne les piscines : mise en place d'un marché public pour l'expertise de celles-ci avec la SOCOTEC en février 2014.
- création d'un livret « guide de la sécurité chez l'assistant maternel et familial » en 2015.
- création de grilles d'évaluation à l'attention des professionnels afin de permettre une meilleure analyse des capacités du candidat pour l'accueil de jeunes enfants.
- favoriser le partenariat avec les RAM et la CAF, afin d'avoir des réponses plus adaptées à la demande.
- réunions bisannuelles avec des représentants des RAM et réunion plénière annuelle.

leurs regroupements pour faciliter l'accès à des réponses plus adaptées en accueil collectif ou individuel.

- ⇒ rencontres des professionnels des pôles de façon très régulières avec les RAM.
- ⇒ mise en place de liens très réguliers avec la CAF pour la création de nouveaux établissements d'accueil du jeune enfant (crèche, micro-crèche, MAM)

## I.2 Aide Sociale à l'Enfance

ORIENTATIONS	CIBLES	RÉALISATIONS
<p><b><u>ORIENTATION n° 1 :</u></b>                      Interroger les modes d'accueil traditionnels, les nouveaux modes d'accueils et les besoins.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b><u>Retravailler les projets d'établissements des MECS et des Lieux de Vie pour s'adapter aux besoins.</u></b></li>   <li>• <b><u>Redéployer et adapter la capacité des établissements</u></b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– <b>Mise en place de protocoles :</b>                      validés par l'Assemblée Départementale le 17/11/2014 visant à l'organisation des dispositifs d'accueil et à la formalisation des liens à partir d'un référentiel commun avec :                     <ul style="list-style-type: none"> <li>• L'Association Sauvegarde de l'Enfance de Tarn et Garonne (Service Action Educative en Milieu Ouvert AEMO et Centre d'Accueil et d'Orientation Jacques Filhouse CAO).</li> <li>• Les Maisons d'Enfants à Caractère Social MECS : JCLT « Foyer Educatif de Moissac », ANRAS, « La Passarèla », Fondation d'Auteuil « Saint Roch ».</li> <li>• Le Centre Départemental de l'Enfance (CDEF) qui a été quant à lui conforté dans sa mission première de l'accueil d'urgence, de l'observation, de l'orientation.</li> </ul> </li>   <li>– <b>Extension non importante de capacité :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• MECS « Passarèla » à Montauban : + 2 places (16/04/2013)</li> <li>• MECS « Saint Roch » à Durfort Lacapelette : + 3 places (05/04/2013)</li> <li>• AEMO « Sauvegarde de l'Enfance » : + 60 mesures (2015)</li> </ul> </li> </ul>

➔ **Ajustement de la capacité des Lieux de Vie**

Au vu de la réglementation ERP (établissement recevant du public) :

- Lieu de Vie « Embecado » à Savenès : - 1 place (01/07/2013).
- Lieu de Vie « La Goudonne » à Montbartier : -1 place (17/09/2013).

➔ **Expérimentation du dispositif PHD (Placement avec hébergement à domicile)**

Dispositif qui permet d'adapter le placement à la mouvance d'une situation familiale. Il est mis en place en collaboration avec les magistrats, le service Enfance Famille et les établissements.

➔ **Structuration du placement familial**

- Mise en place de 3 RTEF et création de 3 territoires :

- Montauban (4 Pôles),  
 - Beaumont de Lomagne – Moissac – Castelsasarin – Valence d' Agen,  
 - Grisolles – Montech – Caussade – Nègrepelisse.

- Élaboration du règlement intérieur à l'attention des assistants familiaux employés par le Conseil Départemental validé par l'Assemblée Départementale les 27 et 28 janvier 2014.
- Généralisation pour la mission placement

- **Organiser la cohérence et la continuité des prises en charge des enfants et de leurs familles**

Envoyé en préfecture le 26/03/2018

Reçu en préfecture le 26/03/2018

Affiché le



ID : 082-228200010-20180313-CD20180313\_9-DE

du Projet Pour l'Enfant (PPE) qui définit  
les besoins de l'enfant, les objectifs et les  
moyens d'y parvenir.

ORIENTATIONS	CIBLES	RÉALISATIONS
<p><b><u>ORIENTATIONS n° 2</u></b></p> <p>Articulation du champ socio éducatif avec le secteur pédopsychiatrie et le centre médico-psycho-pédagogique.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b><u>Les liens entre les professionnels des différents champs doivent être développés.</u></b></li>   <li>• <b><u>Nécessité de mieux adapter les zones rurales au niveau sanitaire</u></b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Mars 2015 : révision et signature des documents régissant le réseau de santé en Tarn et Garonne (Résado 82) favorisant l'accès aux soins, la coordination, la continuité et l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires des jeunes à difficultés multiples.</li> <li>➤ Transmission à l'ARS d'une délibération adoptée par l'Assemblée Départementale en 2012 concernant le besoin de places adaptées pour des enfants présentant des troubles du comportement.</li> <li>➤ Mise en place avec le concours de RESADO pour les années 2013/2014 et 2015/2016 de formations adaptées à l'accueil d'enfants à difficultés multiples dans les familles d'accueil employées par le Conseil Départemental.</li> <li>➤ Mobilisation des acteurs de terrain (DSD) dans le cadre du Contrat Local de Santé de la Lomagne animé par l'ARS.</li> <li>➤ Besoin d'un renforcement de la présence de la psychiatrie infanto-</li> </ul>

Envoyé en préfecture le 26/03/2018

Reçu en préfecture le 26/03/2018

Affiché le

**SLOW**

ID : 082-228200010-20180313-CD20180313\_9-DE

juvénile repère et acte dans une fiche  
action du contrat.

- ➔ Signature du Contrat Local de Santé par le Département (cf délibération de la Commission Permanente du 29/09/2014).
- ➔ Présence de la pédopsychiatrie inscrite dans les objectifs de la Maison de Santé Pluridisciplinaire.

## **II - DONNÉES DÉMOGRAPHIQUES ÉCONOMIQUES ET SOCIALES**

## **II.1. La démographie**

### **II.1.1 Progression de la population par rapport à la moyenne nationale**

Avec 3 718 km<sup>2</sup> de superficie, le Tarn-et-Garonne est l'un des départements les moins étendus de France métropolitaine. Son territoire est composé de 195 communes, 15 cantons, 2 arrondissements (Montauban et Castelsarrasin). La population du Tarn-et-Garonne s'établit à 250 342 habitants en 2013.

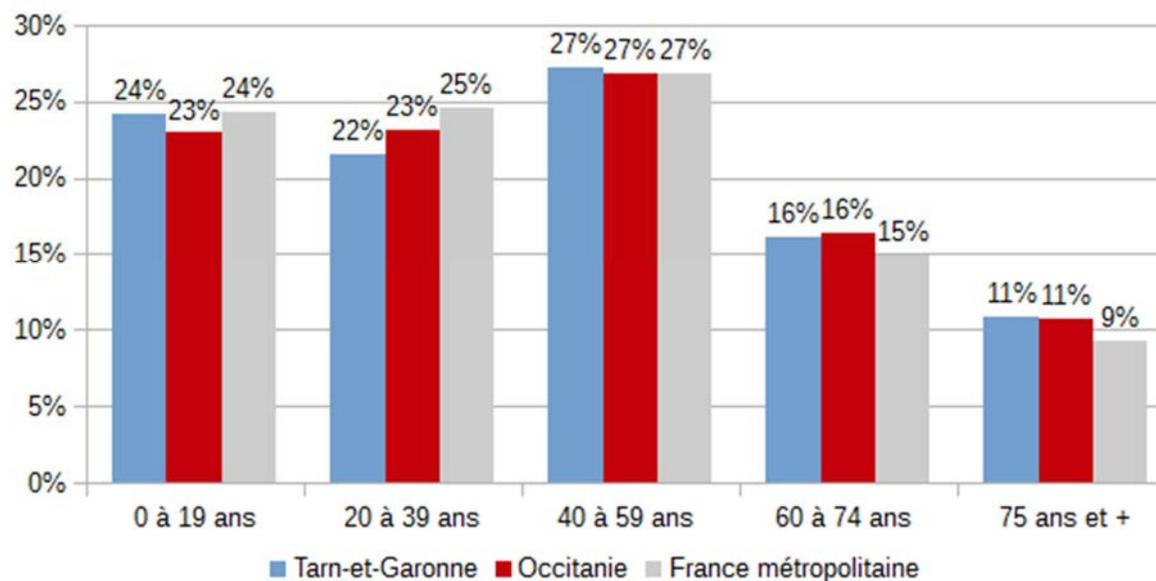
	2007	2012	2013	Evolution en % (2007-2013)
Tarn-et Garonne	231760	246971	250 342	8,02%
Occitanie	5 371 099	5 626 858	5 683 878	5,82%
France métropolitaine	63 600 455	65241241	63 697 865	0,15%

*Source : INSEE, RP 2013*

#### **La progression de la population entre 2007 et 2013 est plus rapide en Tarn-et-Garonne que la moyenne nationale.**

En raison d'une proportion importante des moins de 20 ans par rapport à la population totale, le département est relativement jeune. Par ailleurs, la population y est inégalement répartie : elle se concentre dans la vallée de la Garonne et surtout autour de Montauban et au sud, au sein du couloir Montauban – Toulouse.

### Population par tranches d'âge en 2013



Source : INSEE, RP2013 exploitation principale

#### II.1.2 Progression des moins de 20 ans entre 2008 et 2013 et focus sur les moins de 6 ans

Le Tarn-et-Garonne est un département sensiblement plus jeune que la région Occitanie : au 1er janvier 2013, 24,22 % de ses habitants ont moins de 20 ans contre 22,92 % en Occitanie. Le Département est, en revanche, quasiment aussi jeune que la moyenne nationale qui compte 24,35 % de moins de 20 ans.

**En Tarn-et-Garonne, la tranche des moins de 20 ans a progressé de 7,14 % entre 2008 et 2013. Cette progression est plus importante que celle observée en Occitanie (+ 4,21%) et en France métropolitaine (+ 1,41%)**

Population des 0-19 ans en nombre	2008	2013	Evolution en %
Tarn-et-Garonne	56 603	60 645	7,14%
Occitanie	1 250 156	1 302 783	4,21%
France métropolitaine	15 296 561	15 512 631	1,41%

Source : INSEE

NB : Les résultats 2013 du recensement de la population sont comparables avec ceux de 2008, c'est-à-dire que la collecte d'informations s'appuie sur la même base de données.

	Année	De 0 à 4 ans	De 5 à 9 ans	De 10 à 14 ans	De 15 à 19 ans	Total
Tarn-et-Garonne	2 008	14266	14706	14265	13366	56 603
	2 013	15 125	16 052	16 045	13 423	60 645
	Evolution	6,02%	9,15%	12,48%	0,43%	7,14%
Occitanie	2 008	297 930	311 916	311 381	328 929	1 250 156
	2 013	311 713	325 386	333 531	332 153	1 302 783
	Evolution	4,63%	4,32%	7,11%	0,98%	4,21%
France métropolitaine	2 008	3 796 588	3 835 712	3 736 261	3 928 000	15 296 561
	2 013	3 843 902	3 925 051	3 918 148	3 825 530	15 512 631
	Evolution	1,25%	2,33%	4,87%	-2,61%	1,41%

Source : INSEE

### Focus sur les moins de 6 ans

	Année	Moins de 3 ans	Moins de 6 ans
Tarn-et-Garonne	2008	8 407	17 251
	2013	8 767	18 277
	Evolution	4,28%	5,95%
Occitanie	2008	177 181	360 051
	2013	183 854	376 855
	Evolution	3,77%	4,67%
France Métropolitaine	2008	2 272 342	4 564 264
	2013	2 281 850	4 631 092
	Evolution	0,42%	1,46%

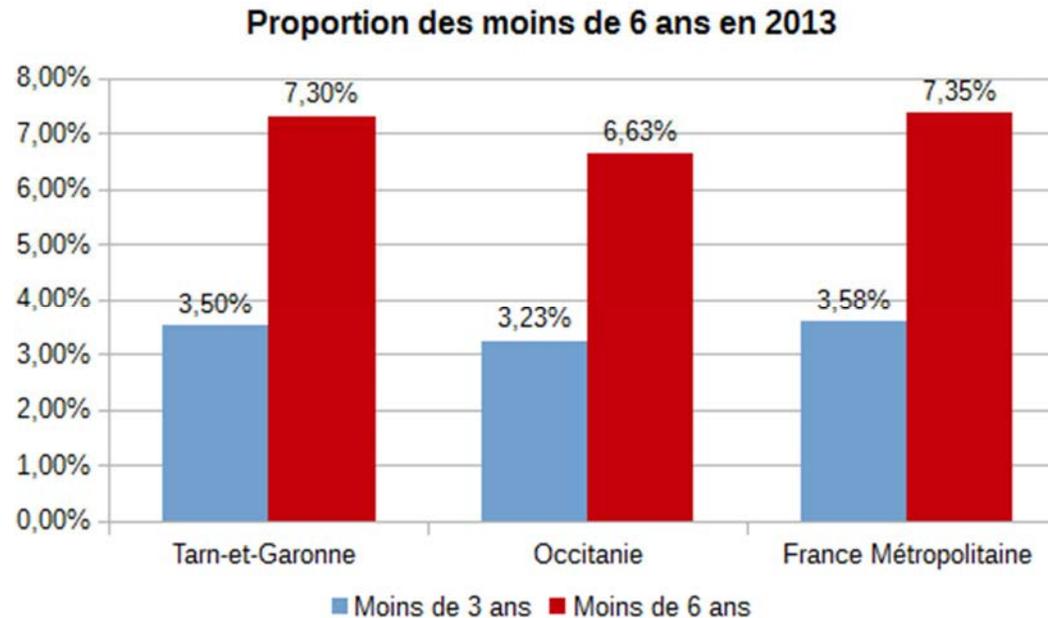
Source : INSEE

NB : Les résultats 2013 du recensement de la population sont comparables avec ceux de 2008, c'est-à-dire que la collecte d'informations s'appuie sur la même base de données.

On observe globalement une évolution à la hausse entre 2008 à 2013 des tranches d'âge des moins de 3 ans et des moins de 6 ans.

La population appartenant à la tranche des moins de 3 ans enregistre sur cette période une augmentation supérieure dans le département (4,28%) par rapport à la région (3,77%) et par rapport au national (0,42%).

Ce constat s'applique également pour la population appartenant à la tranche d'âge des moins de 6 ans.



Source : INSEE

**En 2013, la proportion des enfants de moins de 3 ans en Tarn-et-Garonne (3,50%) est légèrement plus importante que celle observée en région Occitanie (3,23%). Par ailleurs, elle est quasiment identique à celle observée en France métropolitaine (3,58%). On constate la même situation pour la proportion des enfants de moins de 6 ans.**

### II.1.3 Les autres tranches de la population 2013

Au regard de l'évolution de la structure de la population, le Tarn-et-Garonne se caractérise par :

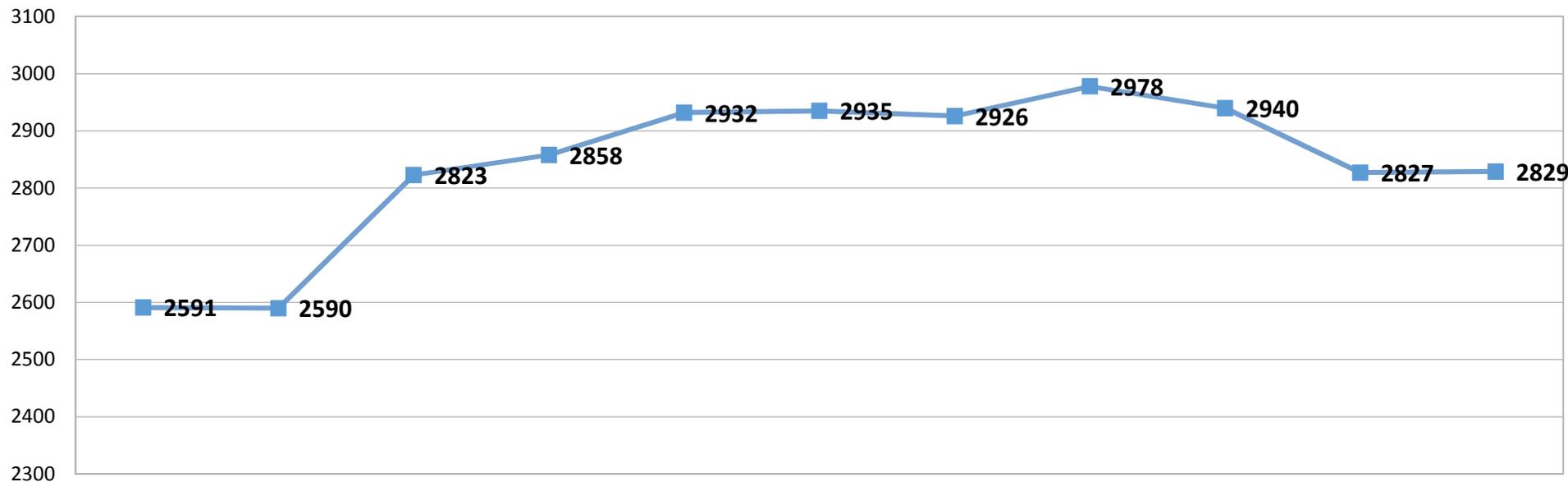
- une proportion des – de 19 ans supérieure par rapport à l'échelon régional et national ;
- cette proportion s'inverse pour la tranche d'âge des 20 à 39 ans ;
- une proportion des 40-59 ans légèrement supérieure à la moyenne régionale et dans la moyenne nationale ;
- une proportion des 60-74 ans et des 75 ans ou plus dans la moyenne régionale mais supérieure à la moyenne nationale.

### II.1.4 Evolution de la natalité de 2004 à 2014

Depuis 2004, on constate globalement une courbe de croissance à la hausse pour les naissances domiciliées en Tarn-et-Garonne. En 2011, le taux de natalité est le plus élevé avec 2 978 naissances.

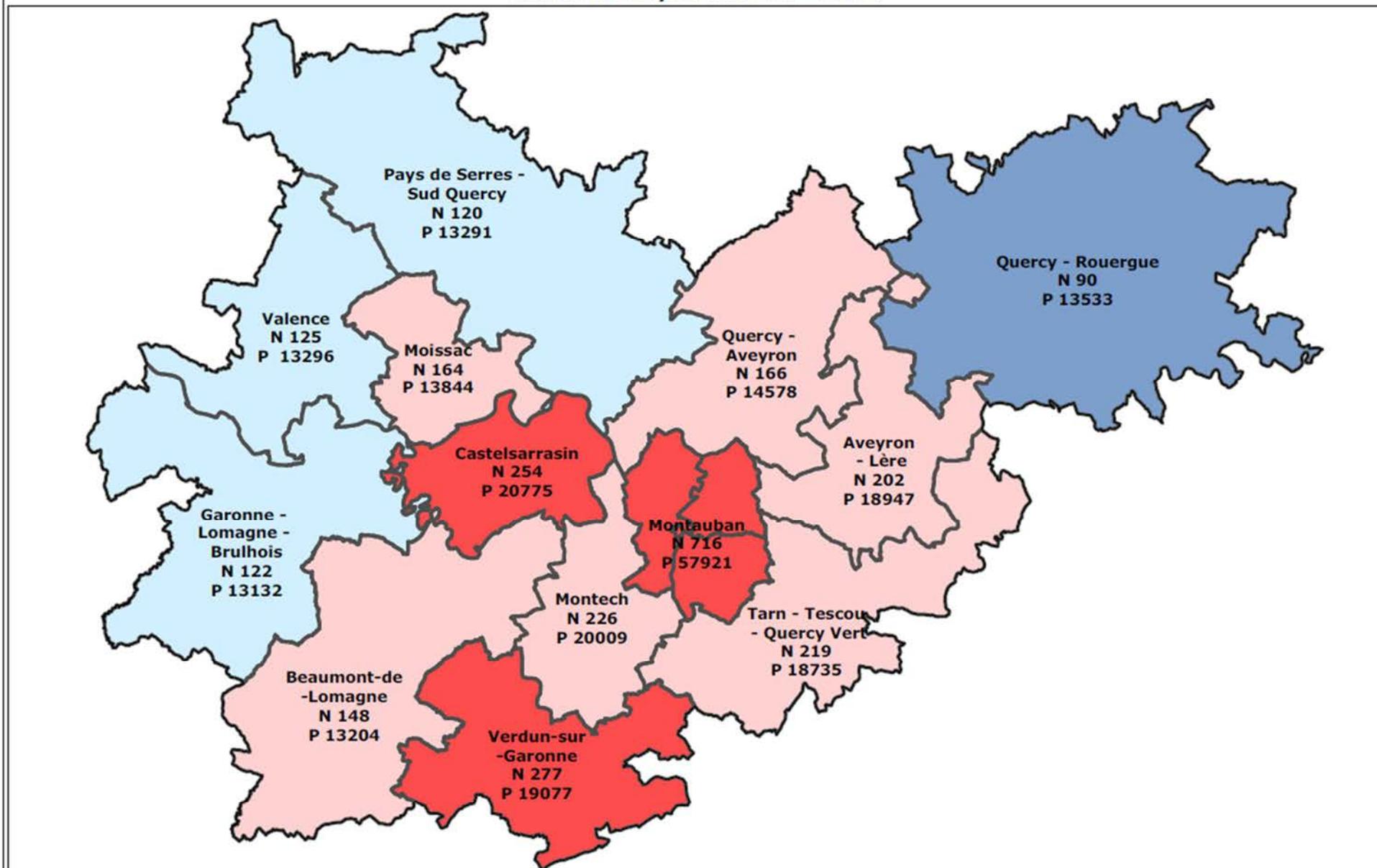
**Malgré une légère baisse remarquée sur les deux dernières années de la période de référence, le nombre d'enfants nés en 2014 est supérieur à celui de 2004, ce qui représente une évolution de + 9 %.**

Evolution du nombre de naissances en Tarn-et-Garonne entre 2004 et 2014



Source : INSEE

### Naissances par canton - 2014



Ratio nombre de naissances N / population P par canton



### Nombre de naissances en 2014 par département en région Occitanie

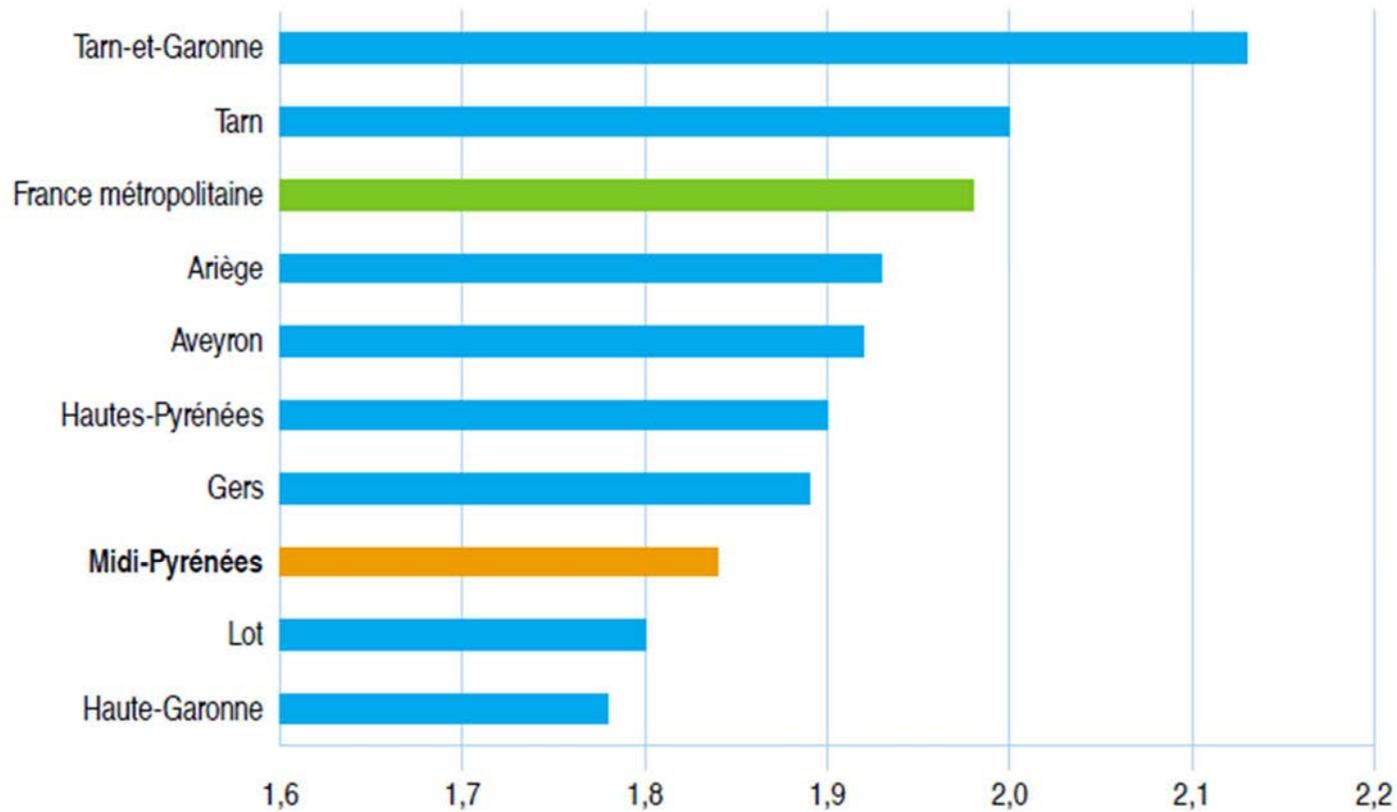
Départements	Ariège	Aude	Aveyron	Gard	Haute-Garonne	Gers	Hérault	Lot	Lozère	Hautes-Pyrénées	Pyrénées-Orientales	Tarn	Tarn-et-Garonne
Population 2013	152 684	364 877	277 740	733 201	1 298 562	190 276	1 092 331	173 758	76 607	228 868	462 705	381 927	250 342
Classement	12	6	7	3	1	10	2	11	13	9	4	5	8
Naissances 2014	1364	3516	2555	8216	16641	1643	13008	1415	651	2111	4800	3831	2829
Classement	12	6	8	3	1	10	2	11	13	9	4	5	7

Source : INSEE

Hormis la Haute-Garonne et l'Hérault qui se trouvent en position dominante du classement, étant tous deux des anciens chefs-lieux de région, on observe que la majorité des départements du Languedoc-Roussillon occupe avec le Tarn la première moitié du classement concernant le nombre de naissances en 2014.

Le Tarn-et-Garonne occupe le 7ème rang sur l'ensemble des 13 départements de la région Occitanie pour le nombre de naissances alors qu'il se situe au 8ème rang par rapport à la population. C'est un département de petite taille avec une démographie dynamique.

**Indicateur conjoncturel de fécondité\* selon les départements de Midi-Pyrénées en 2013**



Source : INSEE, statistique de l'état civil

Définition INSEE : \*L'indicateur conjoncturel de fécondité mesure le nombre d'enfants qu'aurait une femme tout au long de sa vie, si les taux de fécondité observés l'année considérée à chaque âge demeuraient inchangés.

En Midi-Pyrénées, l'indicateur conjoncturel de fécondité n'est que de 1,8 enfant par femme contre 2,0 en France métropolitaine. Cette faible fécondité s'explique par une population importante de femmes étudiantes et très diplômées. Ce constat est particulièrement vrai en Haute-Garonne, notamment en raison de la présence de nombreuses étudiantes qui reculent l'âge de la maternité.

Ainsi le taux de fécondité des jeunes femmes en Midi-Pyrénées est particulièrement faible et se renforce aux âges plus élevés sans effet de rattrapage. En effet dans la région, seules les femmes de 35 à 49 ans ont un taux de fécondité proche de la moyenne nationale.

Toutefois, en dix ans, l'indice conjoncturel de fécondité a fortement progressé en Midi-Pyrénées : il est passé de 1,7 enfant par femme en 2003 à 1,8 en 2013 et se rapproche de plus en plus de celui de la métropole. La fécondité progresse pour les femmes de 25 ans ou plus, nombre d'entre elles ayant terminé leurs études. Celle des 25 à 34 ans augmente plus rapidement dans la région que dans l'ensemble de la métropole.

L'accélération de la fécondité en Midi-Pyrénées est présente sur une grande partie du territoire, hormis le Gers et le Lot. La hausse de l'indice conjoncturel de fécondité est plus marquée dans le Tarn et le Tarn-et-Garonne, deux départements où la fécondité est plus forte qu'en France métropolitaine.

La dynamique démographique de Midi-Pyrénées s'ajoute à celle de la fécondité renforçant une situation favorable à la natalité. Ainsi, le nombre de femmes en âge de procréer augmente de 1,8 % entre 2004 et 2014 dans la région alors qu'il baisse en métropole (- 2,4 %). Cette hausse est exclusivement tirée par la Haute-Garonne et le Tarn-et-Garonne.

## **II.2 La structure des familles**

### **II 2.1 Une cellule familiale moins traditionnelle**

En Midi Pyrénées comme en France métropolitaine, la cellule familiale traditionnelle basée sur le mariage n'est plus le modèle de référence. Le nombre de PACS est multiplié par cinq entre 2003 et 2013 tandis que celui des mariages baisse de 8 % au niveau de la région. La relative désaffection pour le schéma familial classique continue de s'accroître au profit des PACS ou de l'union libre.

### **II.2.2 Les familles monoparentales**

En 2013, les femmes représentent 84% des familles monoparentales au niveau national et 60 % occupent un emploi.

Au niveau régional, les femmes représentent 83 % des familles monoparentales et 55 % occupent un emploi

En Tarn-et-Garonne, les femmes représentent 81 % des familles monoparentales et 56 % occupent un emploi.

### **I.3 Le phénomène migratoire**

Depuis plus d'une décennie, le Tarn-et-Garonne reste l'un des départements les plus attractifs de la région Occitanie. La forte croissance de la population irrigue presque tout le territoire départemental : les quatre cinquièmes des 195 communes en bénéficient. La population y est inégalement répartie : elle se concentre dans la vallée de la Garonne et surtout autour de Montauban et au sud, aux portes de l'agglomération toulousaine.

En effet, cette situation s'explique par sa position géographique, proche et sous l'influence de la métropole toulousaine, qui permet ce dynamisme démographique important. Les communes situées le long des autoroutes A62 et A20, notamment sur l'axe Toulouse-Bordeaux, en sont les principaux moteurs démographiques. Une forte croissance urbaine est ainsi observée dans le sud du département.

**En Occitanie, le Tarn-et-Garonne est le premier département en termes de croissance de population, une évolution similaire à celle de l'Hérault sur la période 2007-2012. Sur une période de trente ans, depuis 1982, le Tarn-et-Garonne et la région Occitanie ont des rythmes de croissance élevés.**

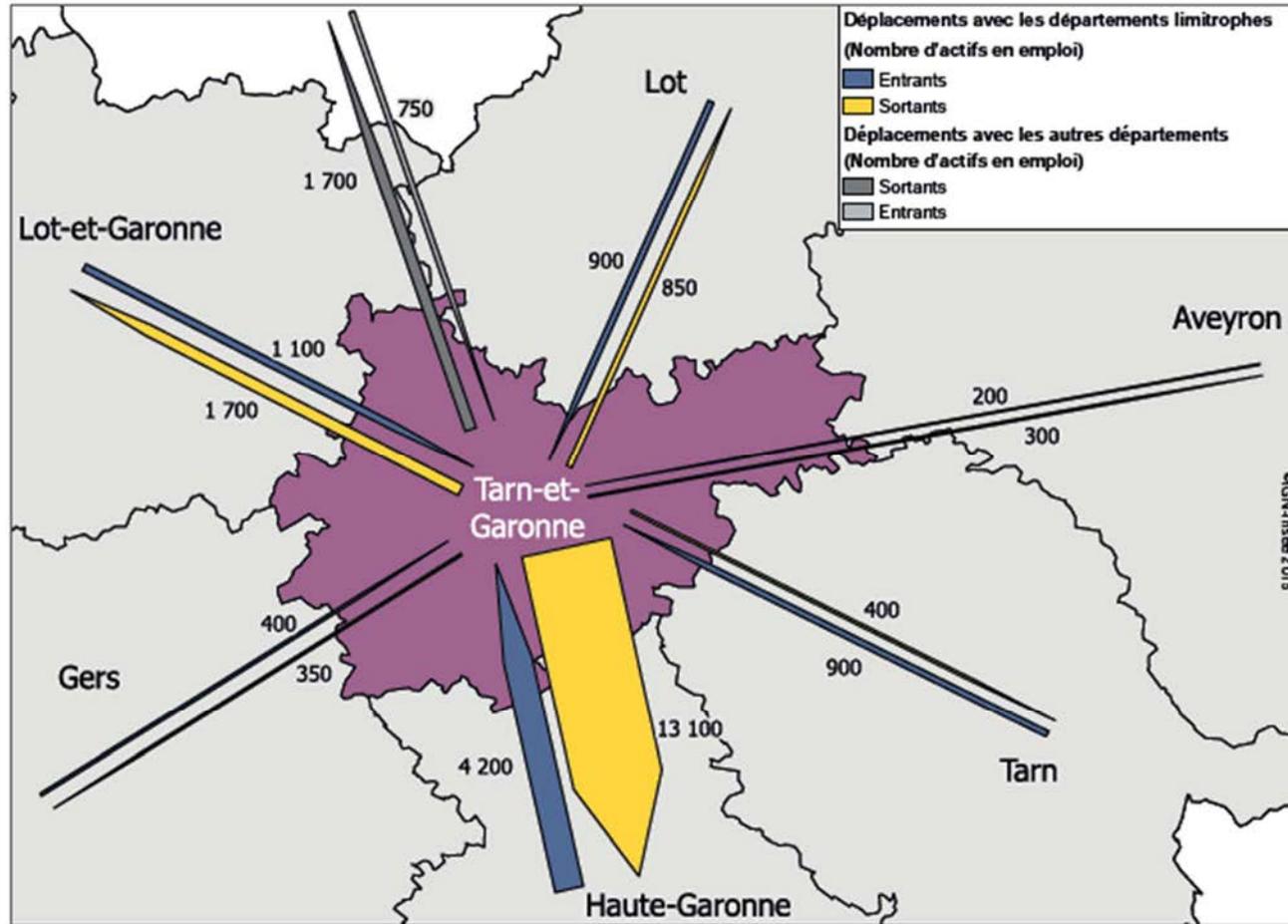
Sur la période 2007-2012, la croissance de la population du département dépasse celle de la région : + 6,6 % contre + 4,8 %. Ce dynamisme s'appuie conjointement sur l'arrivée massive de nouveaux résidents (3 000 personnes supplémentaires par an, soit + 1,3 %) et sur l'excédent des naissances par rapport aux décès.

Ainsi, la proximité de l'agglomération toulousaine n'est pas étrangère à l'arrivée de jeunes actifs, de cadres et de ménages avec enfants, plus nombreux à s'installer qu'à partir. Par ailleurs, cette proximité, renforcée par des temps d'accès rapide entre Toulouse et Montauban, place le département au cœur des migrations pendulaires. Le développement de l'aire urbaine toulousaine vers le Tarn-et Garonne a engendré des mouvements (domicile/travail) de population.

Toutefois, le Tarn-et-Garonne est marqué par un taux de chômage élevé et un taux de pauvreté important. Ces caractéristiques sollicitent fortement les compétences sociales de la collectivité départementale

### Illustration graphique

Déplacements domicile-travail entre le Tarn-et-Garonne et les autres départements en 2012

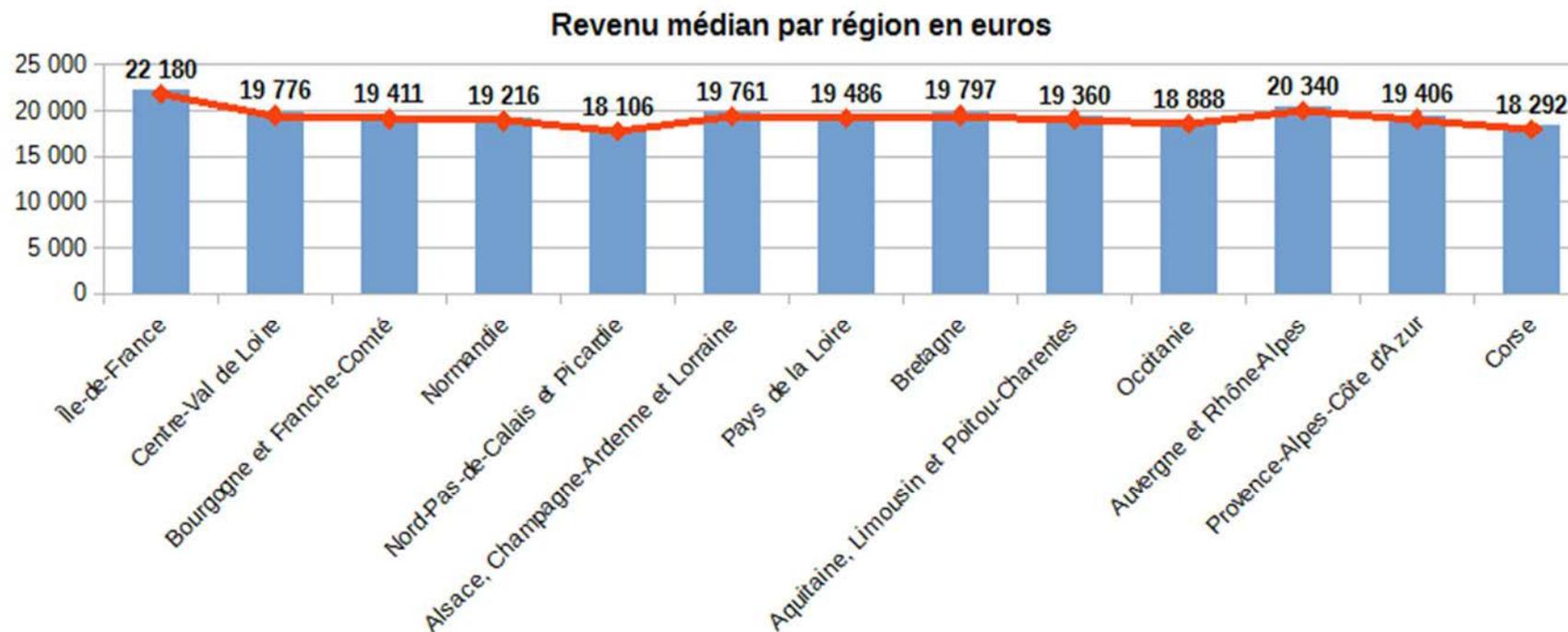


Source : Insee, recensement de la population 2012

## II.4 Portrait socio-économique

### II.4.1 Les revenus disponibles

#### II.4.1.1 Niveau de vie médian et taux de pauvreté

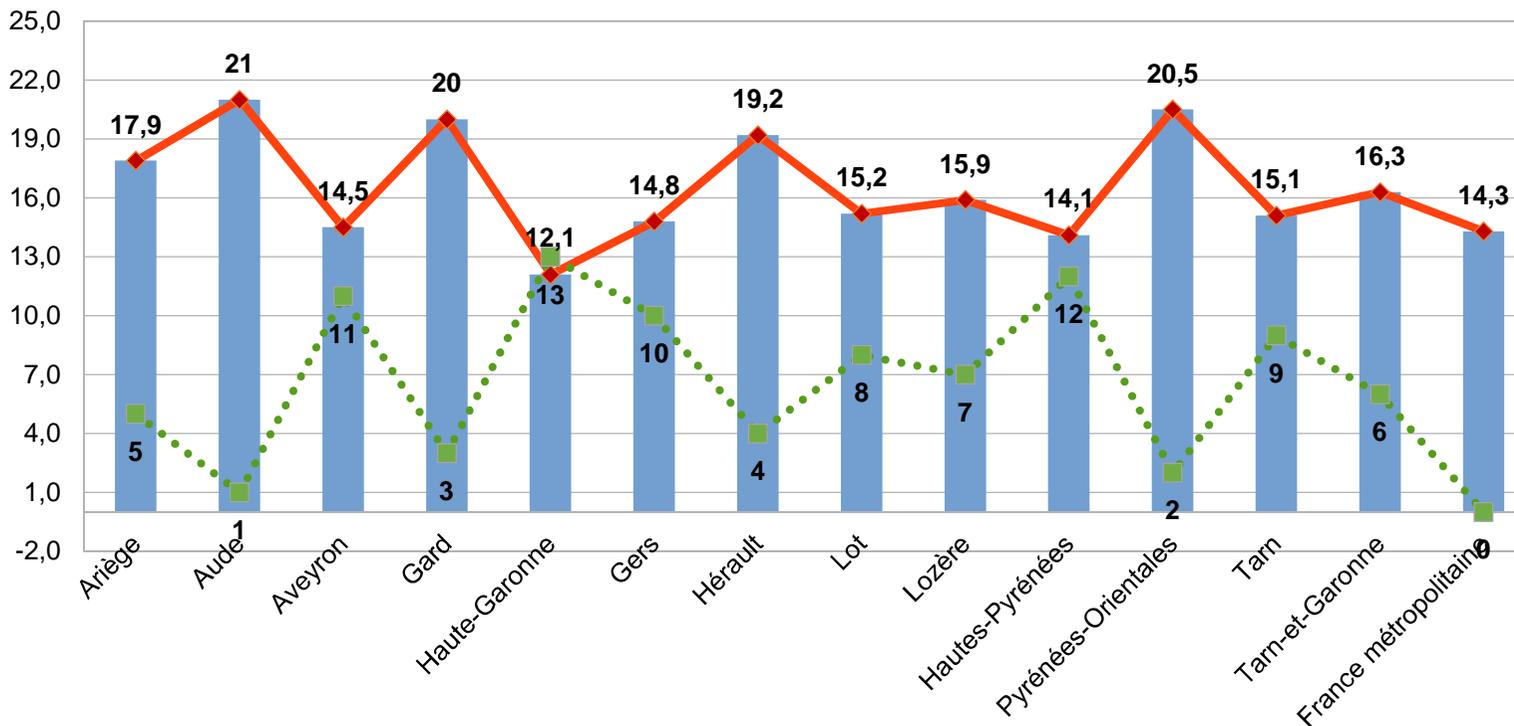


Source : Insee-DGFIP-Cnaf-Cnav-Cemsa, Fichier localisé social et fiscal

La moitié des Tarn-et-Garonnais appartient à un ménage disposant d'un revenu de moins de 18 400 euros par an. Ce niveau de vie médian est équivalent à un revenu de 1 530 euros par mois pour une personne seule ou encore à 2 760 euros pour un couple avec un jeune enfant par exemple.

La région Occitanie est l'une des régions métropolitaines au revenu disponible médian le plus bas, derrière la Corse et Nord-Pas-de-Calais-Picardie. Ce revenu disponible médian correspond à 1 575 euros par mois pour une personne seule ou encore 2 830 euros pour un couple avec un jeune enfant.

### Taux de pauvreté en % par département en 2012



Source : Insee-DGFiP-Cnaf-Cnav-Ccmsa, Fichier localisé social et fiscal

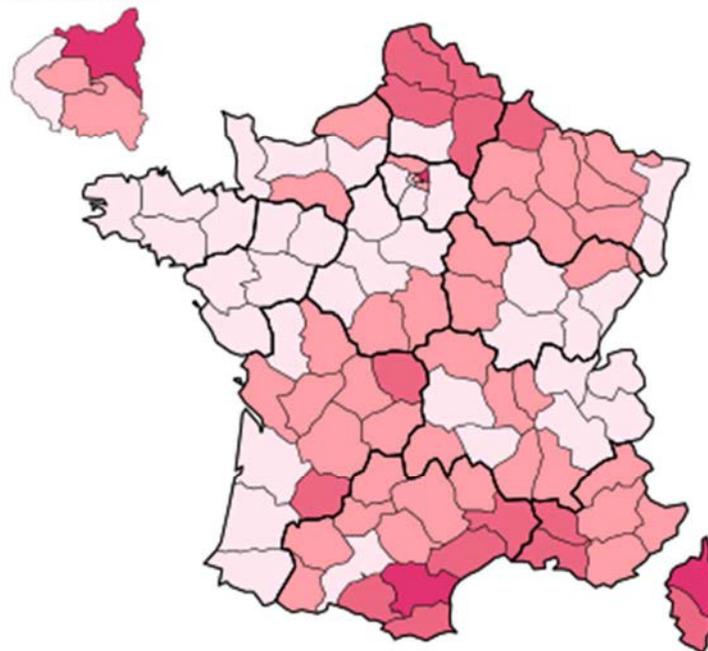
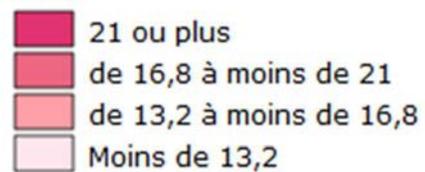
En ce qui concerne la région Midi Pyrénées, le Tarn-et-Garonne est marqué par le taux de pauvreté le plus élevé (16,3%) après l'Ariège (17,9%). Au niveau de la région Occitanie, le département occupe la 6<sup>è</sup> place sur les 13 départements.

On constate que l'Aude, les Pyrénées-Orientales et le Gard sont les départements présentant le taux de pauvreté le plus important, soit respectivement : 21 %, 20,5 % et 20 %

La Haute Garonne est le département présentant le taux de précarité le plus bas de la région avec 12,1 %. Cela s'explique par son dynamisme économique.

## Taux de pauvreté en 2012 : comparaisons départementales au niveau national

en %



Champ : France métropolitaine

Source : Insee-DGFIP-Cnaf-Cnav-Ccmsa, Fichier localisé social et fiscal

#### II.4.1.2 Taux des ménages fiscaux imposés

Dans le département, la part des ménages soumis à l'impôt sur le revenu est faible, 55,20% contre 58,80 % en Occitanie et 61,90 % en France métropolitaine. Par ailleurs, au niveau de la région, la part des ménages soumis à l'imposition des revenus est également l'une des plus faibles de France. Cela s'explique notamment par une part plus importante des pensions et retraites et une part plus faible des traitements et salaires dans le revenu disponible.

Année 2012	Nombre total de ménages fiscaux	Dont ménages imposés (en%)
Tarn-et-Garonne	102 915	55,20%
Occitanie	2 428 719	58,80%
France métropolitaine	21 773 111	61,90%

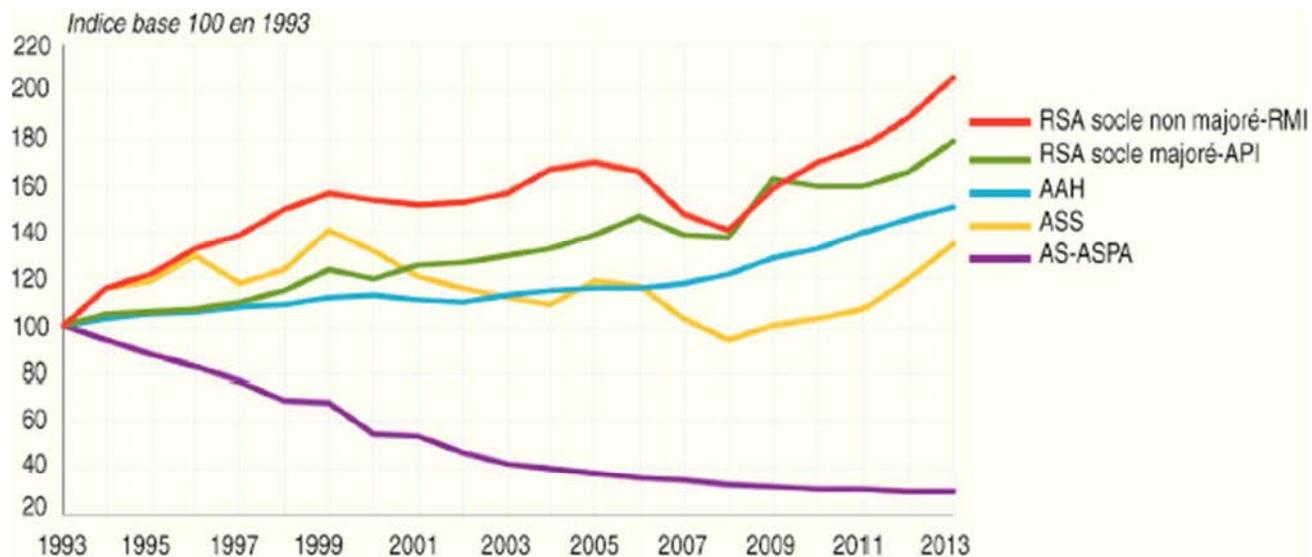
Source : INSEE

#### II.4.1.3 Les bénéficiaires des minimas sociaux

Parmi les huit minima sociaux existant en France métropolitaine, quatre d'entre eux couvrent 96 % des allocataires des minimas sociaux de Midi-Pyrénées en 2013 :

- le Revenu de solidarité active (RSA) socle, avec ses deux volets le RSA socle non majoré et le RSA socle majoré pour isolement ;
- l'Allocation de solidarité spécifique (ASS) ;
- l'Allocation adulte handicapé (AAH) ;
- l'Allocation supplémentaire du minimum vieillesse (AS), à laquelle se substitue progressivement l'Allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA).

## Évolution du nombre d'allocataires des quatre principaux minima sociaux en Midi-Pyrénées



Rupture de série en 2009 entre le RSA socle majoré et l'API

(1) Le RSA socle est un minimum social qui comporte deux volets : le RSA socle non majoré et le RSA socle majoré pour isolement

Sources : Caf, Carsat, MSA, Pôle emploi

En Midi-Pyrénées, le nombre total d'allocataires d'au moins l'un des quatre minima sociaux continue d'augmenter ~~d'un rythme accéléré en 2013~~ : + 5,8 % après une hausse de 5,0 % l'année précédente, de 2,7 % en 2011 et de 2,8% en 2010. La dégradation du contexte économique depuis mi-2008, en dépit d'une amélioration en 2010, explique cette forte progression du nombre d'allocataires pour les dispositifs tournés vers la population en âge de travailler.

Le ralentissement de l'activité économique en 2013 et la hausse du chômage qui en découle entraînent un accroissement du nombre d'allocataires du RSA socle non majoré de 9,5 %, après une hausse de 6,7 % en 2012. De même, le nombre de bénéficiaires de l'allocation de solidarité spécifique (ASS) progresse de façon très soutenue, de 12 % sur la même période.

Le RSA socle demeure le minimum social le plus distribué en Midi-Pyrénées, comme au niveau national. Il représente plus d'un tiers des allocataires d'au moins l'un des quatre principaux minima. En 2013, les bénéficiaires sont proportionnellement les plus nombreux en Ariège, ainsi que, dans une moindre mesure, en Tarn-et-Garonne et dans le Tarn.

Par ailleurs, le caractère rural de la population âgée et une précarité plus grande dans l'ensemble de la population se combinent pour aboutir à une surreprésentation de l'AS et de l'ASPA dans quatre départements : le Tarn-et-Garonne, le Gers, l'Ariège et les Hautes-Pyrénées.

## II.4.2 La précarité financière

En 2013 en Midi-Pyrénées, 420 500 personnes de moins de 65 ans couvertes par la Caisse d'allocations familiales (CAF) ou la Mutualité sociale agricole (MSA) disposent de ressources inférieures au seuil de bas revenus. Ce seuil, établi nationalement, s'élève à 1 021 euros par mois en 2013. Cette population en situation de précarité financière représente 17,8 % des moins de 65 ans et progresse chaque année depuis 2009 dans la région, battant le record du taux observé en 2005, soit 17,6 %.

En 2013, 134 800 femmes allocataires ou conjointes d'un allocataire sont en situation de précarité financière, contre 108 200 hommes. L'Ariège et le Tarn-et-Garonne sont les plus touchés par la précarité où la proportion de personnes à bas revenus avoisine les 22 %. En Haute-Garonne, le taux de précarité financière, quoique le plus faible de la région (16,2 %), subit en 2013 la plus forte hausse (+ 0,7 point).

**La précarité est nettement plus marquée en Ariège et dans le Tarn-et-Garonne qu'en moyenne régionale. Dans ces deux départements, plus de 20 % de la population de moins de 65 ans vivent dans un foyer disposant de revenus inférieurs au seuil de bas revenus. Le département du Tarn n'est pas loin derrière avec 19,7 % de sa population sous le seuil de bas revenus.**

Ailleurs dans la région, la précarité financière se concentre dans certaines grandes agglomérations (Tarbes, Albi, Castres, Cahors) et dans de larges zones rurales entre le Tarn et l'Aveyron ou encore l'ouest du Gers.

## II.4.3 L'évolution du chômage

### II.4.3.1 Taux de chômage en 2015

En 2015, le taux de chômage régional connaît des fluctuations trimestrielles de faible amplitude pour s'établir à 12 % de la population active en fin d'année, soit une baisse annuelle de 0,3 point. Cette diminution, qui ne s'était pas produite depuis cinq ans, est le reflet d'un certain dynamisme de l'emploi en Occitanie.

Toutefois, avec 12 % de la population active à la recherche d'un emploi fin 2015, la région présente toujours le deuxième plus fort taux de chômage des régions métropolitaines derrière Nord-Pas-de-Calais-Picardie (12,5 %).

	2014 T4	2015 T1	2015 T2	2015 T3	2015 T4 (p)	Évolution 2015T4/2014T4 (en points de %)
Tarn-et-Garonne	11,7	11,7	11,6	11,7	11,7	 0
Occitanie	12,3	12,1	12,1	12,2	12	 -0,3
France métropolitaine	10,1	10	10	10,1	10	 -0,1

T : Trimestre

p : données provisoires

Données CVS (La correction des variations saisonnières est une technique que les statisticiens emploient pour éliminer l'effet des fluctuations saisonnières normales sur les données, de manière à en faire ressortir les tendances fondamentales (tendance et composante irrégulière)

Source : INSEE, taux de chômage localisés et taux de chômage au sens du BIT (Bureau International du Travail) (France métropolitaine)

### II.4.3.2 Les demandeurs d'emploi

En 2015, le nombre de demandeurs d'emploi inscrits à Pôle Emploi dans la région progresse moins que l'an passé et l'inflexion est marquée pour les demandeurs d'emploi sans activité. Mais le contingent de ceux qui exercent une activité réduite augmente encore sensiblement. Le chômage de longue durée (inscrits depuis plus d'un an) continue aussi à progresser et touche toujours essentiellement les seniors. En revanche, le nombre de demandeurs d'emploi de moins de 25 ans diminue, avec la progression du nombre de bénéficiaires de contrats aidés et de la garantie jeune.

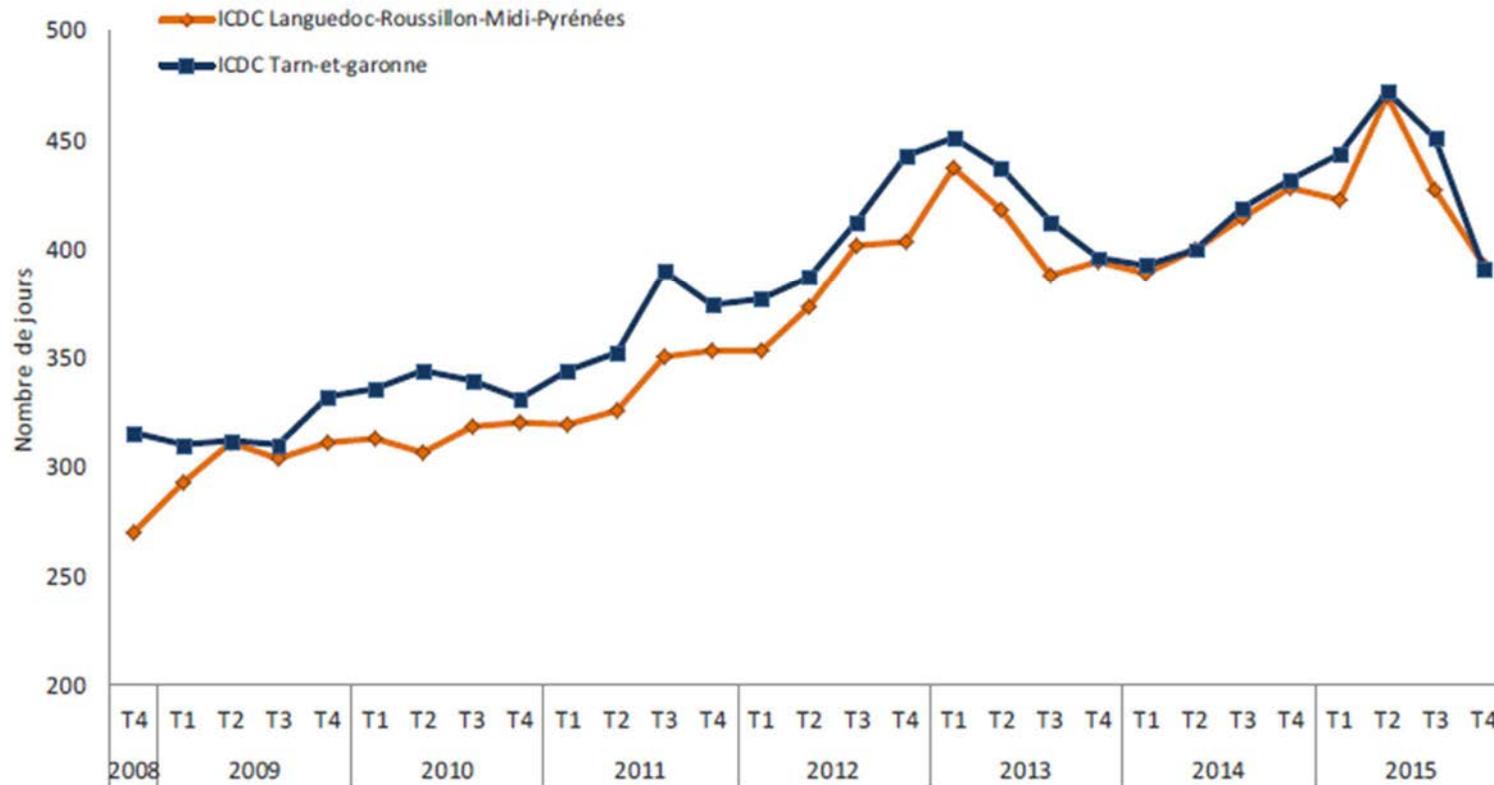
Au dernier trimestre 2015, l'indicateur conjoncturel de durée au chômage (ICDC) s'établit à 392 jours en Occitanie. Autrement dit, si la conjoncture économique de ce trimestre se maintenait, un demandeur d'emploi resterait, en moyenne, inscrit 13 mois consécutifs à Pôle emploi.

La forte dégradation de la situation économique depuis 2008 a eu pour effet d'augmenter la durée passée au chômage. Pour autant, depuis le second semestre 2015, la situation tend à s'améliorer. Au final sur l'ensemble de l'année 2015, cet indicateur affiche une diminution de plus d'un mois (36 jours).

Les demandeurs d'emploi ne sont pas égaux face à la durée du chômage. Les demandeurs d'emploi de plus de 50 ans sont les plus touchés par le chômage de longue durée. En effet, l'ICDC des seniors est environ trois fois plus important (691 jours) que celui des jeunes (217 jours). De même, les demandeurs d'emploi inscrits à Pôle emploi suite à un licenciement (économique ou non) sont confrontés à des durées moyennes de chômage élevées dépassant les 600 jours. En général plus âgés, les cadres figurent parmi les publics les plus affectés par une durée de chômage importante (439 jours).

À l'inverse, les durées les plus courtes de chômage, au sens de l'ICDC, concernent les demandeurs d'emploi plus jeunes, se présentant pour la première fois sur le marché du travail, ou bien ceux ayant démissionné de leur dernier emploi.

**Illustration graphique**



Données issues du FHS (fichier historique statistique) exhaustif pour la région Occitanie – Pôle Emploi

# **III – DONNÉES 2015 DE LA PRÉVENTION ET DE LA PROTECTION DE L'ENFANCE**

## **III.1 L'enfance en danger et en risque de danger**

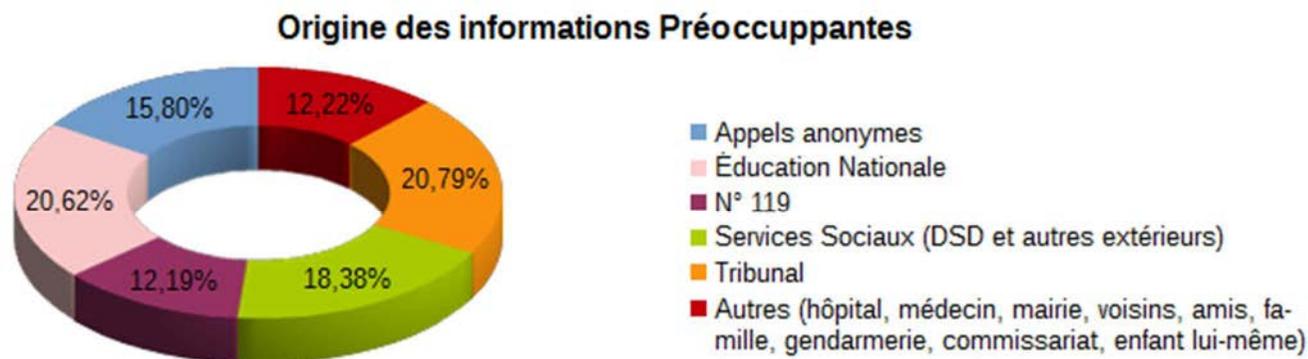
### **III.1.1 Les informations préoccupantes (IP) en 2015**

La loi du 5 Mars 2007 réformant la protection de l'enfance renforce le rôle du Président du Conseil Départemental en tant que chef de file de la protection de l'enfance. La création d'une Cellule Départementale de Protection de l'Enfance (CDPE) n'a fait que conforter les choix précurseurs pris par le Département. Cette entité départementale a pour mission de recueillir, traiter et évaluer toutes les informations préoccupantes émanant de toutes les sources, relatives aux mineurs en danger ou en risque de l'être.

La définition de l'information préoccupante, selon le décret du 7 novembre 2013 est une information transmise à la Cellule Départementale pour alerter le Président du Conseil Départemental sur la situation d'un mineur, bénéficiant ou non d'un accompagnement, pouvant laisser craindre que sa santé, sa sécurité ou sa moralité sont en danger ou en risque de l'être ou que les conditions de son éducation ou de son développement physique, affectif, intellectuel et social sont gravement compromises ou en risque de l'être. La finalité de cette transmission est d'évaluer la situation d'un mineur et de déterminer les actions de protection et d'aide dont ce mineur et sa famille peuvent bénéficier.

Sur l'année 2015 :

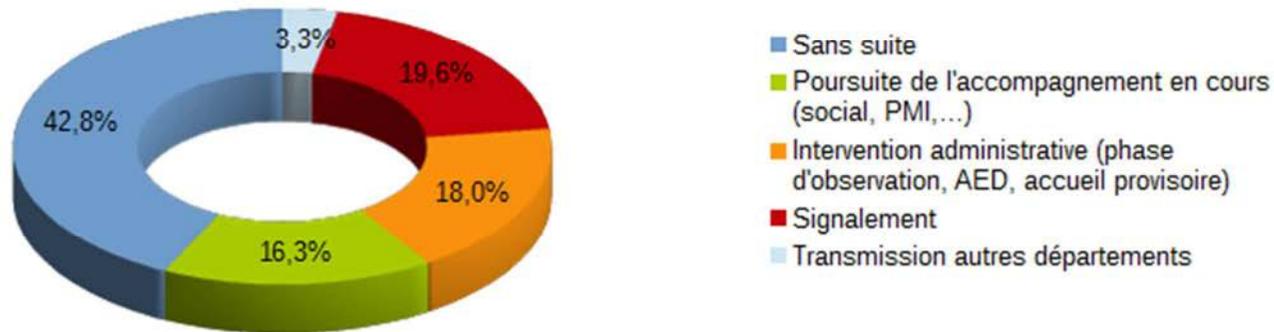
- 582 informations préoccupantes ont été traitées et ont concerné 860 enfants.
- 251 signalements ont été adressés aux Autorités Judiciaires, et ont concerné 339 enfants



L'origine des IP est diverse et démontre que la C.D.P.E est bien repérée par les usagers et les différents partenaires. Le principe de la garantie de l'anonymat pour tout signalant reste fondamental.

### III.1.2 Les suites données aux informations préoccupantes en 2015

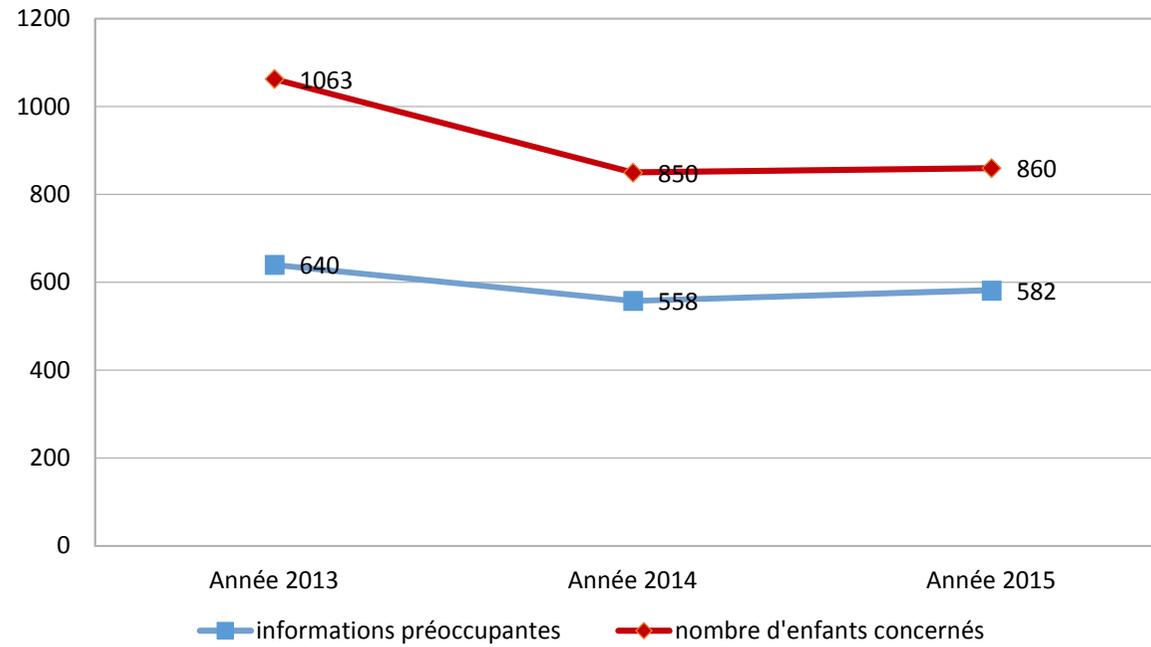
Suite données aux IP



Toutes les IP transmises à la CDPE font l'objet d'une évaluation.

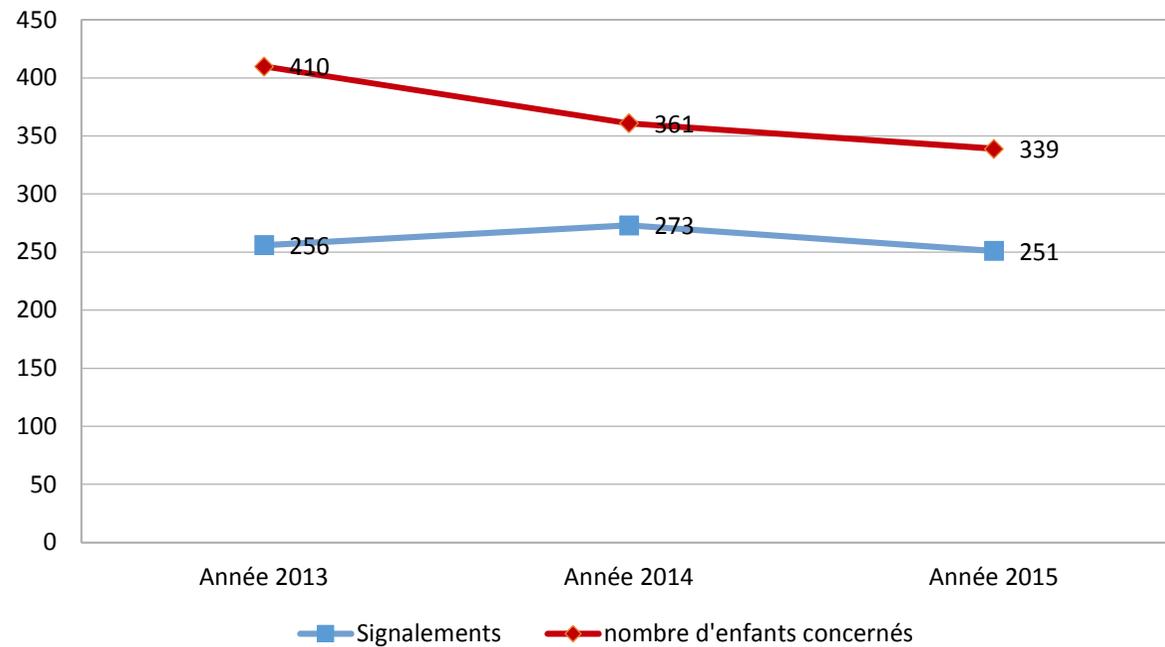
Les IP classées sans suite sont des situations pour lesquelles les éléments dénoncés ne sont pas confirmés par les travailleurs médico-sociaux après investigations et entretiens avec les parents, les enfants, les enseignants, ....  
Cependant, un dossier est ouvert sur le pôle de développement social qui reste vigilant et toujours à la disposition des familles, en tant que de besoin.

### III.1.3 L'évolution des informations préoccupantes et des signalements de 2013 à 2015 et focus sur les moins de 6 ans



Le nombre d'IP reçues à la C.D.P.E reste stable tout en restant significatif.

### Les signalements et le nombre de mineurs concernés de 2013 à 2015

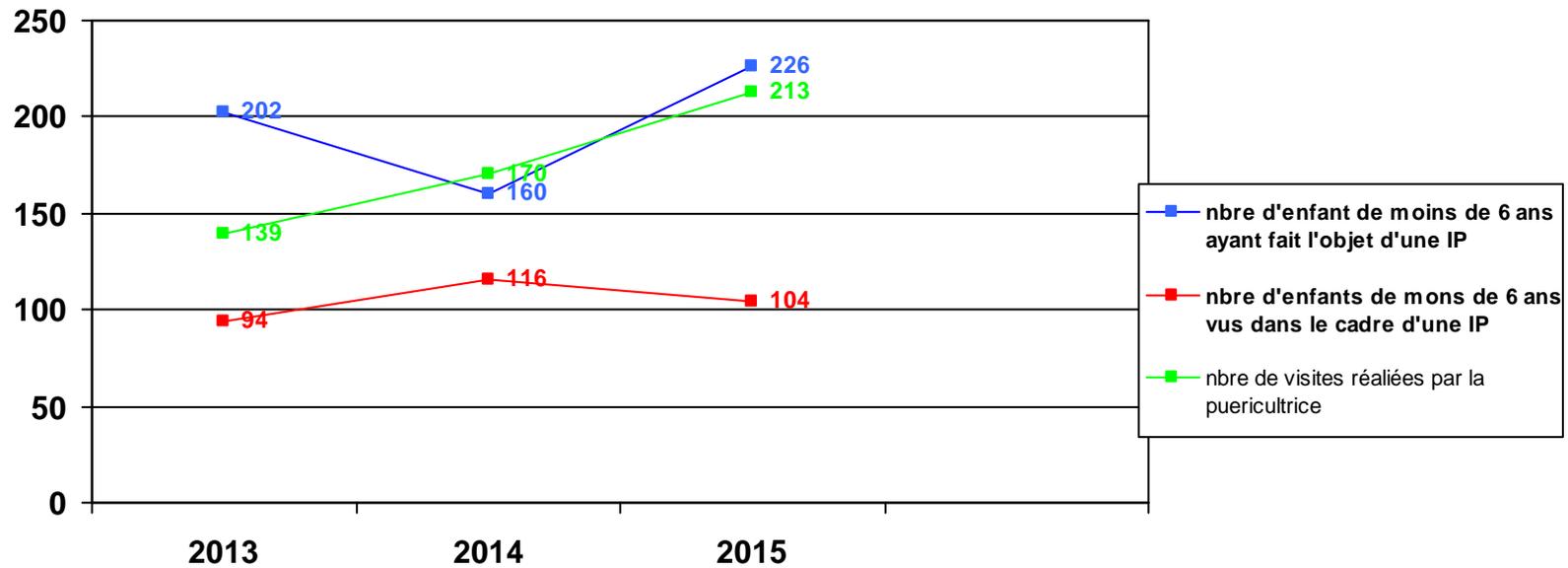


Le nombre de signalements, après avoir connu une légère hausse en 2014, a sensiblement baissé en 2015. S'agissant du nombre de mineurs concernés depuis 2013 la baisse est continue.

## Focus sur les moins de 6 ans

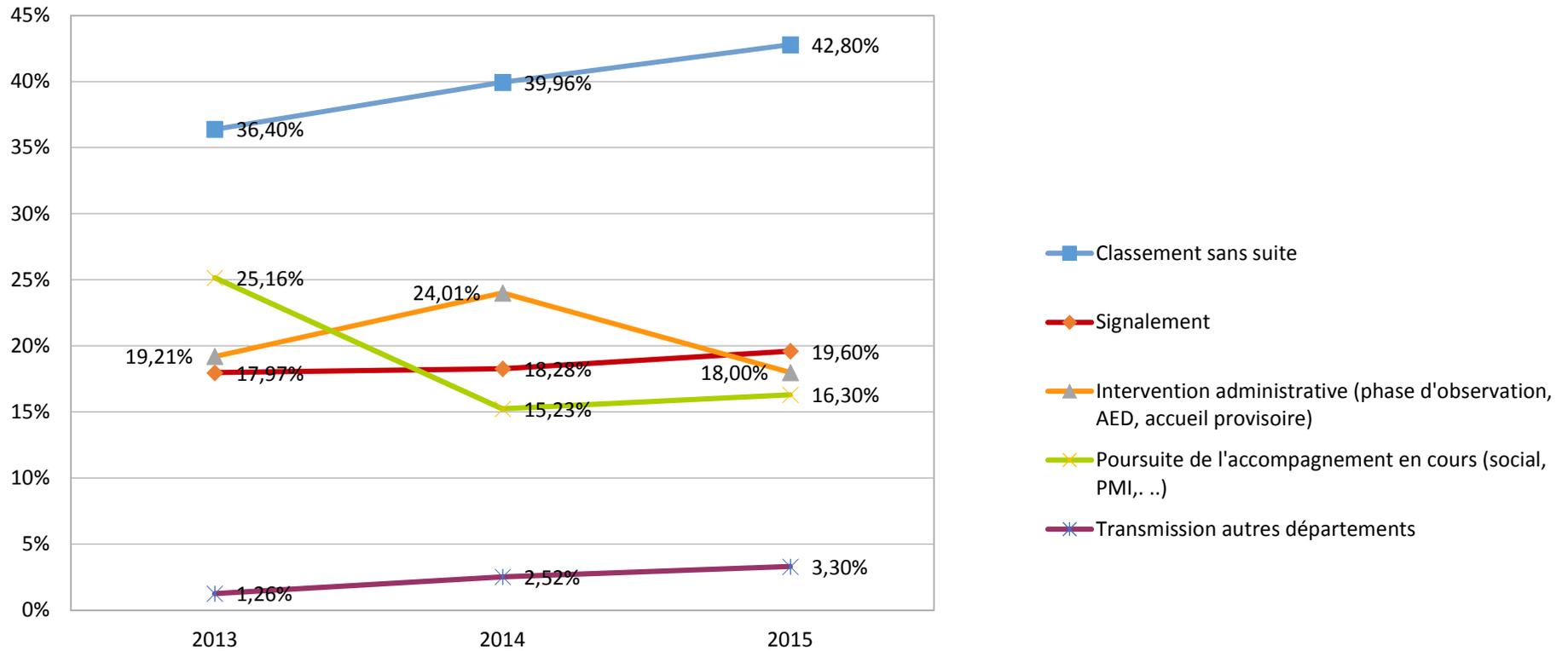
### Visites à domicile des puéricultrices de PMI suite à des informations préoccupantes

#### Evolution 2013-2015



Le nombre des visites à domicile réalisées par les puéricultrices du service de PMI concernant les enfants de moins de 6 ans ayant fait l'objet d'une IP est ajustée à la problématique rencontrée par ces enfants, les modalités d'intervention ayant été centrées sur la notion de risque de danger dans le domaine de la santé.

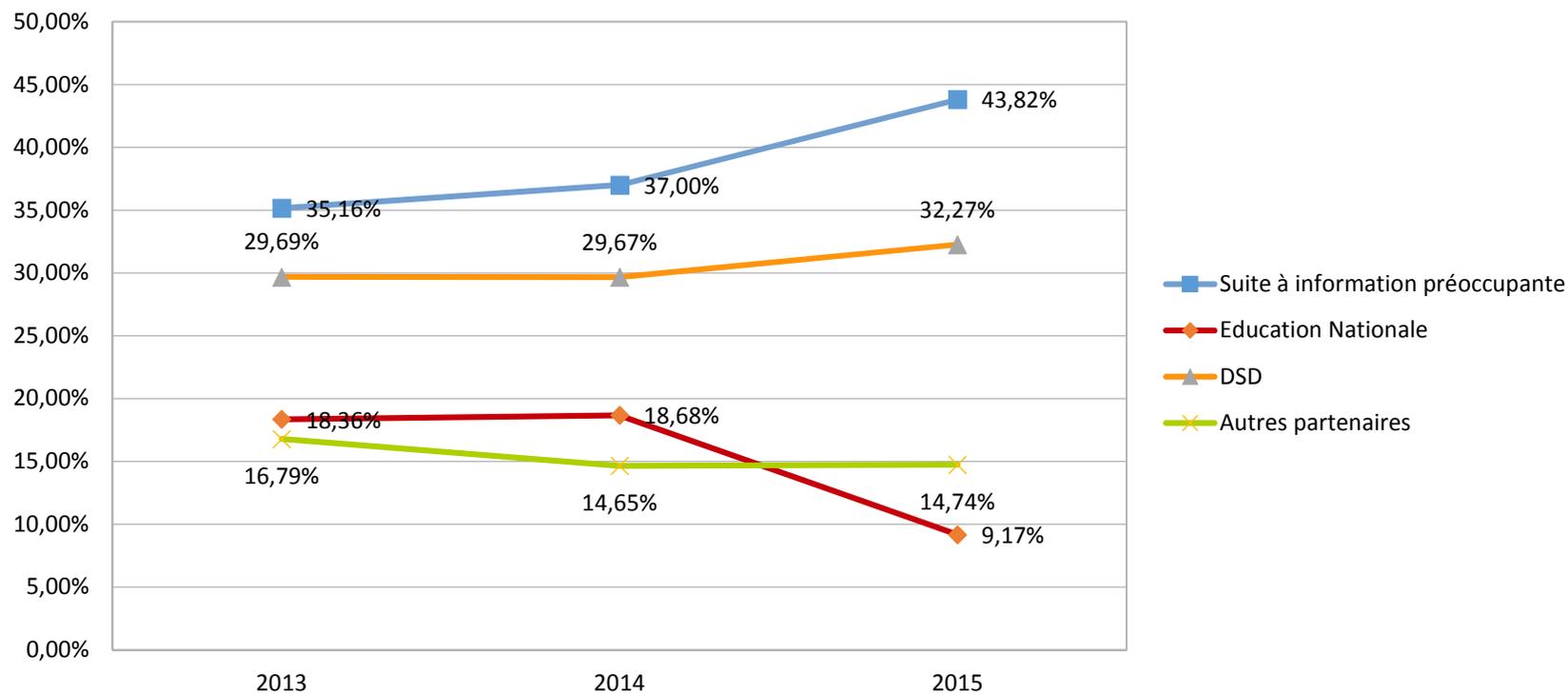
### III.1.4 Les suites données aux informations préoccupantes de 2013 à 2015



Nombre d'IP 2013	Nombre d'IP 2014	Nombre d'IP 2015
640	558	582

On constate en Tarn et Garonne une progression faible des signalements, progression observée également au plan national. Cette faible progression est à mettre en lien avec les actions de prévention et les mesures d'accompagnement proposées aux familles.

### III.1.5 Origine des transmissions des signalements aux autorités judiciaires de 2013 à 2015



Nombre de signalements 2013	Nombre de signalements 2014	Nombre de signalements 2015
256	273	251

Malgré la baisse de signalements entre 2013 et 2015, la proportion d'Informations Préoccupantes donnant lieu à une transmission aux autorités judiciaires est en constante augmentation (+ 8,60%). Cela traduit une dégradation des situations évaluées.

Grâce à un partenariat avec l'Éducation Nationale renforcé, le nombre de signalements par celle-ci est en baisse notamment depuis 2014 (-9,50%).

## **III.2 La prévention**

### **III.2.1 La planification**

L'activité du Centre de Planification et d'Éducation Familiale (CPEF) se décline dans différents sites du département. Les permanences de la conseillère conjugale et consultations médicales alternent avec les interventions en milieu scolaire.

Le Centre de Planification Familiale est chargé d'exercer les missions suivantes :

- Consultations médicales relatives à la maîtrise de la fécondité ;
- Diffusion d'informations et d'actions individuelles et collectives de prévention portant sur la fécondité et l'éducation familiale ;
- Préparation à la vie de couple et à la fonction parentale, entretien de conseil conjugal et familial ;
- Entretien préalable à l'IVG prévu à l'article L162-4 du Code de Santé Publique ;
- Entretiens relatifs à la régulation des naissances faisant suite à une interruption volontaire de grossesse ;
- Activité de dépistage anonyme et gratuit du VIH en fonction de la circulaire du 29 janvier 1993 (circulaire DGS/DIV-SIDA) sous réserve d'accord spécifique en ce domaine.

En Tarn et Garonne, le CPEF fonctionne sur la base de conventions signées entre le Conseil départemental et les centres hospitaliers de Montauban et Moissac. Le CPEF de l'Hôpital de Montauban a une antenne au CMS de Caussade, celui de Moissac au CMS de Castelsarrasin.

**Les consultations gynécologiques et entretiens des conseillères conjugales**

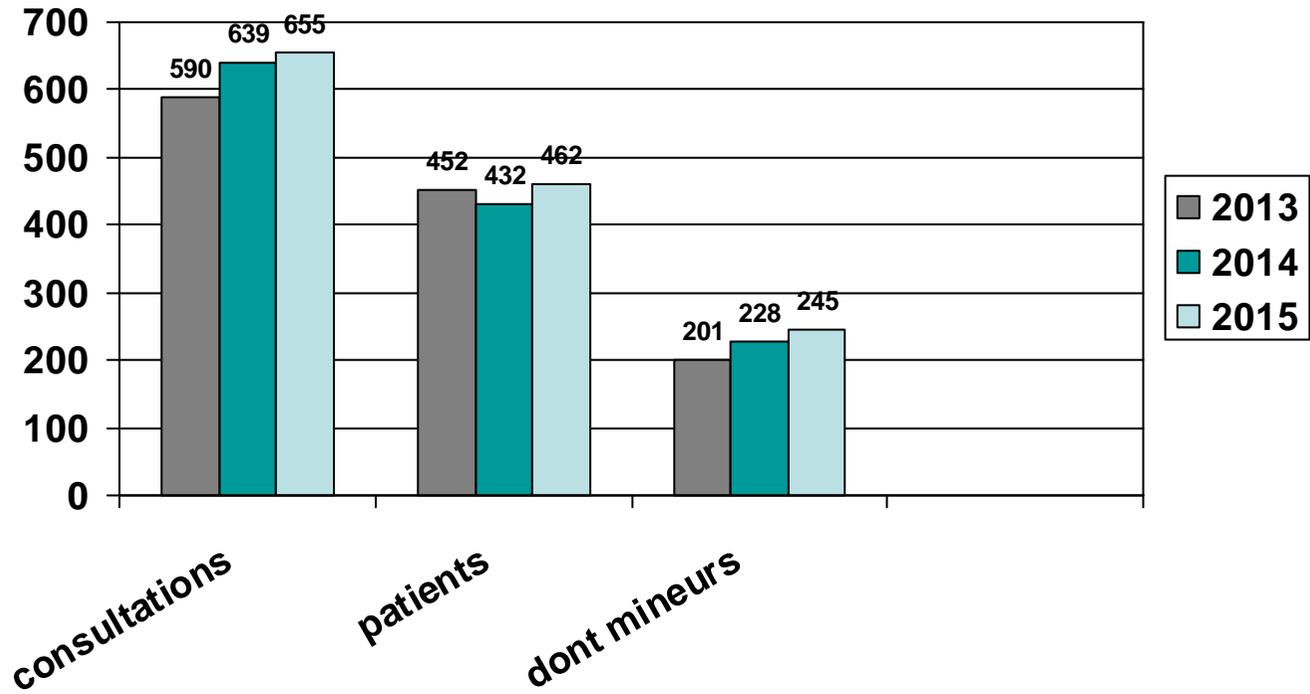
<b>Consultations gynécologiques</b>			
	2013	2014	2015
MONTAUBAN	590	529	655
CAUSSADE	40	43	51
MOISSAC	28	18	7
CASTELSARRASIN	46	68	*
<b>TOTAL</b>	<b>704</b>	<b>658</b>	<b>713</b>

\* La consultation a été interrompue à la suite du départ à la retraite du médecin gynécologue.

<b>Entretiens conseillères</b>			
	2013	2014 (Sans Moissac Castelsarrasin)*	2015 (Sans Moissac Castelsarrasin)*
Pré IVG et post IVG	114	56	50
Conseils Conjugaux	135	85	90
Contraception	88	101	102
Divers	83	79	137
<b>Total</b>	<b>420</b>	<b>300</b>	<b>379</b>

\* La conseillère conjugale n'intervient plus à Moissac depuis 2014 et très peu à Castelsarrasin.

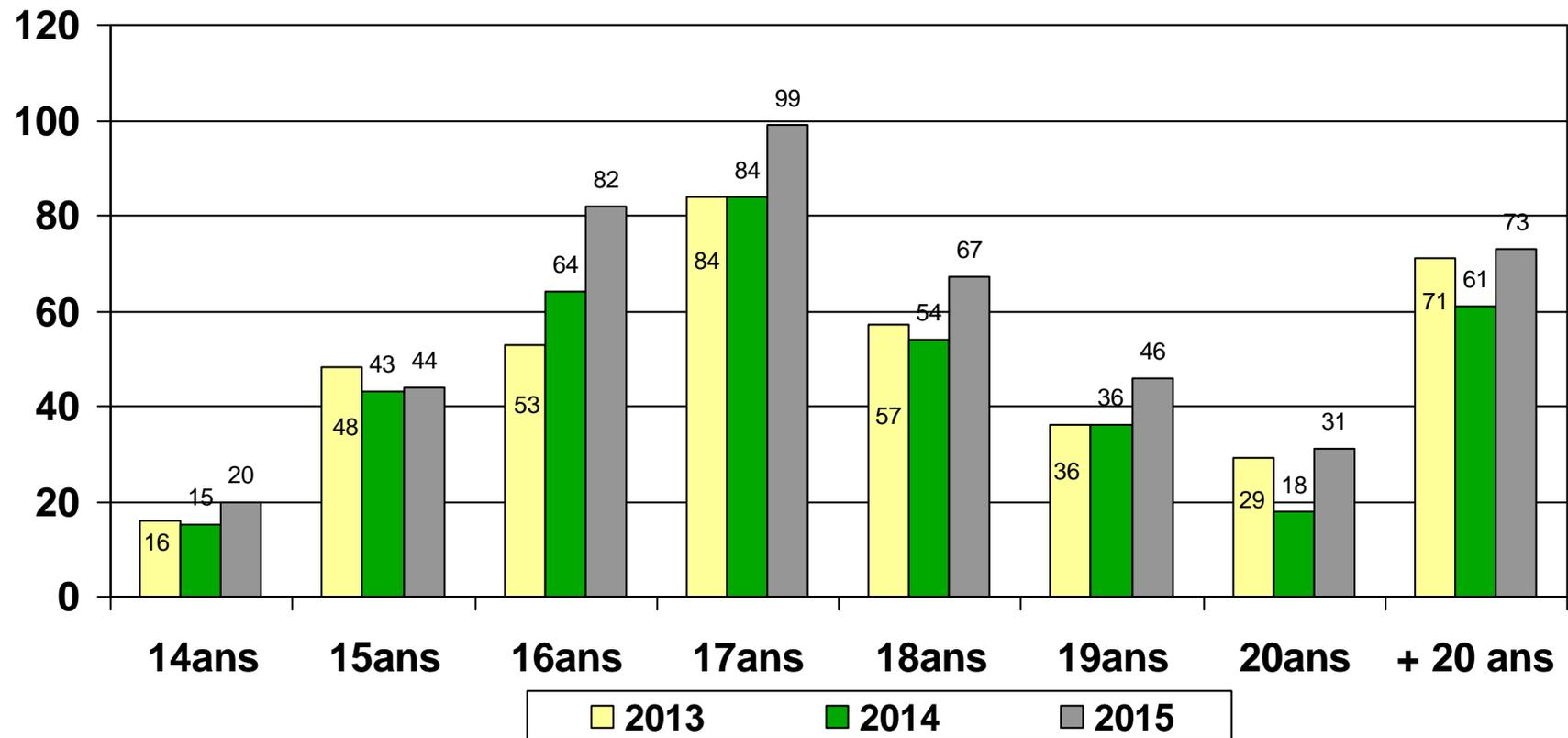
**Centre de planification et éducation familiale**  
**Centre hospitalier de Montauban de 2013 à 2015**



La moitié des patients sont des mineurs et la plupart sont de sexe féminin.

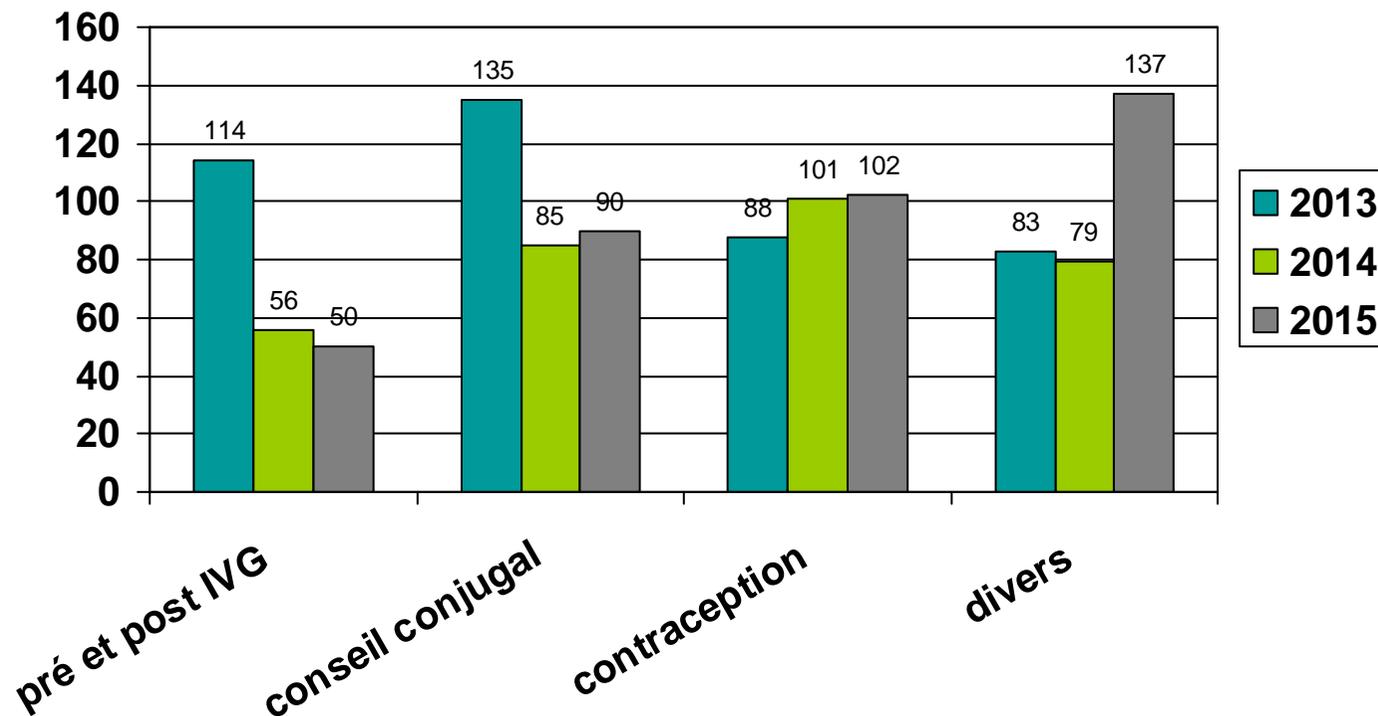
**Centre de planification et éducation familiale**

**Nombre de patients de 14 à 20 ans de 2013 à 2015**



**Centre de planification et éducation familiale de Montauban**

**Activité des conseillères – 2013-2015**



## **Evolution des consultations du CPEF Montauban – Caussade**

La conseillère conjugale reçoit de plus en plus de demandes diverses notamment concernant les violences faites aux femmes.

L'analyse de ces graphiques permet de constater que la fréquentation du CPEF sur les années 2014 et 2015 est un peu moins importante que les années précédentes : la moyenne des consultations par séance passe de 5,14 en 2013 à 4,81 en 2015 en sachant qu'il y a de fortes différences suivant les jours de consultation de la semaine et suivant les périodes de l'année.

La plus forte fréquentation concerne les consultantes de 17 ans comme depuis de nombreuses années. Il a été constaté une baisse de fréquentation des jeunes majeures qui s'explique d'une part par le fait que le service de gynécologie du centre hospitalier de Montauban a recruté 4 nouveaux médecins gynécologues femmes, ce qui donne une accessibilité plus facile, et d'autre part par l'accès à la contraception gratuit pour les mineures.

L'impact médiatique de l'arrêt de commercialisation de certains contraceptifs oraux (ex Diane) et l'analyse de l'agence européenne du médicament suggérant l'incidence du risque d'événements thrombo-emboliques veineux plus importants chez les utilisatrices de contraceptifs oraux de 3ème et 4ème génération ont enlevé la confiance et ont semé le trouble. Ainsi, souvent les jeunes mal informées sur leur catégorie de pilule ont préféré tout arrêter et revenir à la seule utilisation du préservatif sans besoin de consultation médicale.

Au nombre de consultations médicales peuvent se rajouter les nombreux appels téléphoniques reçus pour demande d'information, conseils multiples tout au long de l'année.

Le public des consultantes est en grande partie constitué par :

- des jeunes accueillies en famille d'accueil ou en foyer (CDEF, Passarella, CHRS, Foyer St Roch.....)
- des lycéennes, collégiennes d'établissements scolaires où des informations collectives ont été données par l'équipe du CPEF.

## Les interventions en milieu scolaire

Les modalités enregistrées depuis 2011 permettent de constater que plus de 2500 élèves bénéficient par le médecin et la conseillère du CPEF chaque année de séances d'information collectives :

- classes de 6ème, 5ème, 4ème, 3ème au collège,
- classes de seconde au lycée,
- classes SEGPA,
- classes LEP .

En 2011, 3600 élèves en bénéficiaient. Malheureusement ces interventions n'ont plus lieu que sur le secteur est du département faute de conseillère conjugale sur le secteur de Moissac-Castelsarrasin depuis 2013

C'est un important travail de prévention des grossesses non désirées, d'information sur le SIDA et les MST, « espace de parole à un âge où les adolescents ont un déficit de mots pour parler de la sexualité, contribuant par la responsabilisation à l'appropriation des messages de prévention comme l'information sur la contraception d'urgence » (Dr CASANOVE)

Faute de conseillère conjugale les interventions n'ont plus lieu dans les ESAT et foyers d'accueil du département.

L'activité du CPEF au centre hospitalier intercommunal de Castelsarrasin-Moissac est très faible. Le médecin n'y est pas bien identifié et l'absence de conseillère conjugale implique qu'il ne devrait plus être considéré comme un centre de planification et d'éducation familiale. Or les besoins de la population étant semblables à ceux de l'autre moitié du département il semble nécessaire de revoir son fonctionnement.

### III.2.2 La période prénatale

La périnatalité est un axe fort du travail de PMI. Les sages-femmes participent activement au réseau MATERMIP .

Les activités prénatales essentiellement conduites par les sages-femmes, visent à renforcer particulièrement la protection des femmes enceintes dont l'état de santé, la situation matérielle ou morale nécessite une protection particulière mais sont également proposées à toutes les futures mères.

Ces actions ont les objectifs suivants :

- Améliorer le vécu de la grossesse ;
- Accompagner les futures mères particulièrement dans des situations de détresse ;
- Évaluer et prévenir les risques de dysfonctionnements dans la relation ultérieure avec l'enfant ;
- Renforcer la surveillance médicale ;
- Participer à la prévention de la prématurité et des pathologies néo-natales.

Un protocole de prévention a été établi. Il définit les critères et les modalités de l'intervention des sages-femmes.

En consultation dans les CMS ou en visite à domicile au cours de la période prénatale, les sages-femmes assurent :

- le suivi du déroulement de la grossesse,
- le dépistage des pathologies de la grossesse et leur orientation,
- l'accompagnement à la parentalité,
- l'information et la préparation à l'allaitement maternel,
- l'éducation à la santé.

Dans la période du post-partum, elles interviennent pour :

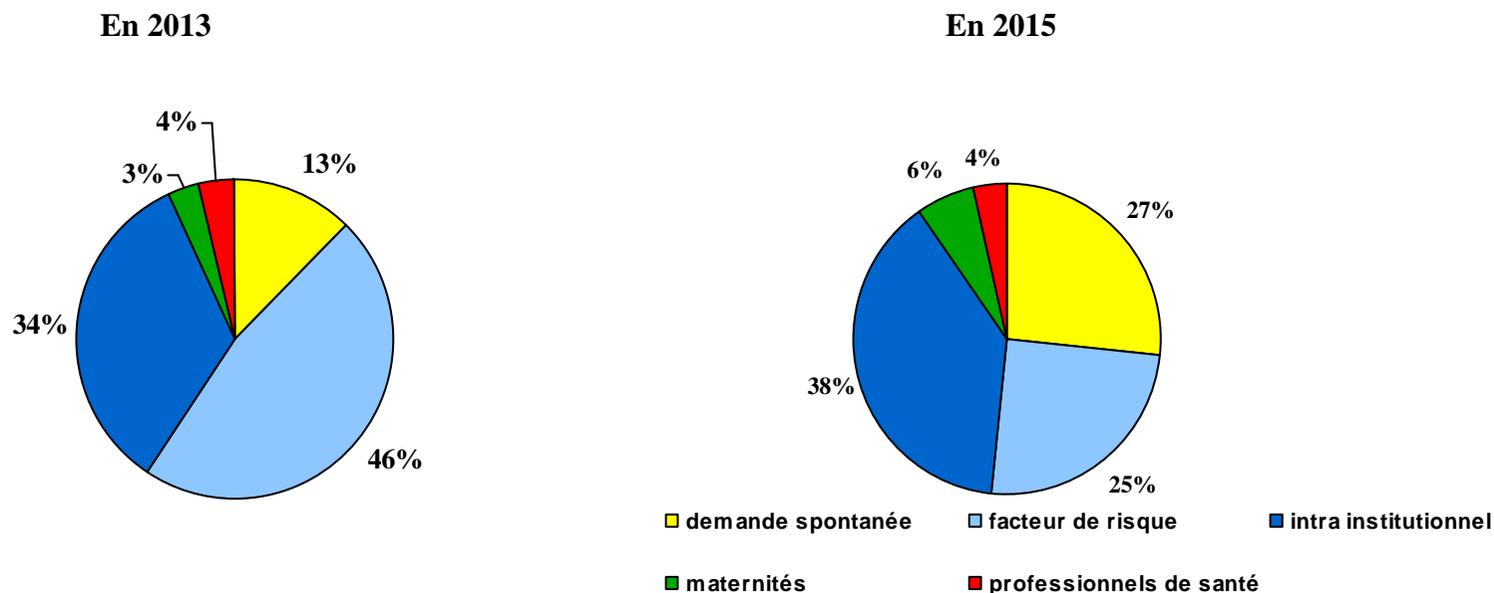
- le soutien à l'allaitement maternel,
- la planification des grossesses (possibilité depuis 2015 pour les sages-femmes de réaliser des consultations de gynécologie et de prescrire la contraception),
- la prévention des pathologies du post-partum.

Pour une grande part de leur activité, les sages-femmes interviennent à partir de facteurs de risques définis grâce à de l'avis de grossesse transmis par la CAF :

- mineure,
- primipare ou grande multipare,
- femme seule,
- bénéficiaires des minimas sociaux (AAH, RSA),
- déclaration tardive de grossesse.

## Activité des sages-femmes

### comparaison de l'origine des demandes entre 2013 et 2015



L'évolution de 2013 à 2015 de l'origine des demandes reflète l'identification des sages-femmes de PMI tant par les maternités (augmentation de 3 % à 6%) que par les usagers eux-mêmes (augmentation de 13 % à 27%).

Par contre, l'intervention en fonction des critères de risques commence à diminuer (46 % à 25%) ; en effet sur les nouvelles déclarations de grossesses utilisées depuis 2015 ne sont plus mentionnés aucun critère social, familial ou de santé ; aucun élément concernant la notion de couple n'est précisé, les seuls critères persistant sont celui de l'âge de la femme enceinte et la date de déclaration de grossesse. Par conséquent, seules les notions de minorité et de déclaration tardive pourront être prises en compte lors de l'analyse de l'avis de grossesse et, de ce fait, entraîner une prise en charge en urgence.

Ainsi, il semble indispensable d'augmenter les liens de coordination en intra-institutionnel (partage de connaissances de difficultés par les professionnels des pôles de développement sociaux avec les sages-femmes malgré leur manque de présence physique compte-tenu de leur nombre).

## Activité des sages-femmes

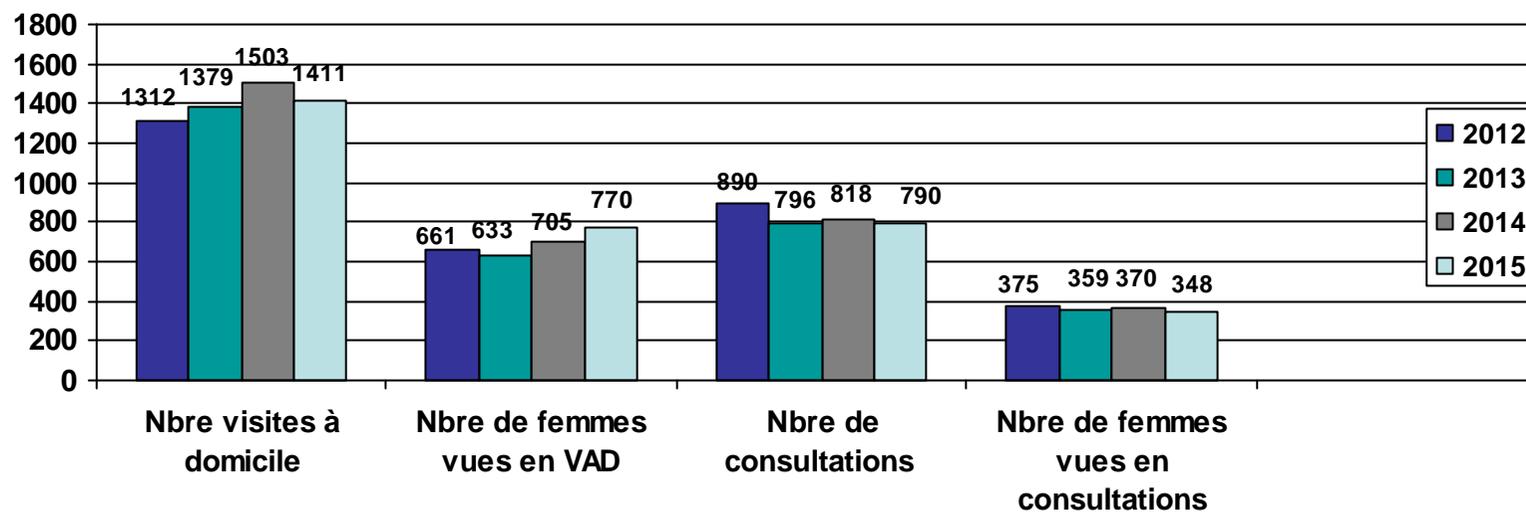
### Visites à domicile et consultations

	2011	2012	2013	2014	2015
<b>Visites à domicile</b>					
- Nombre de visites effectuées	1237	1312	1379	1503	1411
- Nombre de femmes vues	663	661	633	705	770
<b>Consultations</b>					
- Nombre d'examens réalisés	833	890	796	818	790
- Nombre de femmes vues	343	375	359	370	348

Fin 2012 l'arrivée d'une 4ème sage-femme a permis d'améliorer la prise en charge en augmentant considérablement le nombre de visites à domicile.

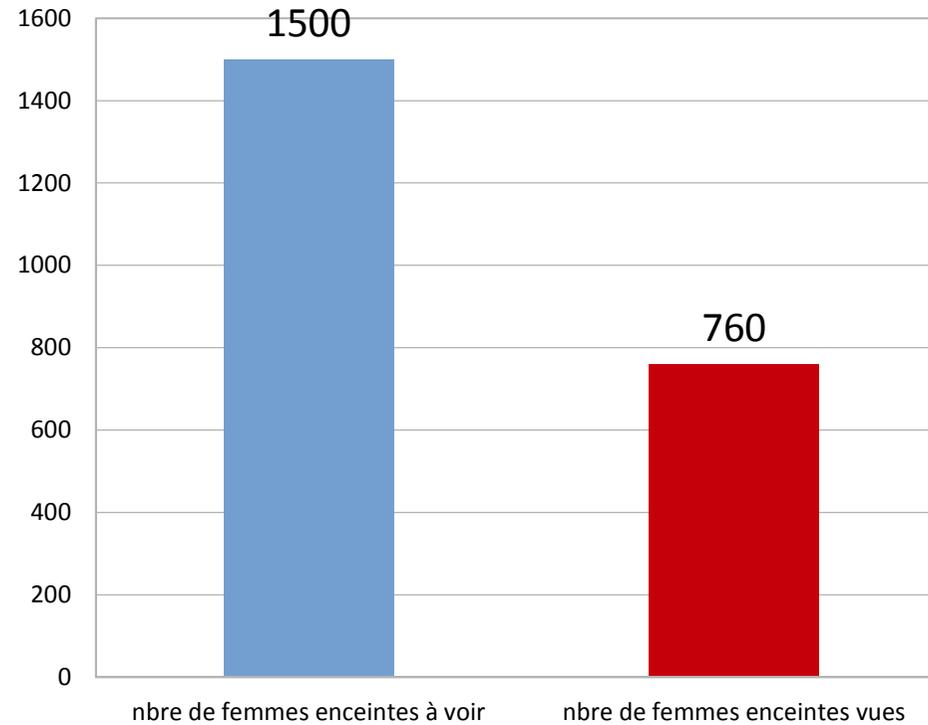
La légère baisse en 2015 est liée à l'absence d'une sage-femme dont le départ à la retraite n'a pas été remplacé pendant 2 mois.

### Activité des sages-femmes de 2012 à 2015



## Évaluation de l'activité par rapport aux besoins en 2015

### Nombre de femmes vues en 2015



Les sages-femmes n'ont pu rencontrer qu'un peu plus de 50 % des femmes qui entraient dans les critères de priorité de prise en charge. Ces suivis sont de plus en plus difficiles et risquent d'être encore plus compliqués du fait de l'impossibilité d'identifier les critères à la lecture des avis de grossesse.

## **Prise en charge des futures mères et accueil de l'enfant dans les situations à haut risque psychosociologique**

Avec l'hôpital de Montauban, le STAFF pluridisciplinaire se poursuit et est opérationnel. Tous les mois, il permet de poser des indications d'hospitalisation mère-bébé, ou des prises en charge coordonnées au domicile. Il regroupe les services de maternité, néonatalogie, PMI, pédopsychiatrie, le CDEF auxquels viennent se joindre différents intervenants en fonction des problématiques rencontrées : psychiatrie adulte, service des conduites addictives, service social départemental, ASE, CHRS, prévention spécialisée etc....

Dans le secteur privé, les sages-femmes ont des liens réguliers avec leurs collègues. Des réunions ponctuelles dans les établissements avec un médecin de PMI ont été organisées.

### **Annuaire des ressources – entretien du 4ème mois**

Réalisation de l'annuaire des ressources remis à l'ensemble des sages-femmes et des médecins en activité du département.

Répondant aux objectifs du réseau Maternip de l'Agence Régionale d'Hospitalisation les sages-femmes participent aux réunions pour la mise en place de l'entretien du 4ème mois.

Cet entretien du 4ème mois de grossesse maintenant nommé « **entretien prénatal précoce** » a pour objectifs :

- une appréciation de la santé globale de la femme enceinte,
- une information sur le rôle des professionnels autour de la femme enceinte,
- une information précoce sur la prévention des facteurs de risque : alcool, tabac, drogues,
- un repérage des facteurs de vulnérabilité (somatiques, sociaux, psycho-affectifs) susceptibles de compromettre la santé de l'enfant, de perturber l'instauration du lien entre les parents et les enfants, voire de nuire à la protection et à la sécurité de l'enfant,
- un repérage des potentialités des parents et des ressources environnementales (famille, professionnels, ...) sur lesquels ils pourront s'appuyer,
- activer un travail en réseau autour de la femme et de la famille pour proposer précisément une prise en charge adaptée.

Même si cet entretien peut être réalisé dans le secteur libéral, durant les consultations des sages-femmes de PMI, ces différents aspects ont toujours été abordés, entraînant assez souvent des temps de consultation longs.

## **Tabacologie**

La consultation de tabacologie a débuté progressivement en 2008. Auparavant, une plaquette d'information « le tabac – votre grossesse », résultat d'une collaboration avec le groupe « aquarelle » intervenant au CMS de Montech auprès des bénéficiaires du RMI ayant de près ou de loin des soucis d'addiction, a été diffusée.

La sage-femme assure une consultation de tabacologie, au centre médico social de Marcel Unal depuis septembre 2008.

Les objectifs sont :

- travailler en partenariat avec les maternités, afin d'améliorer la prise en charge des patientes dépendantes du tabac lors d'une hospitalisation pendant la grossesse ou en post chirurgical pour les césariennes,
- améliorer la prise en charge par des outils de « thérapie comportementale »,
- participer à la journée sans tabac, notamment pour le personnel du conseil départemental,
- augmenter la fréquentation des consultations de tabacologie.

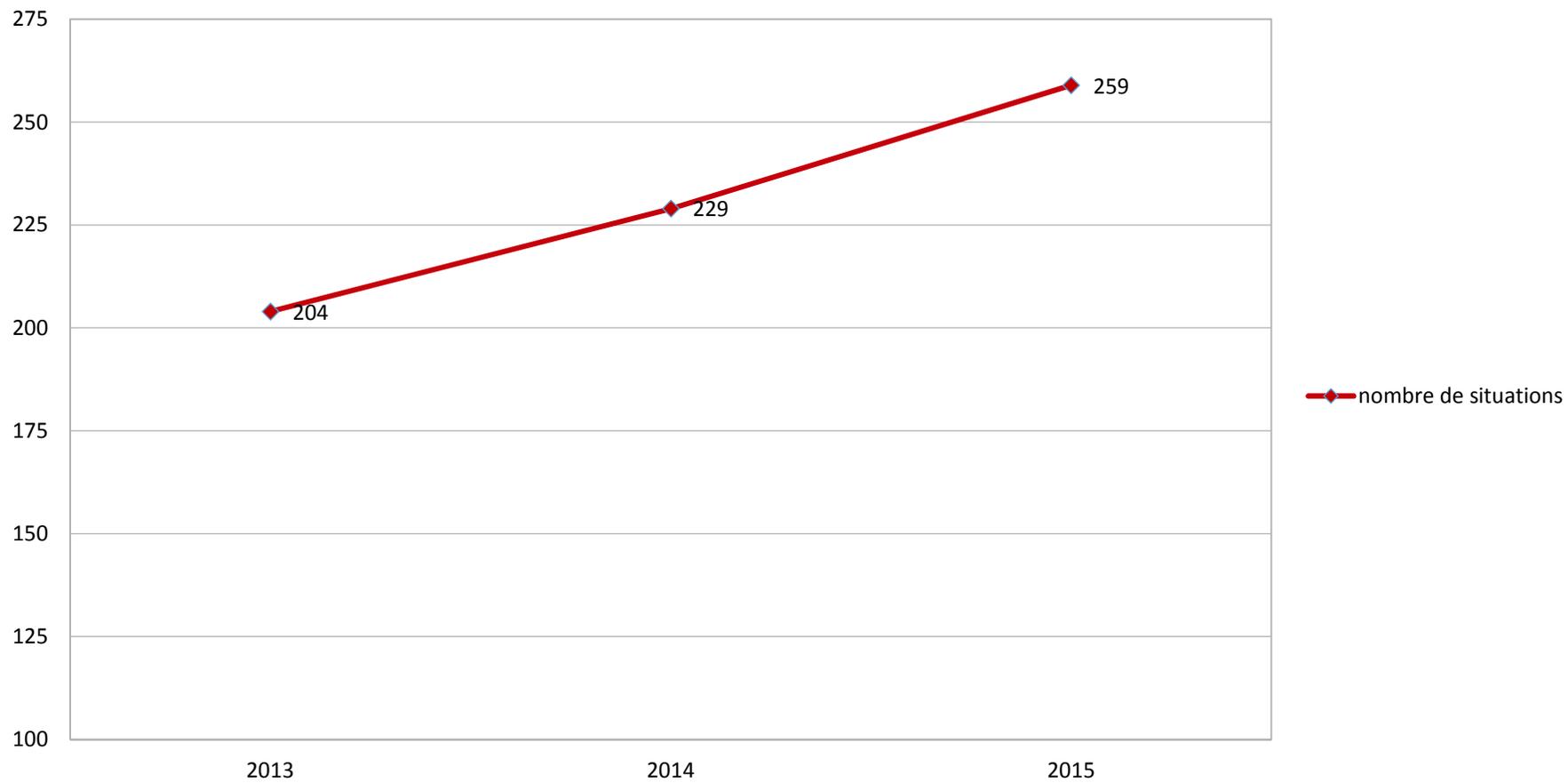
### **III.2.3 L'activité des psychologues PMI**

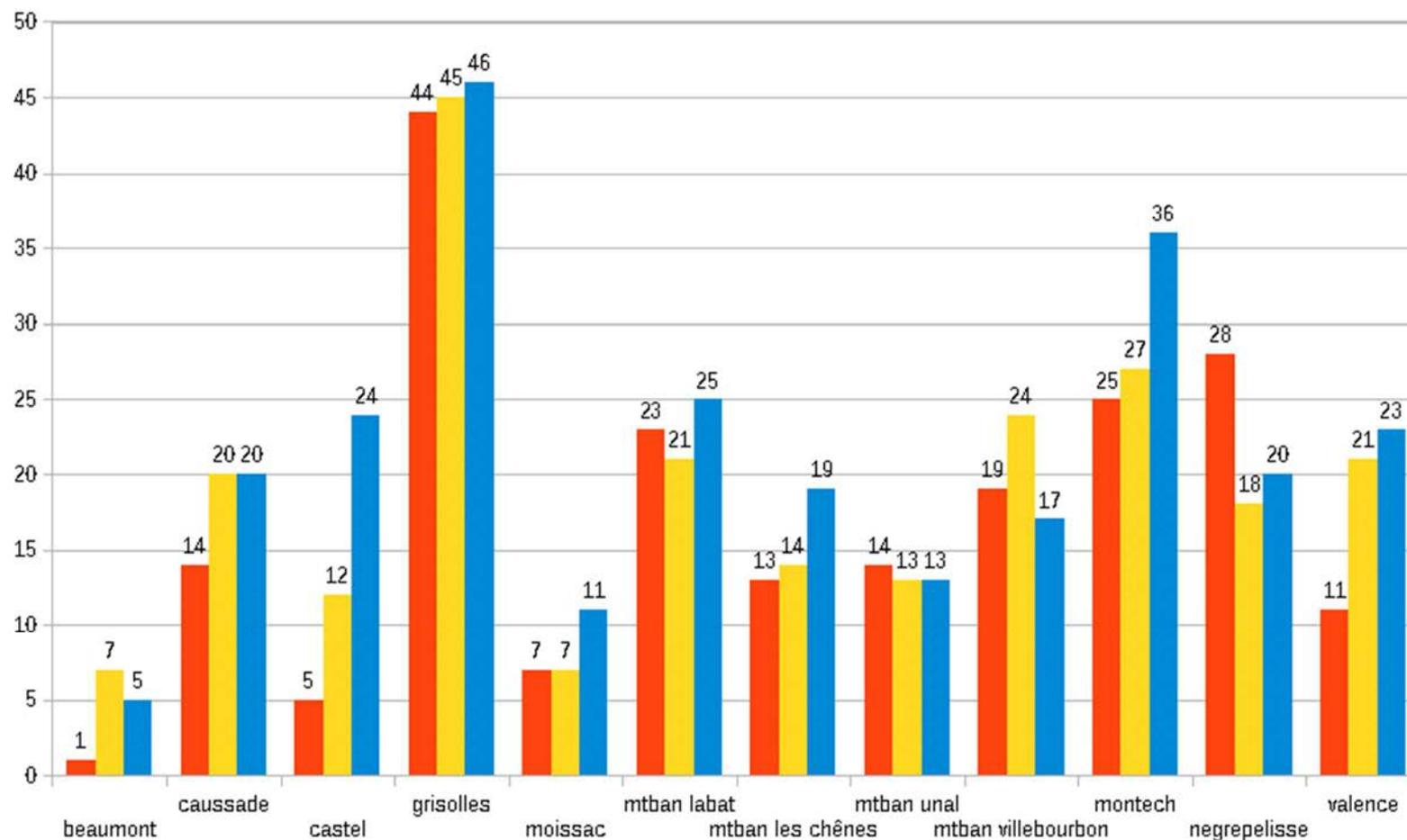
En mai 2008 une psychologue a pris ses fonctions à mi-temps au service de PMI. Depuis avril 2014 on compte 2 psychologues pour 1.5 ETP.

Leurs missions se situent :

- dans le champ de la prévention des troubles de l'élaboration du processus de parentalité durant la période de grossesse. La demande émane des futurs parents et l'orientation est effectuée par le biais des sages-femmes de PMI,
- dans le champ de la prévention précoce des troubles de l'interaction parent-enfant auprès des parents et des enfants de 0-6 ans. La demande émane toujours des familles et l'orientation s'effectue par le biais de l'équipe de PMI.

### Evolution 2013-2015 du nombre de familles rencontrées par les psychologues



**Evolution 2013-2015 du nombre de familles rencontrées par pôle par les psychologues**

Le 1/2 poste supplémentaire a permis une nette augmentation de la prise en charge sur certains secteurs mais les délais d'intervention reste malgré tout élevés, aux environs de 15 jours sur le département d'autant que l'orientation vers le soin est souvent très long (manque de place en CMP, CMPP, CAMSP etc.) et que les suivis se prolongent afin de ne pas mettre en difficulté les familles.

Par ailleurs, à raison d'une séance tous les 2 mois, la psychologue du secteur de Montauban se réunit avec l'ensemble des professionnels de la joujouthèque (composée d'une animatrice, une éducatrice et de deux infirmières-puéricultrices).

L'objectif de la supervision est de réfléchir à partir de situations concrètes sur le vécu professionnel des différents intervenants afin de développer chez ce dernier la conscience de ses actes, de ses responsabilités, de son engagement, de sa capacité, de créer des liens interpersonnels et de coopérer.

### **III.2 .4 Le suivi post-natal**

#### **III.2.4.1 Les consultations**

- Le nombre de lieux de consultations sur le territoire départemental est stable à 17 depuis 2011 ;
- La fréquentation est très variable selon les lieux d'implantation ;
- 1 enfant sur 6 de moins de 6 ans a été vu au moins 1 fois en consultation dans l'année ;
- Près de 30 % des enfants nés dans l'année sont vus en consultation de PMI, plus de 80 % ont moins de 2 ans ;
- Après avoir beaucoup augmenté, le nombre d'enfants nés dans l'année et vus en consultation est stable ces 5 dernières années, malgré une baisse du nombre d'enfants vus en consultations.

Cette augmentation de fréquentation a été le fruit d'un travail en réseau avec les partenaires de santé (pédiatrie, maternité) et les structures et établissements médico-sociaux accueillant mère et enfant. Cette large assise au niveau de la population permet d'améliorer notre objectif de prévention précoce. Toutefois, les situations des familles de plus en plus compliquées et la prise en charge des enfants après orientations étant de plus en plus longue notamment vers les CMP et CMPP, le temps accordé à chaque enfant est majoré et ne permet plus d'augmenter le nombre d'enfants vus en consultation.

- En 2015, 5800 vaccinations ont été effectuées durant ces consultations ;
- Les consultations se déroulent exclusivement sur rendez-vous depuis le 1er janvier 2009. Elles permettent ainsi d'avoir une meilleure qualité de réponse aux attentes des parents qui choisissent la prise en charge en PMI.

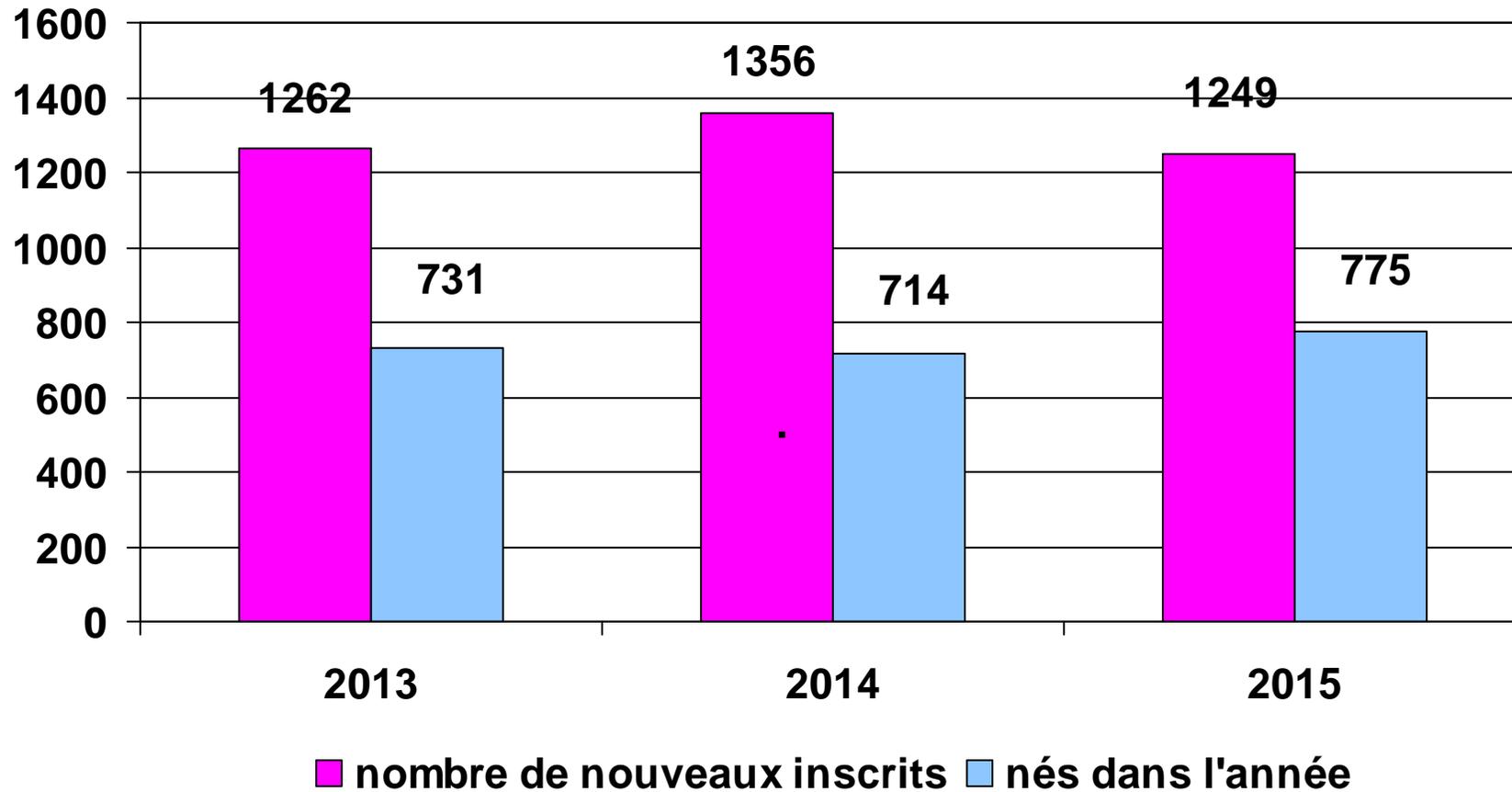
**Consultations de nourrissons de 2013 à 2015**

	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>
Nombre de lieux de consultation	17	17	17
Nombre d'enfants vus	2705	2545	2630
. dont né dans l'année	731	714	775
. dont moins de 1 mois	312	351	377
Nombre de séances de consultations	819	839	828
Nombre de consultations médicales réalisées	6867	6900	6549
. dont moins de 2 ans	5572	5330	5535

Les difficultés à recruter de nouveaux médecins depuis 2015 commencent à avoir une incidence sur le nombre de consultations par an, tout en essayant de maintenir une action de prévention précoce auprès des enfants de moins de 1mois.

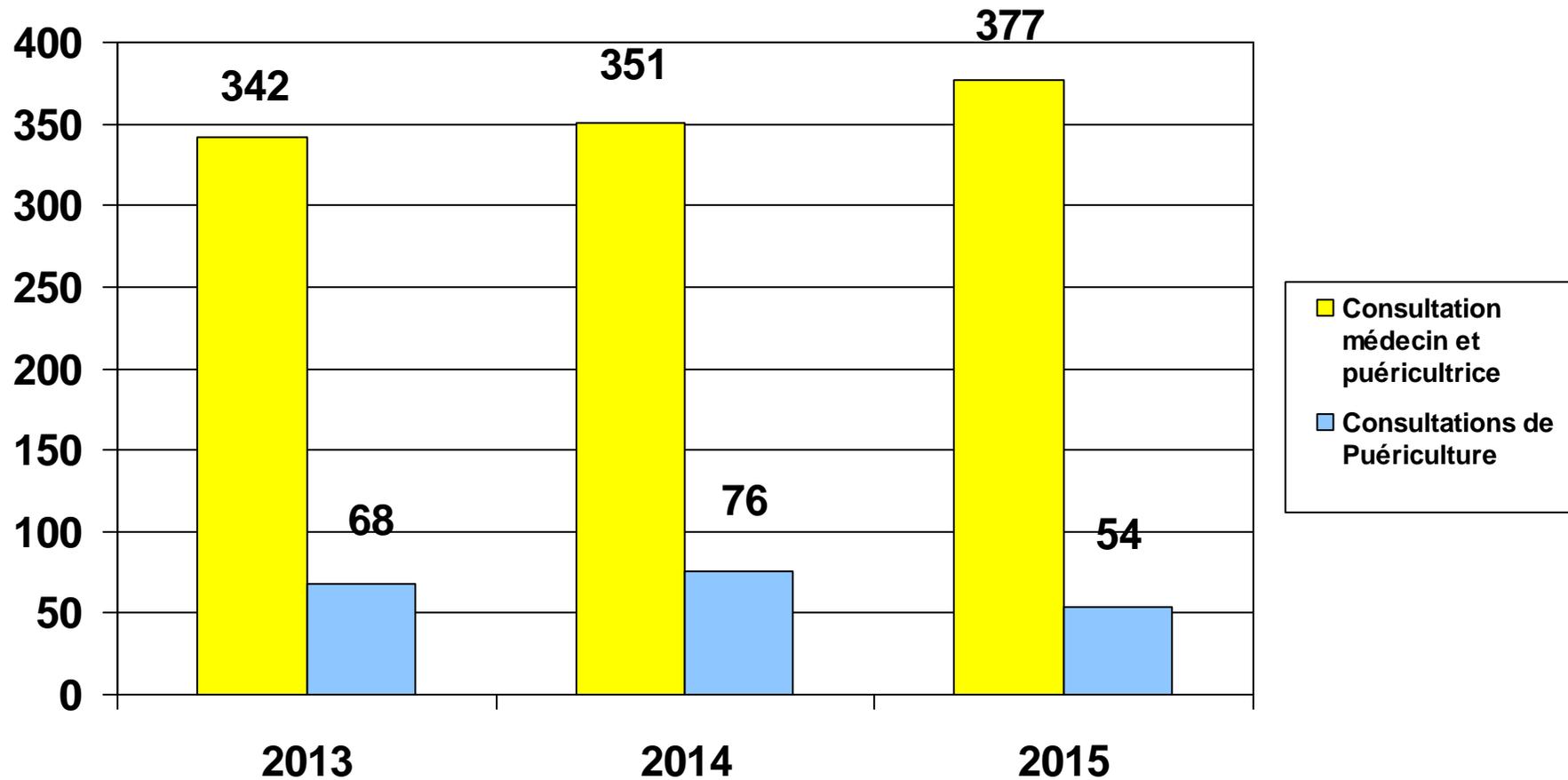
## Evolution 2013-2015 Consultations de nourrissons

### Nombre de nouveaux inscrits nés dans l'année



La mission de prévention précoce est une priorité ainsi plus de la moitié des nouveaux inscrits sont nés dans l'année.

**Enfants de moins de 1 mois vus en consultations médicales et de puériculture en 2015**



Depuis de nombreuses années, le travail de prévention précoce est maintenu notamment pour les enfants de moins de 1 mois. L'accent sur cette tranche d'âge est nécessaire dans les familles les plus en difficultés afin de mettre en place un accompagnement le plus tôt possible.

### **III.2.4.2 Les visites à domicile post natales des puéricultrices**

Ces visites à domicile entrent dans le cadre d'actions médico-sociales préventives concernant les enfants de moins de 6 ans requérant une attention particulière. Elles sont réalisées avec l'accord de la famille en lien avec le médecin traitant et les services hospitaliers. Un protocole de prévention a été établi. Il définit les critères et les modalités d'interventions.

Ces visites permettent de rencontrer la famille autour de la naissance de l'enfant. Elles sont un outil essentiel de la prévention précoce. L'arrivée d'un enfant est un moment de bouleversement profond pour la mère et la famille. La puéricultrice peut apporter une aide ponctuelle pour certaines mères, beaucoup plus soutenue pour les mères présentant des "difficultés maternelles".

Ces visites à domicile sont proposées à tous les parents mais plus spécifiquement :

- pour un premier bébé,
- un allaitement maternel,
- pour des naissances multiples,
- pour un enfant hospitalisé en néonatalogie : prématurité, hypotrophie, maladie néo-natale,
- pour une fratrie de plus de 3 enfants,
- pour des familles présentant des difficultés particulières : mère mineure, mère présentant une déficience ou une pathologie psychiatrique,
- pour des mères adressées par le service de pédiatrie.

Au cours de ces visites à domicile, les puéricultrices peuvent :

- veiller au développement psychomoteur du bébé et orienter vers le médecin de PMI si besoin,
- apporter des conseils sur l'hygiène, l'allaitement, la diététique aux mères inexpérimentées et bien souvent isolées,
- aider les parents dans l'émergence de leur rôle de parent,
- prévenir les troubles de l'établissement du lien mère-enfant en dépistant précocement les signes de dépression repérés (de difficultés matérielles par exemple). Une mise en relation avec la psychologue de PMI peut être proposée.,
- participer à la mise en place d'aides spécifiques : travailleuse familiale, aide ménagère en particulier,
- informer sur les modes d'accueil des jeunes enfants.

**ACTIVITES DES PUERICULTRICES  
POUR LES MOINS DE 6 ANS  
EN 2015**

	BEAUMONT	CASTEL ST NICOLAS	CAUSSADE	GRISOLLES	MOISSAC	MTBN	MONTECH VERDUN	NEGRE ST ANTONIN	VALENCE MONTAIGU	TOTAL
Secteur :										
⇒⇒⇒ Nombre d'avis de naissance reçus	83	275	181	330	207	788	344	265	208	2681
<b>VISITES A DOMICILE (Dont informations préoccupantes)</b>										
Nombre de visites (<6ans)	40	424	408	379	239	1380	495	610	231	4206
Nombre d'enfants vus	35	143	119	177	142	529	155	216	111	1627
dont vus 4 fois ou plus	4	34	33	30	20	126	72	59	18	396
vus âgés de moins de un mois	18	68	64	105	61	293	106	154	50	919
<b>INFORMATIONS PREOCCUPANTES</b>										
- Sur le secteur, nombre d'enfant<6ans ayant fait l'objet d'une information préoccupante (à demander au responsable de pôle)	12	58	15	31	17	27	34	8	24	226
- Nombre de visites	4	24	23	25	25	58	20	10	28	213
- Nombre d'enfants vus	4	18	10	16	14	16	9	5	16	104
<b>ENTRETIENS OU EXAMENS</b>										
- Nombre d'entretiens ou examens réalisés par la puéricultrice hors consultation sur le pôle auprès des enfants et des parents	0	52	43	26	28	88	108	10	82	437

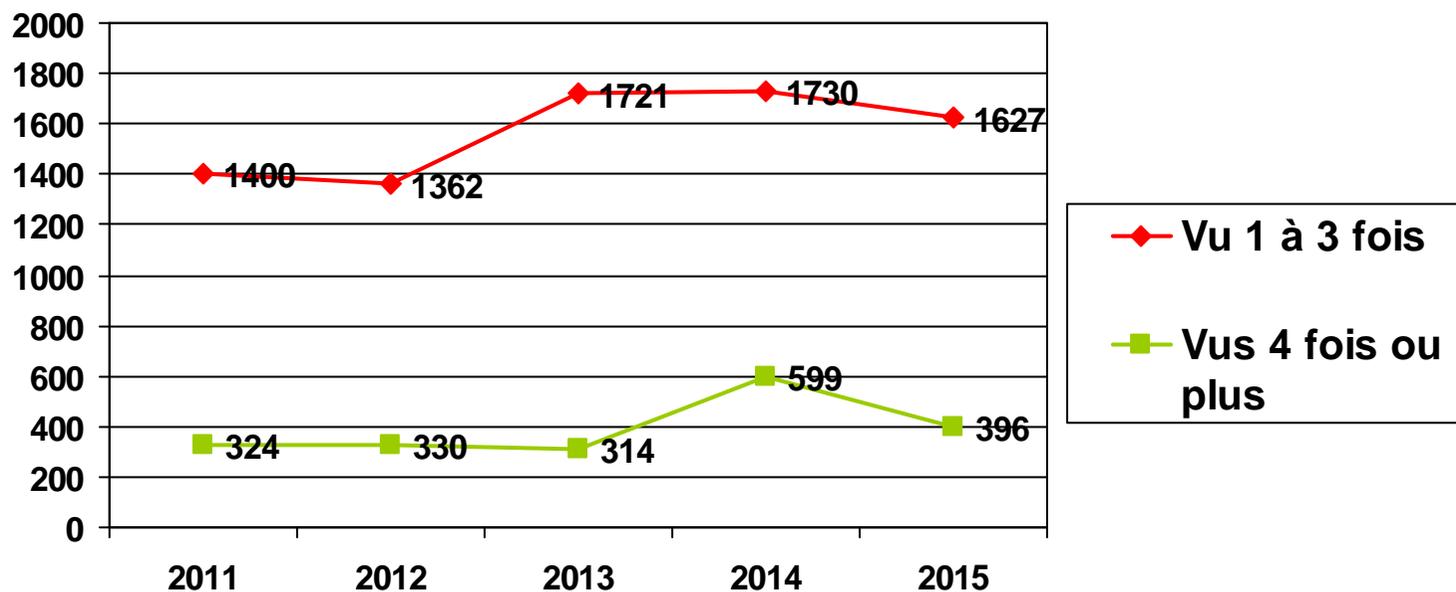
\* Visites=Nombre de déplacements, y compris ceux soldés par un échec (personne à voir absente)

\* Si un même enfant a été vu X fois à domicile au cours de l'année, on compte un enfant vu

\* Si lors d'une visite, on voit X enfants de la même famille, on compte une visite et X enfants vus

## Nombre d'enfants vus à domicile

### Evolution 2013-2015



La diminution du nombre de visites auprès des enfants s'explique d'une part, par l'augmentation du nombre de celles effectuées auprès des assistantes maternelles et d'autre part, par l'intervention dès le 1er mois de vie des sages-femmes libérales.

L'augmentation du nombre de visites pour les enfants vus plus de 4 fois s'explique par la précarisation des situations.

### **III.2.4.3 Bilans médicaux des enfants placés à l'ASE**

Dans les deux mois suivant le placement d'enfants de moins de 6 ans, le médecin de PMI effectue le bilan de santé, oriente ou assure éventuellement le suivi des enfants.

Un nouveau bilan est réalisé chaque année.

Un compte-rendu est transmis aux parents de l'enfant, à leur médecin traitant et au service placement.

Le médecin de PMI peut être sollicité à tout moment par les assistantes familiales ou par les professionnels du placement pour avis sur l'accompagnement sanitaire des enfants.

### **III.2.5 Les bilans des 3/4 ans**

#### **III.2.5.1 Protocole des bilans de santé**

Les bilans sont réalisés à l'école maternelle en priorité, ou au Centre Médico-Social pour les enfants de 3 à 4 ans scolarisés en petite et moyenne section (tranche d'âge du 1er septembre 2010 au 31 août 2011 pour l'année scolaire 2014/2015).

Un protocole de prévention a été établi. Il définit les modalités d'interventions en école maternelle.

Cet examen réalisé en présence des parents comprend :

- **un entretien:**
  - connaissance du contexte socio-culturel de l'enfant,
  - antécédents familiaux et personnels,
  - état vaccinal.

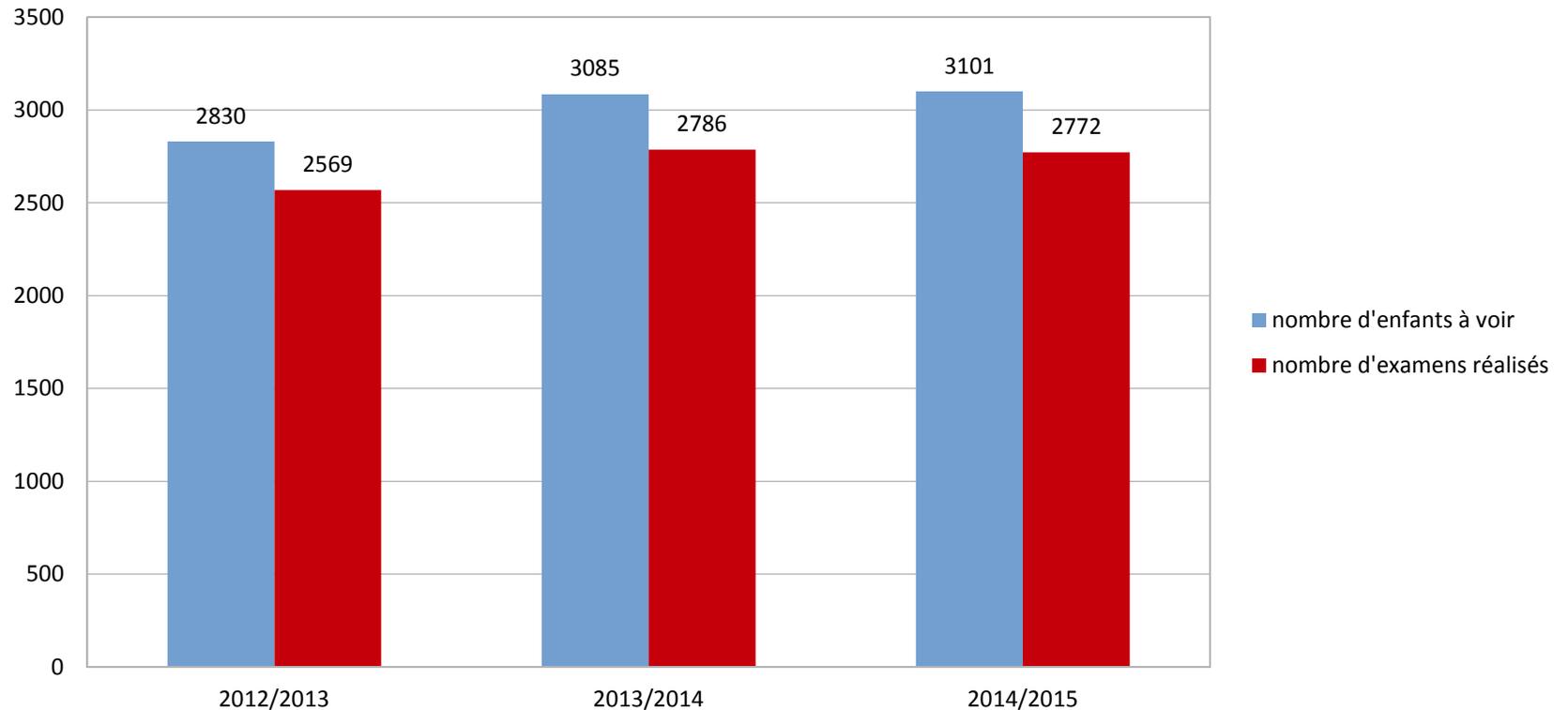
- **un examen du développement psychomoteur :**
  - un dépistage auditif,
  - un dépistage visuel,
  - adaptation à l'école,
  - langage,
  - comportement.
  
- **un temps d'éducation à la santé :**
  - alimentation,
  - sommeil,
  - temps de scolarisation.

Les écoles en REP ou dans un environnement rural avec faible couverture médicale, ou connues par les services comme pouvant plus fréquemment accueillir des enfants en difficultés, bénéficieront autant qu'il est possible d'un bilan systématique en présence du médecin et de la puéricultrice.

En l'absence de disponibilité des médecins, les infirmières-puéricultrices effectuent seules des bilans de prévention dans les écoles dans en moyenne 1/3 des cas au niveau départemental. Si nécessaire, pour un bilan complémentaire, l'enfant et ses parents rencontreront le médecin de PMI qui pourra éventuellement orienter l'enfant vers un CAMSP ou un CMP par exemple.

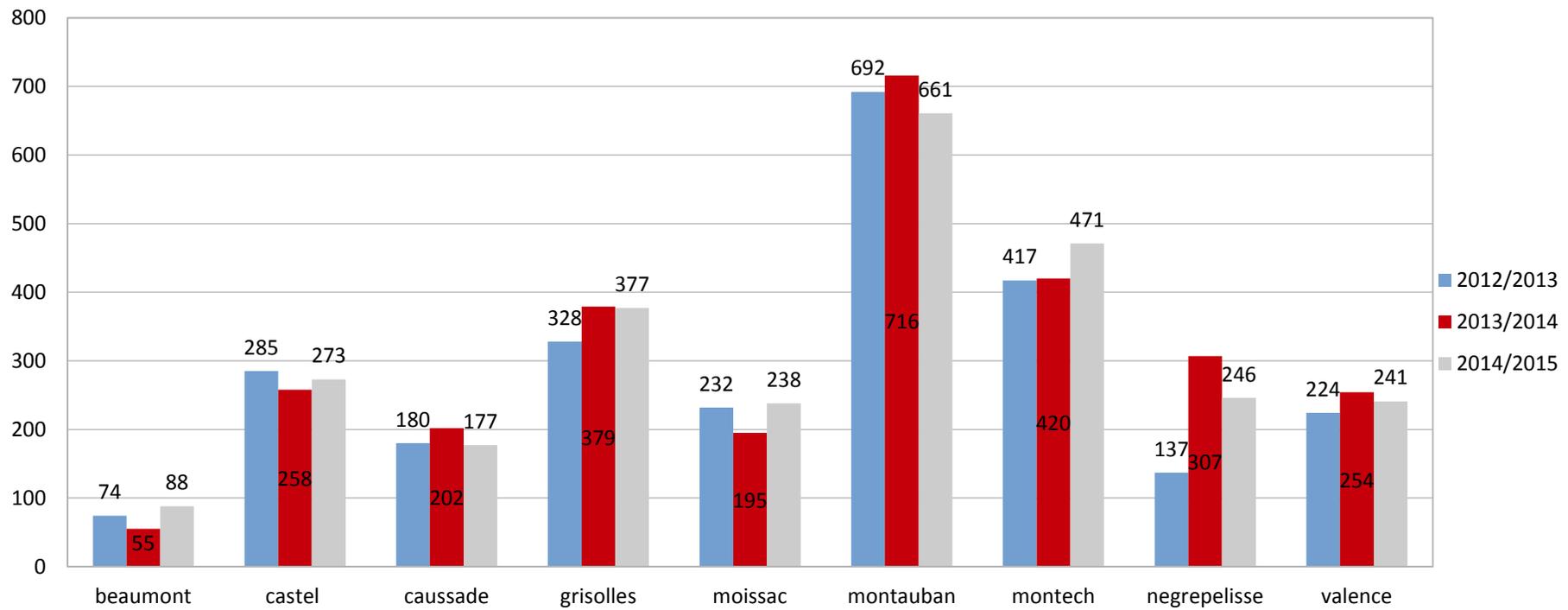
<b>ANNÉE SCOLAIRE DE SEPTEMBRE A JUIN</b>	<b>2012 2013</b>	<b>2013 2014</b>	<b>2014 2015</b>
<b>Nombre d'écoles vues</b>	140	148	153
<b>Nombre d'enfants nés dans la tranche d'âge inscrits à l'école</b>	2830	3085	3101
<b>Nombre d'examens médicaux</b>	2569	2786	2772
<b>Nombre enfants orientés : visuel</b>	297	304	260
<b>Nombre enfants orientés : ORL</b>	178	177	117
<b>Nombre enfants orientés : Trouble du langage isolé</b>	250	254	196
<b>Nombre enfants orientés : Trouble du développement</b>	95	93	57

**Évolution départementale du nombre d'enfants dans la tranche d'âge concernée  
vus à l'école maternelle années scolaires de 2012/2013 - 2014/2015**



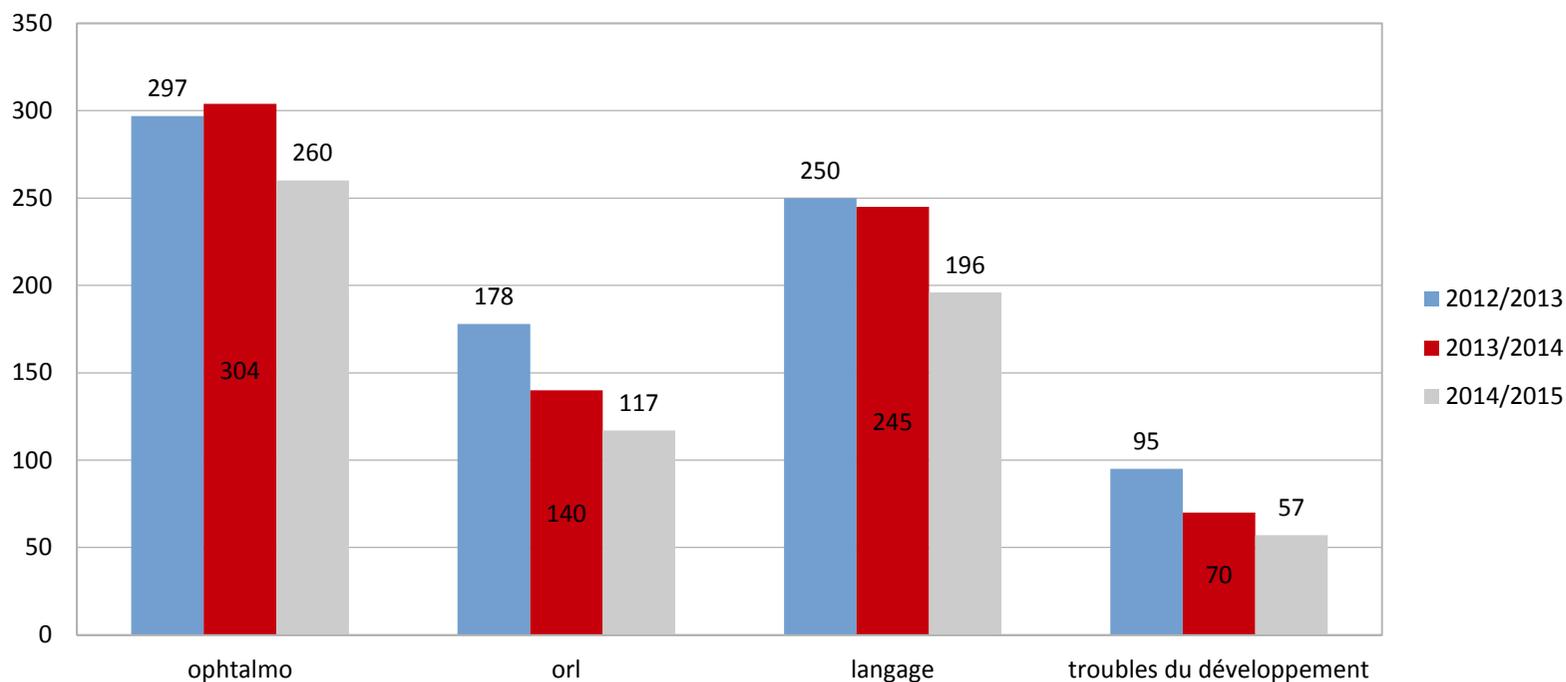
90 % des enfants inscrits nés dans la tranche d'âge concernée sont vus dans le cadre des bilans des 3-4 ans en école maternelle (contre 30 % seulement en Haute-Garonne). Ces bilans de santé réalisés s'adressant à toute la population, il paraît indispensable de les maintenir puisqu'il s'agit d'une action de prévention primaire essentielle.

**Evolution du nombre d'enfants par pôle vus à l'école maternelle**  
**Années scolaires de 2012/2013 à 2014/2015**



## Evolution du nombre d'enfants par pôle vus à l'école maternelle

### Années scolaires de 2012/2013 à 2014/2015



L'orientation vers des médecins spécialistes montre que plus de 9 % des enfants de 3-4 ans ont besoin d'une prise en charge visuelle et qu'en l'absence de visite médicale à l'école ils n'auraient probablement pas été dépistés ni traités. 23 % des enfants vus en 2014/ 2015 ont bénéficié d'une orientation vers les soins.

La difficulté relevée reste par contre le manque de prise en charge notamment dans le domaine de l'orthophonie faute de professionnel.

Il semblerait également nécessaire de pouvoir évaluer avec précision la réalité des prises en charge mais cela serait une nouvelle charge de travail pour les professionnels qui effectuent les bilans ce qui semble irréalisable à l'heure actuelle faute de temps et d'outil informatique adapté.

### III.2.6 TISF / AVS au titre de l'aide sociale à l'enfance et de la protection maternelle et infantile

Les Techniciennes d'Intervention Sociale et Familiale (TISF) accompagnent les familles, contribuent au développement de la vie familiale, soutiennent tout particulièrement la fonction parentale.

Elles contribuent, par ailleurs, de manière de plus en plus accentuée à la réalisation de visites médiatisées au domicile.

L'Auxiliaire de Vie Sociale (AVS) quant à elle, apporte uniquement le soutien matériel.

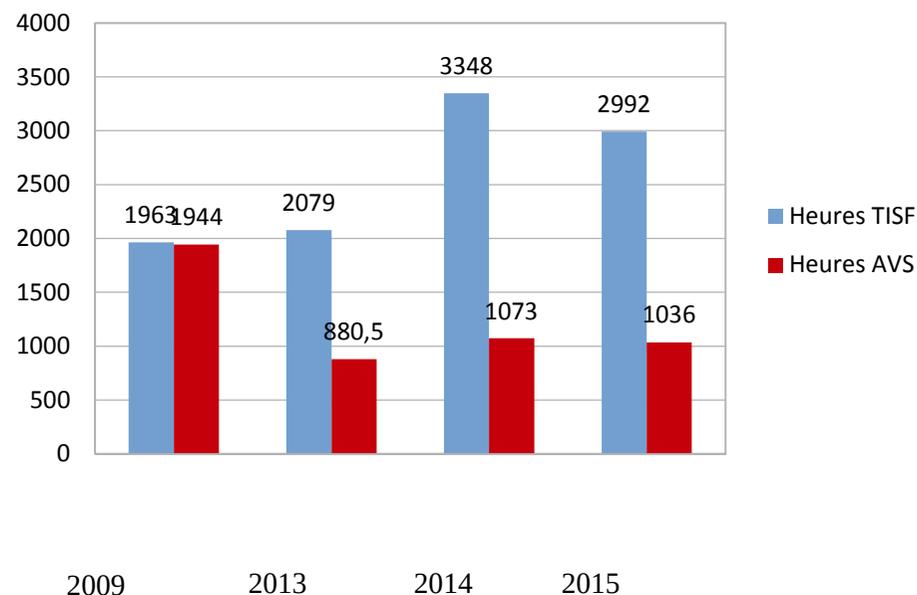
Les TISF et les AVS sont employées au sein de quatre associations sectorisées :

- SMAD 82,
- ADMR,
- ADPA de Montaigu de Quercy,
- SAMAD de Nègrepelisse.

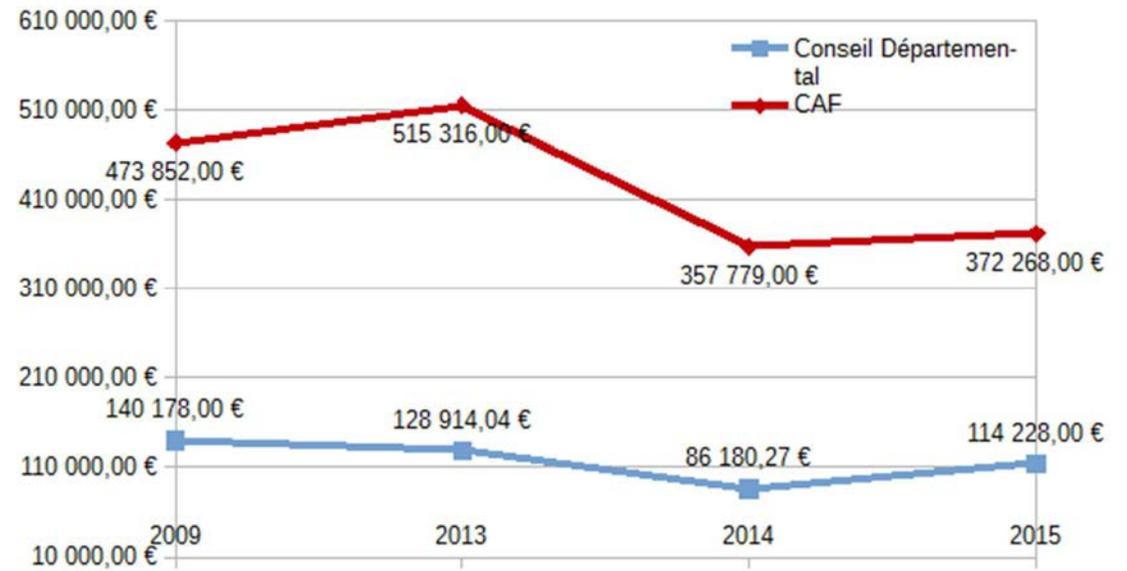
L'activité TISF est financée en complémentarité de la CAF à partir de faits générateurs arrêtés par nos deux institutions.

#### Heures effectuées :

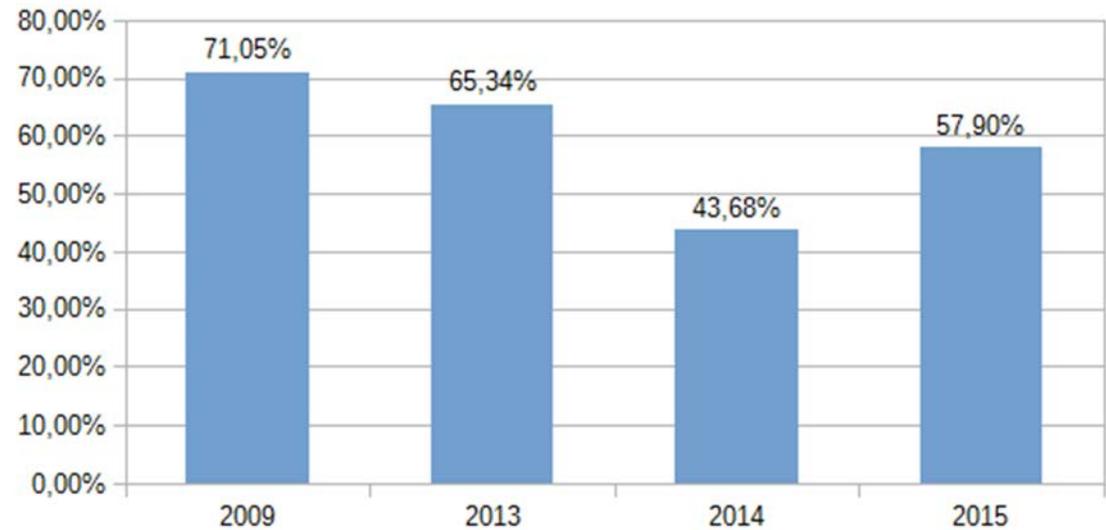
Il est permis de constater que le nombre d'heures de TISF augmente et se situe au plafond des équipements des associations dans ce secteur, étant précisé que l'enveloppe constante du Conseil Départemental ne varie pas, soit 197 289 € par an, et n'est cependant pas totalement utilisée ( le nombre total de TISF employées restant faible).



**Niveau de Consommation en € :**



**Niveau de Consommation de l'enveloppe départementale en %**

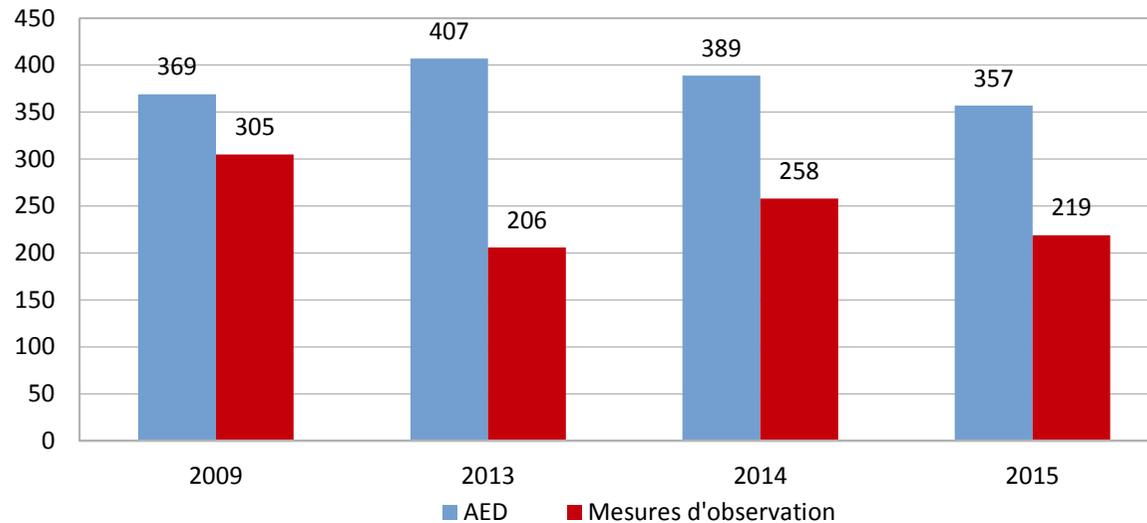


### III.2.7 AED / AEMO

#### AED :

Définition : Les Aides Educatives à Domicile ( A.E.D.) sont décidées et exercées en régie directe par le Conseil Départemental en référence aux Article L 221-1, L223-1 et L223-5 du CASF.

#### Mesures éducatives administratives- Suivis dans l'année



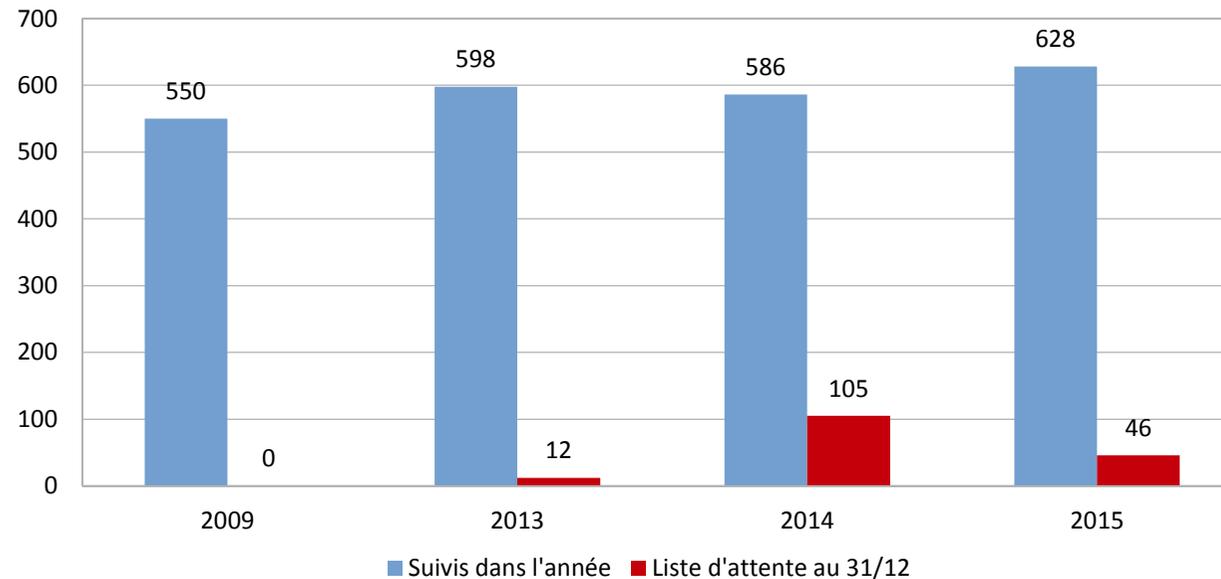
Ont été mises en place des mesures dites d'observation pour affiner le travail qui pourra être réalisé en Aide Éducative à Domicile (AED). Ce nouvel outil est pertinent.

Il est permis de constater une stabilisation du nombre d'AED.

## AEMO :

Définition : Le Juge des Enfants en application de l'article L 375-2 du Code Civil peut aussi décider de la mise en place d'une Aide Éducative et sont alors appelées Actions Éducatives en Milieu Ouvert ( A.E.M.O.). Les A.E.M.O. sont exercées en Tarn et Garonne par la Sauvegarde de l'Enfance.

### AEMO Suivis dans l'année



L'activité soutenue a été réalisée grâce à des renforts temporaires en personnel consentis à l'association Sauvegarde de l'Enfance. Une régularisation de capacité a été opérée en 2015 (+ 60 mesures).

**Les listes d'attente apparues à partir de 2013 sont contenues et font l'objet d'une vigilance auprès des services sociaux du Conseil Départemental.**

### III.2.8 La prévention spécialisée

#### Missions et objectifs :

**Aider les jeunes de 16 à 25 ans à surmonter des situations de rupture avec l'environnement familial, scolaire, professionnel ou social, Jeunes marginalisés souvent non repérés par les structures socio-éducatives.**

**Les objectifs sont : soutenir, accompagner, orienter un public en risque de rupture sociale ou déjà désocialisé afin de mettre en œuvre une dynamique épanouissante.**

L'action de prévention spécialisée s'inscrit dans le travail social selon cinq principes fondamentaux d'interventions :

- l'absence de mandant nominatif,
- la libre adhésion du public
- le respect de l'anonymat,
- la non institutionnalisation des pratiques,
- le travail en équipe pluridisciplinaire et le partenariat.
  - **En 2015, l'équipe de prévention spécialisée a assuré :** des suivis individuels, des projets collectifs, un partenariat privilégié.
  - **L'accompagnement des jeunes sans mandat administratif / libre adhésion :**
- 103 jeunes ont bénéficié d'un accompagnement social de quelques semaines à plusieurs mois. Leur profil est varié.
  - **L'accompagnement et l'orientation des jeunes en souffrance psychique :**
- La présence de l'infirmier psychiatre dans l'équipe de prévention spécialisée permet d'élargir l'offre d'accompagnement des jeunes, dans le champs sanitaire et de ce fait proposer dans le champs social les possibilités de prévention primaire.
- Sollicité dans l'accompagnement de 60 jeunes en 2015.

LOCAUX DE L'ACCUEIL	NOMBRE DE PASSAGES USAGERS
Accueil sans rendez-vous (mardi après-midi)	445 passages / 50 semaines d'ouverture soit environ 8,9 jeunes chaque mardi
Fréquentation semaine hors permanence	1475 passages / 52 semaines d'ouverture soit 5,7 jeunes par jour en moyenne

La permanence est un lieu repéré.

→ **Les projets d'animation :**

L'objectif principal est de permettre à l'animateur du service de créer une dynamique sociale autour de temps d'animation spécifiques. Pour se faire, il s'agit de donner un support aux travailleurs sociaux pour qu'ils puissent orienter le public adolescent vers un lieu accueillant et adapté à la rencontre.

- **L'équipe de prévention spécialisée intervient également dans le suivi des jeunes majeurs et des Mineurs Non Accompagnés**

PUBLIC SUIVI	NOMBRE DE JEUNES
Prévention spécialisée	103
Contrats jeunes majeurs	56
Mineurs étrangers isolés	19

## II.2.9 Les aides financières

**Les objectifs et le mode d'attribution des aides financières ont été revus en 2012 afin de territorialiser les différentes commissions d'aides financières (secours Conseil Départemental, Aide Sociale à l'Enfance, Fonds d'Aide aux Jeunes) dans une démarche d'intervention pertinente et globale auprès des cellules familiales.**

L'attribution décentralisée des aides sur chaque pôle est complétée par une commission d'appel centrale présidée par un élu et compétente pour connaître des dossiers particuliers :

- dossiers non validés par le responsable de Pôle,
- recours gracieux faits par les demandeurs,
- dossiers liés à une quatrième demande ou à un dépassement du plafond d'aide, demandes particulières concernant les assurances de véhicules, les frais de mutuelle, les frais de rentrée scolaire, les frais de voyages scolaires de fin d'année et classes transplantées, sauf si l'ensemble de la classe est concerné.

### III.2.9.1 Les allocations mensuelles

<b>2009</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>
428 504	643 112	633 090	648 339

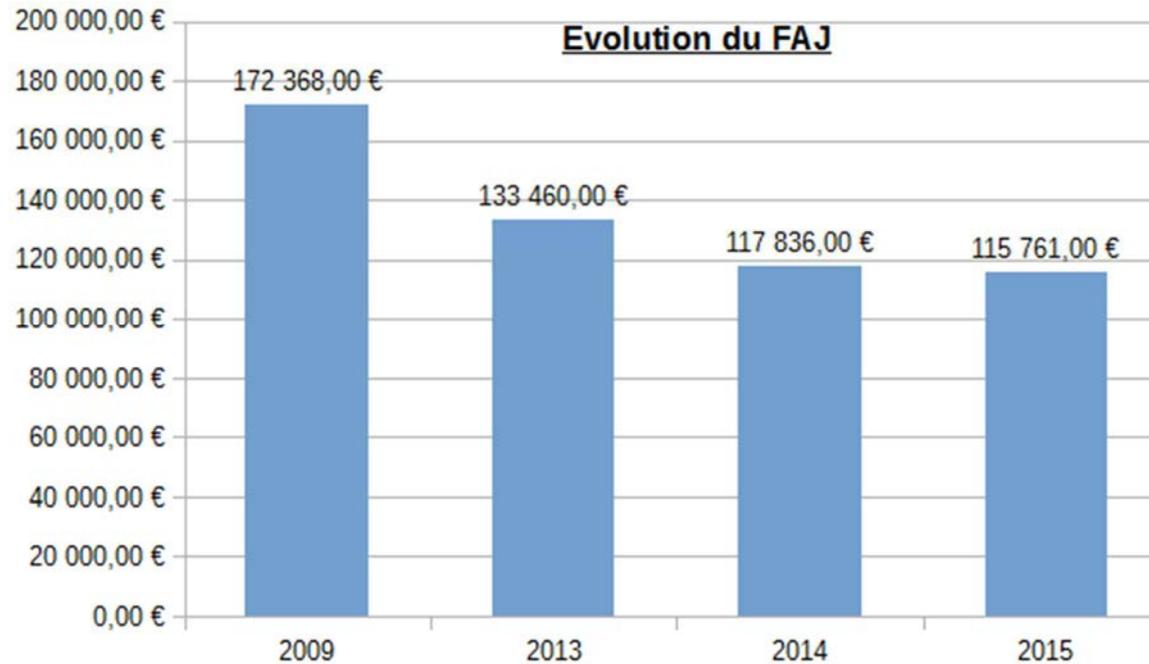
Après une forte progression, l'enveloppe des aides est arrivée à une certaine stabilité.

### III.2.9.3 Le Fonds d'Aide aux Jeunes

**Texte référence** : art. L 263-3 et art. L263-4 du CASF

**Définition** : le Fond d'Aide aux Jeunes a pour mission d'apporter une aide ponctuelle aux jeunes, de 18 à 25 ans, en situation de grande précarité, voire de marginalisation afin de prévenir les risques d'exclusion économique et sociale

Le département est divisé en 4 comités d'attribution qui siègent dans les pôles sociaux de : Castelsarrasin, Caussade, Moissac et Montauban ( 1 des 4 pôles de Montauban).



On constate une stabilisation des consommations sur le département au niveau des aides individuelles, stabilisation entre autre du à la mise en place de la Garantie Jeune.

La Garantie jeune est un dispositif destiné aux jeunes les plus vulnérables de 18 à 25 ans « NEET » : ni étudiant, ni en emploi, ni en formation.

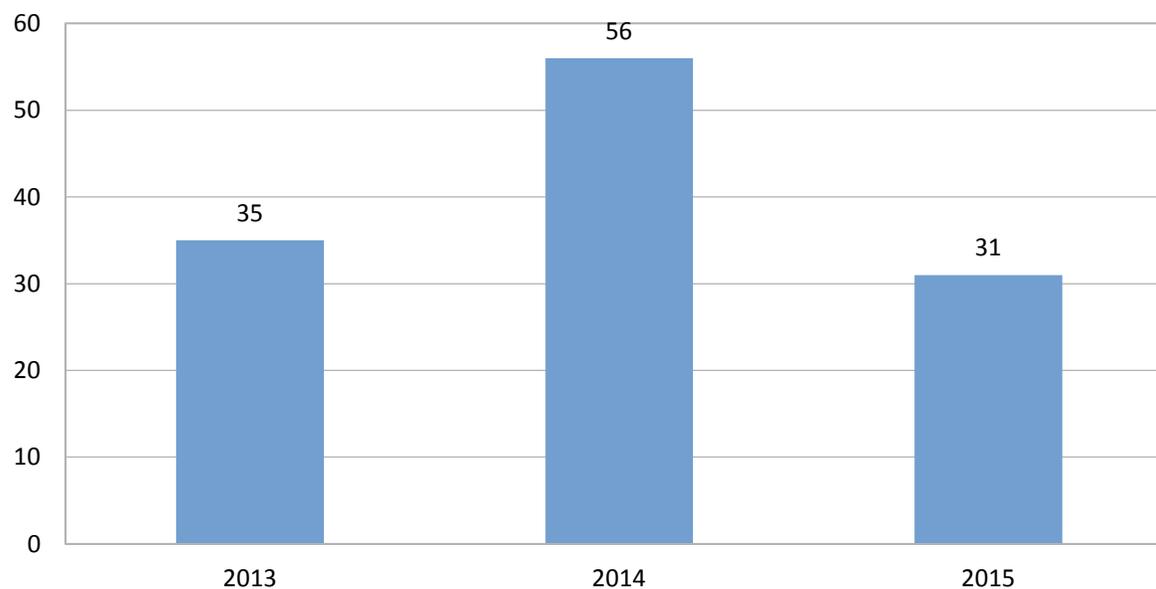
### III.2.10 MJAGBF / AEB

L' A.E.S.B.F. est l'Aide d'Accompagnement Budgétaire inscrit dans la loi de 2007 relative à la protection de l'Enfance. Cette aide permet aux C.E.S.F. d'accompagner les familles dans la gestion du budget pour que les besoins fondamentaux des enfants soient corrects.

La mise en place de ces mesures découle d'une réflexion pluridisciplinaire en synthèse enfance.

Cet accompagnement budgétaire administratif nécessitant des rencontres très régulières permet d'éviter la judiciarisation de la gestion des prestations familiales.

**Evolution des mesures A.E.S.F. 2013-2015**



### III.2.11 Les actions collectives

- Menées par les professionnels de PMI

► **Ateliers « massage bébés »** : depuis de nombreuses années des professionnels sont formés pour la mise en place de ces ateliers permettant d'accentuer le lien « mère-bébé ». En 2009 existaient 2 ateliers à Montauban et un à Nègrepelisse. Suite au départ de la professionnelle de Nègrepelisse, cet atelier a été interrompu par contre fin 2015 2 ateliers se déroulent toujours à Montauban, un a été créé à Valence d'Agen et un est en projet à Castelsarrasin. D'autres projets devraient voir le jour en fonction de la formation des infirmières puéricultrices et de l'adéquation des locaux à cette activité.

► **Joujouthèque rue de la briqueterie à Montauban**

Elle est ouverte tous les mardis et jeudi matin et le vendredi après-midi. Ce lieu d'accueil enfants-parents est géré par l'association AFTRAM et bénéficie d'une prestation de la CAF.

L'entrée est libre et gratuite. Dans un objectif éducatif, le prêt de jeux nécessite une adhésion symbolique à l'AFTRAM.

L'accueil est assuré par deux accueillantes : l'éducatrice des jeunes enfants de l'AFTRAM et, soit l'animatrice interculturelle de l'AFTRAM, soit une puéricultrice de PMI de Montauban et répond aux critères définis pour un tel lieu de prévention précoce : anonymat, accès libre, supervision de l'équipe.

Certaines familles fréquentent le lieu sans emprunter de jeux, d'autres empruntent des jeux. La PMI remarque que tout le monde se sert de ce lieu comme d'un espace de socialisation pour l'enfant ; le prêt de jeux amène ce dernier à avoir un comportement responsable (souvent les parents laissent l'enfant amener lui-même au bureau les jeux qu'il emprunte).

La joujouthèque est toujours un lieu propice à la mixité sociale et culturelle. La répétition des rencontres (pour certaines familles, il s'agit d'un rendez-vous hebdomadaire) amène une connaissance de l'autre qui atténue les « à priori » et favorise la tolérance. Les interactions sont riches tant au niveau des échanges d'informations diverses, d'expériences parentales, de services, de prise en charge spontanée et bienveillante des enfants. Des amitiés se créent, les mamans se rencontrent à l'extérieur. Le lien social est ainsi favorisé.

Dans cet endroit neutre, qui favorise les échanges, basé sur l'activité ludique de l'enfant, cadré par des professionnelles de la petite enfance et de la famille, la PMI est au cœur même de l'accompagnement à la parentalité. Elle participe ainsi à la prévention précoce des troubles de la fonction parentale et du développement des jeunes enfants.

Il accueille essentiellement des familles de Montauban pour lesquelles on peut noter que la majorité des mères ne travaillent pas, qu'elles viennent pour la moitié à pied qu'elles ne fréquentent pas pour la plupart d'autre lieu de socialisation et que la part des mères en situation mono-parentale est sur-représentée.

### ► Les animations de salle-d'attente

Dans les consultations de Montauban, Moissac et Caussade, est proposé un accueil spécifique par une éducatrice jeunes enfants. Ces professionnelles dépendent de l'AFTRAM à Montauban, ou du CCAS pour Moissac et de l'espace « petite enfance » à Caussade, et interviennent par convention avec le Conseil Général. Sur Montauban, compte tenu de la diversité de l'origine des populations, une animatrice interculturelle l'accompagne.

L'accueil chaleureux et convivial apaise et met en confiance les familles. Les consultations sont ouvertes à tout public, et les parents, quelles que soient leurs origines socio culturelles sont confrontés à de multiples interrogations éducatives. Le dialogue qui s'installe entre les parents, l'observation du comportement de son enfant et des autres, les explications et les mises en application immédiate de certains conseils grâce au professionnel peut éviter les incompréhensions, les doutes ou les conflits naturellement présents dans la parentalité.

Ces familles sont ensuite accueillies pour la consultation dans les meilleures conditions.

### ► Groupe de parole pour parents

Ce groupe a été mis en place une demi-journée par mois par une psychologue de PMI et une psychologue du service AED de Montauban afin de permettre à des parents d'échanger sur les difficultés rencontrées avec leurs enfants de tous âges en présence de professionnelles qualifiées pouvant les accompagner dans une réflexion et les amener éventuellement vers une prise en charge.

- en lien avec les services éducatifs (prévention et / ou AED)

Depuis 2011, ont été établis un nombre croissant de projets éducatifs en partenariat avec le service des sports et notamment les bases de loisirs de Saint Nicolas de la Grave et Mimizan (des chantiers éducatifs, des séjours fixes, un séjour familles ainsi que des actions ponctuelles d'animation).

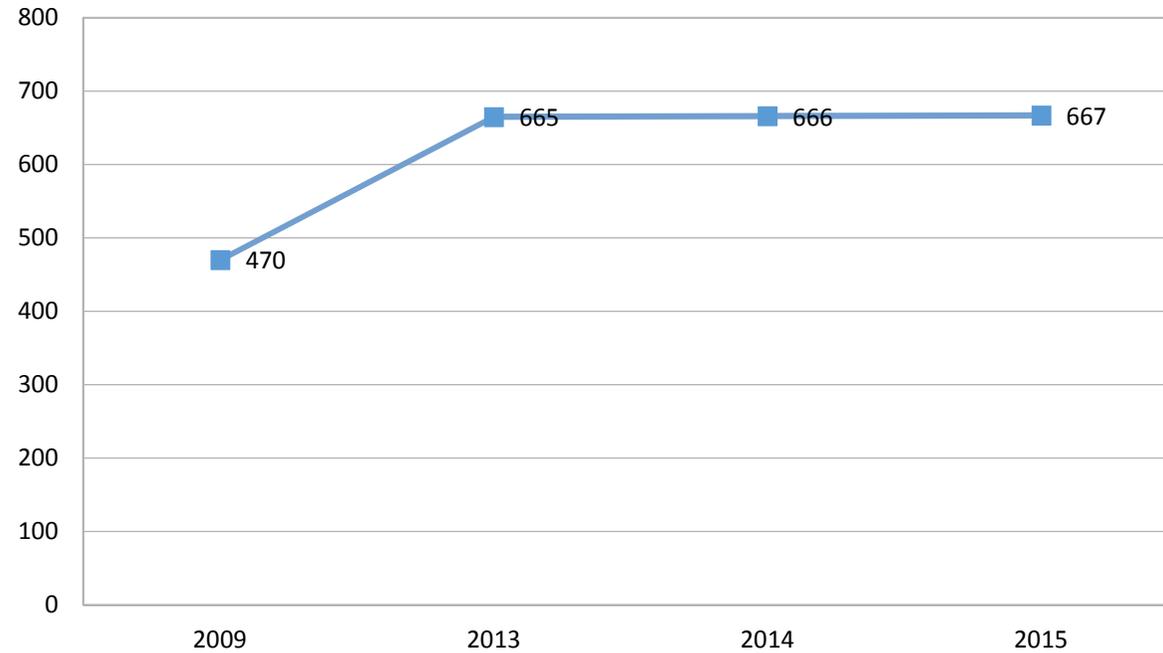
En 2015, ce partenariat a permis d'organiser, en direction de 99 jeunes de 12 à 24 ans :

- 2 chantiers éducatifs à Mimizan,
- 1 séjour famille à Mimizan (en relation avec les référents AED),
- 1 séjour vidéo à Saint Nicolas de la Grave (en partenariat avec la Maison des Ados),
- 1 raid aventure à Mimizan ( en partenariat avec les référents AED et les MECS),
- les colonies de vacances à Mimizan (en relation avec les référents AED et Placement).

Un partenariat fort est entretenu avec la Maison des Adolescents et le GEMADO autour de divers projets éducatifs.

### III.3 La protection

#### III.3.1 La prise en charge physique au niveau départemental



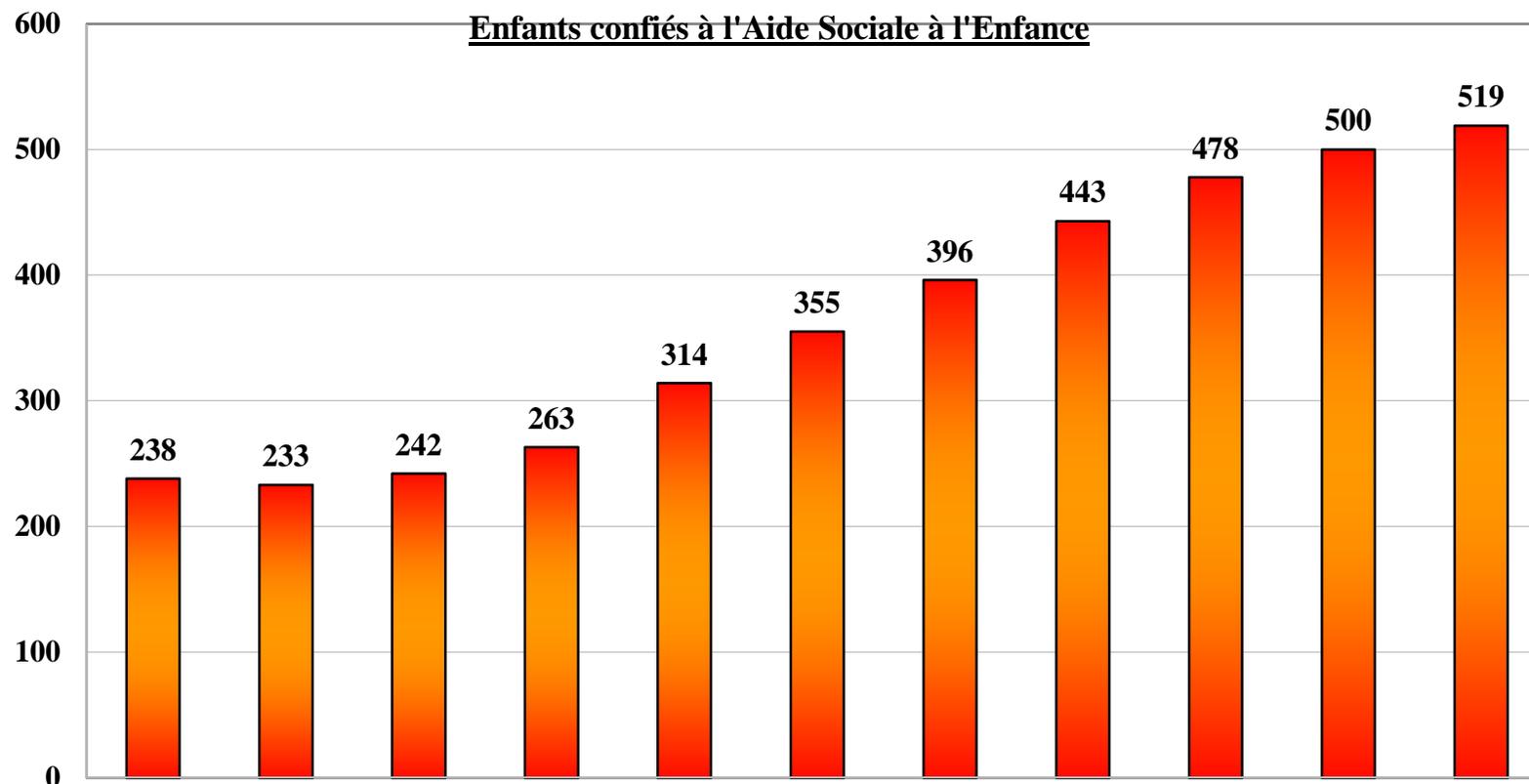
La prise en charge physique sur le département concerne les enfants confiés en placements directs, à l'Aide Sociale à l'Enfance et à des Tiers Dignes de Confiance.

Alors que le précédent schéma constatait une hausse de + 26 % sur la période 2004-2009, sur la période 2009-2015, cette augmentation s'est accentuée pour atteindre + 42 %

Ces données sont à mettre en lien avec l'évolution démographique du département et sont conformes aux tendances constatées au niveau national.

### III.3.2 La prise en charge Aide Sociale à l'Enfance

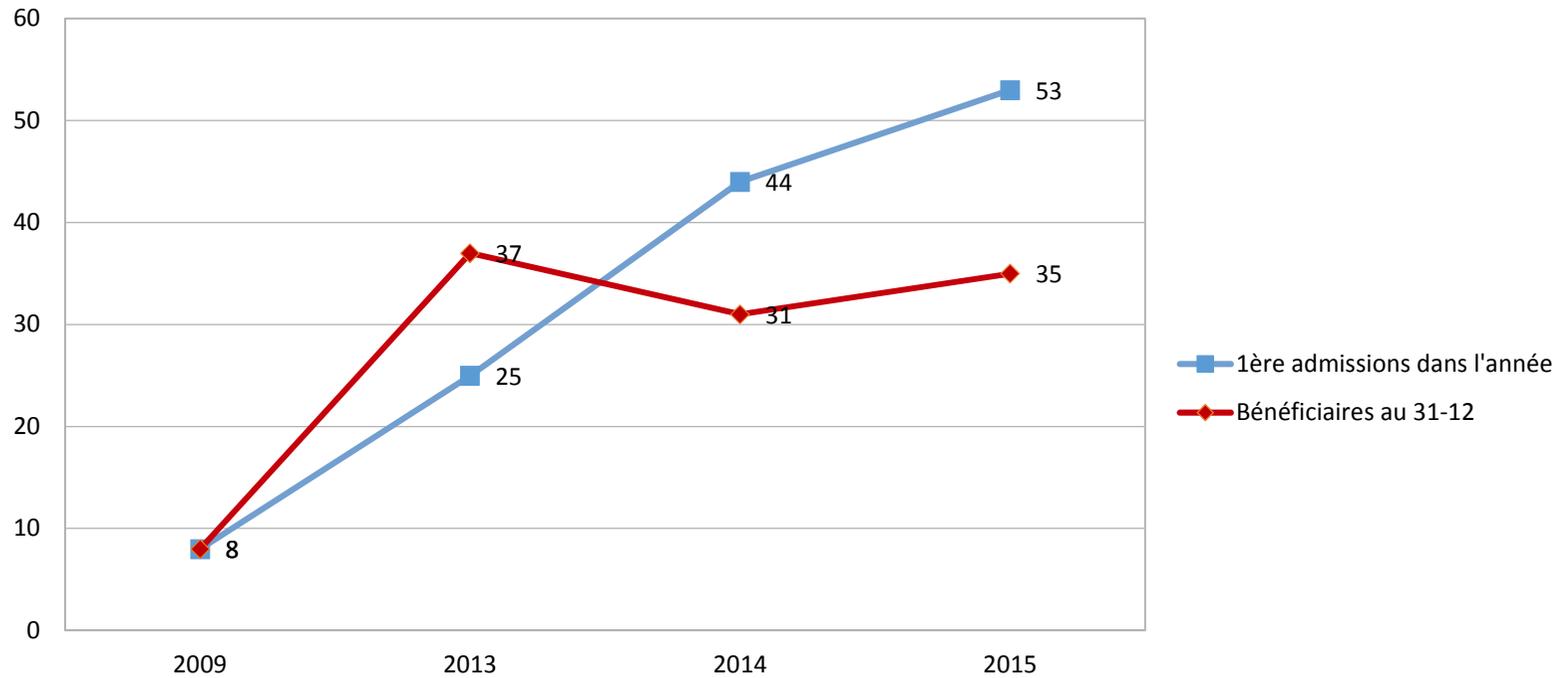
#### III.3.2.1 Évolution – Focus sur 10 an



Après une certaine stabilité du nombre de mineurs accueillis et pris en charge physiquement par l'Aide Sociale à l'Enfance jusqu'en 2008, celui-ci a subi de fortes hausses jusqu'en 2013. Depuis on constate une augmentation moyenne de 4 % par an.

78 % des mineurs placés sur le département sont confiés à L'Aide Sociale à l'Enfance du Tarn et Garonne.

### III.3.2.2. Les mineurs non accompagnés

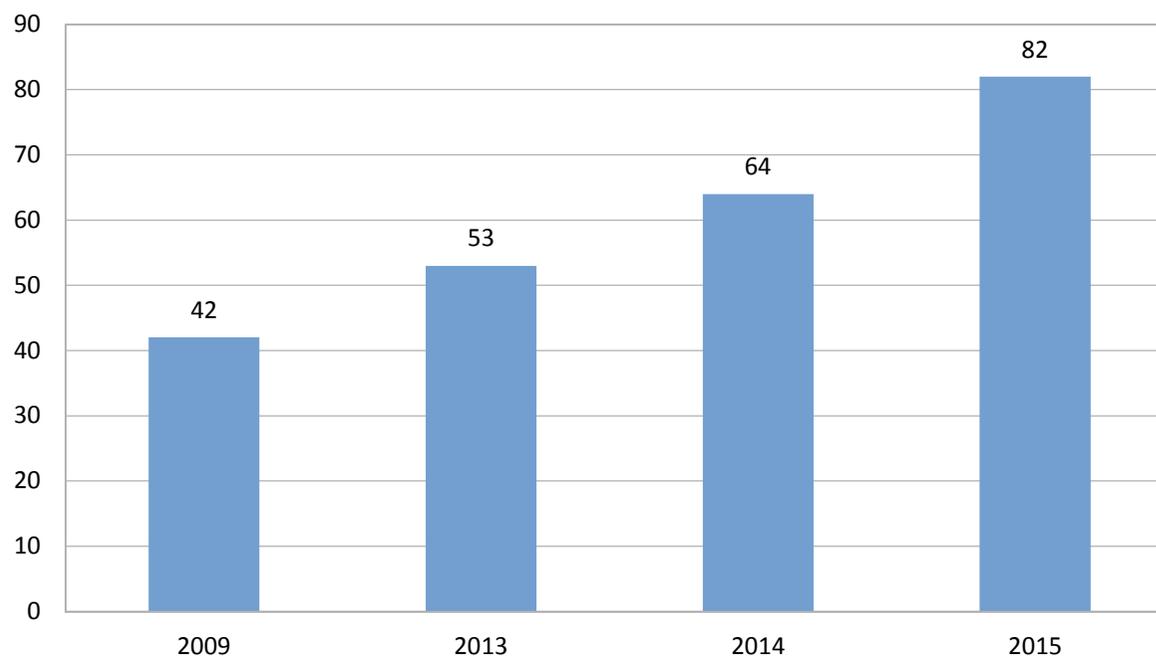


Cette problématique concerne tous les départements de France et obéit à la circulaire Taubira. Au 31/12/15, les Mineurs Non Accompagnés représentent 6,70 % de l'ensemble des mineurs confié au département.

### III.3.2.3. Les Jeunes Majeurs (18-21 ans)

#### Définition :

Le Conseil Départemental de Tarn et Garonne **peut accompagner**, au-delà de leur 18ème année, conformément à l'article L221-1 du Code de l'Action Sociale et de la Famille, les majeurs de moins de 21 ans confrontés à des difficultés familiales, sociales et éducatives susceptibles de compromettre gravement leur équilibre. Cet accompagnement prend la forme d'un Contrat Jeune Majeur ( CJM ).



L'augmentation des Contrats Jeunes Majeurs est due notamment à l'augmentation du nombre de placements. Toutefois la collectivité s'est engagé à élaborer un nouveau règlement intérieur, et à développer des actions collectives de préparation à l'autonomie afin de permettre à ces jeunes de sortir du dispositif Contrat Jeune Majeur dans les meilleures conditions.

### **III.4 L'adoption**

#### **III.4.1 L'agrément adoption pour l'année 2015**

- 35 candidatures à l'agrément adoption,
- 24 demandes ont été instruites,
- 21 agréments ont été délivrés,
- 1 renouvellement,
- 2 refus.

Au 31/12/2015, il y avait 62 dossiers en attente d'adoption, contre 69 en 2014, 60 en 2013.

#### **Evolution du nombre de demande d'agrément adoption au cours de ces dernières années, nombre d'agréments délivrés**

2015	2014	2013
<b>35</b>	<b>35</b>	<b>40</b>

Après plusieurs années de fortes demandes, on constate que le nombre de demandes est en baisse mais stable.  
Les « demandeurs » sont souvent informés (Internet) du contexte tendu de l'adoption internationale en particulier.

#### **Evolution du nombre d'agréments délivrés au cours de ces dernières années**

2015	2014	2013
<b>21</b>	<b>22</b>	<b>21</b>

### **III.4 .2 Soutien à l'adoption**

→ Afin d'accompagner et soutenir au mieux les candidats tout au long de leur parcours, la Cellule Adoption a mis en place un certain nombre d'actions collective et individuelle.

- 2 réunions d'information en amont de l'agrément
- 1 rencontre individuelle avec le correspondant AFA (Agence Française de l'Adoption) dès l'obtention de l'agrément
- 4 réunions thématiques (le suivi post-adoption, le dossier de l'enfant, la rencontre avec l'enfant et la recherche des origines)

→ Dans la même optique, en décembre 2015, une rencontre avec quelques OAA intervenant dans le département a permis, à bon nombre de candidats, de s'informer, d'échanger, de se confronter aux spécificités de l'adoption.

→ Eu égard à l'évolution de l'adoption internationale depuis plusieurs années (baisse massive du nombre d'enfants proposés par les pays).

### **III.4.3 Les Pupilles de l'État**

#### **III.4.3.1 Les Pupilles de l'État au 31/12/2015**

Au 31/12/2015, le Département compte 13 enfants pupilles de l'État (21 en 2014, 13 en 2012) :

- 1 enfant a moins de 3 ans
- 5 enfants ont entre 8 et 11 ans
- 7 enfants ont entre 13 et 17 ans

**Situation de ces enfants :**

- 5 sont en famille d'accueil sans projet d'adoption
- 1 est revenu en famille d'accueil suite à un échec à l'adoption
- 3 sont placés en vue d'adoption

Pour 4 enfants leur situation est :

- soit en attente d'évaluation de leur adoptabilité
- soit en cours de réalisation

**III.4.3.2 Naissance dans le secret**

2015	2014	2013
2 dont 1 repris par la mère	3	4

**III.4.3.3 Admission Pupilles de l'État enfants grands**

2015	2014	2013
6	3	0

Le Département, depuis plusieurs années déjà, est soucieux et vigilant quant au statut juridique des enfants confiés.

### III. 4. 4 L'Adoption

#### III.4.4. L'Adoption nationale (enfants grands pupilles de l'État du Tarn-et-Garonne)

En 2015, 2 enfants dont l'un est âgé de 12 ans et l'autre de 8 ans (adopté par la famille d'accueil).  
 Aucune adoption en 2013 et 2014.

Compte tenu de l'âge avancé des enfants placés en vue d'adoption, un suivi renforcé s'impose auprès des parents adoptifs qui souvent éprouvent des difficultés dans la prise en charge au quotidien.

#### III.4.4.2 Adoption internationale

Depuis plusieurs années en France, le nombre d'enfants arrivant de l'étranger est en forte baisse (815 en 2015, 1069 en 2014, 1500 en 2012, 2000 en 2011).

Le département de Tarn-et-Garonne n'échappe pas à ce constat. Les pays d'origine des enfants proposent à l'adoption internationale uniquement ceux qui n'ont pas trouvé de parents dans le pays ; enfants malades, grands, en fratrie. Ces enfants « à besoins spécifiques » ne correspondent pas toujours au projet des candidats à l'adoption (enfants très jeunes en bonne santé).

2015	2014	2013
<b>5</b> dont 3 interfamiliales	<b>6</b>	<b>6</b>

### III.4.5 Recherche des origines-accès au dossier

	2015	2014	2013
Demandes de consultation	<b>27</b>	<b>32</b>	<b>24</b>
Consultations effectives	<b>15</b>	<b>22</b>	<b>16</b>

On constate un écart significatif entre le nombre de demandes de consultation de dossier et le nombre de consultations effectives. L'accès aux origines personnelles reste une démarche anxiogène, complexe sur le plan psychique.

En 2015, par deux fois, le CNAOP (Conseil National pour l'Accès aux Origines Personnelles) a « donné mandat » à la psychologue et à l'assistante sociale du Service pour des demandes d'accès aux origines personnelles pour une levée de secret.

## **IV –ÉQUIPEMENT ET OFFRE DE SERVICE – ÉVOLUTION ET ÉTAT DES LIEUX**

## IV.1 Evolution des services PMI et ASE

### IV.1.1 Evolution de fonctionnement du service PMI

		Grade Fonction	Nombre de postes 2009	Nombre de postes 2015	2009	2015
	Secrétariat PMI	Secrétaire Agents administratifs	3,5	4	3,3 ETP	3,8
PMI	Petite Enfance	Médecins	10	9	7,2 ETP 2,8 ETP non fourni	7,5 ETP 1,5 ETP non fourni
		Infirmière- Puéricultrice	18	19	16,9 ETP	18,1
		Sage-femme	3	4	2,9 ETP	4
		Puéricultrice coordonnatrice	1	1	1 ETP	1
		Psychologue	1	2	0,5 ETP	1,5
	CPEF	Médecin	0,5	0,5	0,5 ETP	0,5
		Conseillère conjugale	2	2	1,5 ETP	0,6

► Un des postes de médecin non pourvu depuis plusieurs années a été modifié et a permis de créer celui de psychologue, ce qui a permis une meilleure prise en charge précoce de troubles de la relation parent-enfant dès la période anté-natale.( augmentation de 27 % des familles rencontrées entre 2013 avec une psychologue à temps plein, et 1,5 équivalent temps plein en 2015). Malgré tout la problématique de l'orientation vers le soin (CMP , CMPP) reste entière et provoque un allongement des délais de prise en charge.

► L'activité au centre de planification et d'éducation familiale (CPEF) sur la partie ouest du département a été ~~fortement impactée par l'absence~~ d'une part d'une conseillère conjugale et d'autre part, le départ à la retraite en 2015 du médecin gynécologue de Castelsarrasin qui n'a pu être remplacée faute de candidature. Ainsi l'activité départementale des conseillères conjugales a diminué de 39 % et celle des consultations de 35 %. Ainsi même si l'accès à la contraception est facilité par sa gratuité et sa délivrance anonyme pour les mineures dès l'âge de 15 ans, les missions des CPEF ne se limitent pas à la mise en place de consultations médicales relatives à la maîtrise de la fécondité mais doivent également permettre :

- la préparation à la vie de couple et à la fonction parentale, entretien de conseil conjugal et familial,
- la diffusion d'informations et d'actions individuelles et collectives de prévention portant sur la fécondité et l'éducation familiale,
- la réalisation d'entretien préalable à l'IVG prévu à l'article L162-4 du Code de Santé Publique,
- la réalisation d'entretiens relatifs à la régulation des naissances faisant suite à une interruption volontaire de grossesse.

Dans le département, il semble nécessaire de proposer à tous les habitants les mêmes droits et donc de reprendre les modalités d'intervention au sein du CPEF sur le secteur Ouest du département.

► L'augmentation des naissances de 2591 en 2004 à 2978 en 2011 puis 2829 en 2014 a conduit à maintenir en renfort un quatrième poste de sage-femme depuis novembre 2012 d'autant plus au vu de l'évolution de la population (critères de vulnérabilité et de précarité) et des difficultés de recensement des facteurs de risques psycho-sociaux sur les nouveaux avis de grossesse.

► L'évolution des professionnels du service, notamment la difficulté à recruter des médecins, a entraîné le recrutement de puéricultrices contractuelles afin de pouvoir continuer à mener les missions primordiales à savoir les consultations et les bilans en école maternelle. Ainsi la répartition de tâches s'est modifiée avec une intervention en première ligne des puéricultrices dans les bilans de santé en école maternelle afin de maintenir ceux-ci à 90 % des enfants de 3-4 ans concernés.

Par ailleurs, les puéricultrices ont également vu leur charge de travail augmenter dans d'autres domaines.

Elles occupent maintenant une place importante dans la protection de l'enfance lors du traitement des informations préoccupantes.

Elles participent comme précédemment à l'évaluation de l'agrément des assistants maternels et familiaux mais depuis 2012 leur mission de suivi des assistantes maternelles a été augmentée, suite au suivi annuel des assistants maternels a été mis en place afin de mieux garantir la qualité de l'accueil des jeunes enfants.

► L'activité de consultation a pu être maintenue et l'informatisation des médecins et des sages-femmes a permis la signature en 2011 d'une convention avec les caisses d'assurance maladie pour le remboursement des actes médicaux et en partie du coût représenté par l'achat des vaccins par la collectivité (recettes de 110 000 € fin 2015 pour le remboursement des actes et des vaccins).

#### **IV.1.2 Évolution des services de la Solidarité Départementale en charge de l'Aide Sociale à l'Enfance**

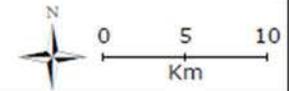
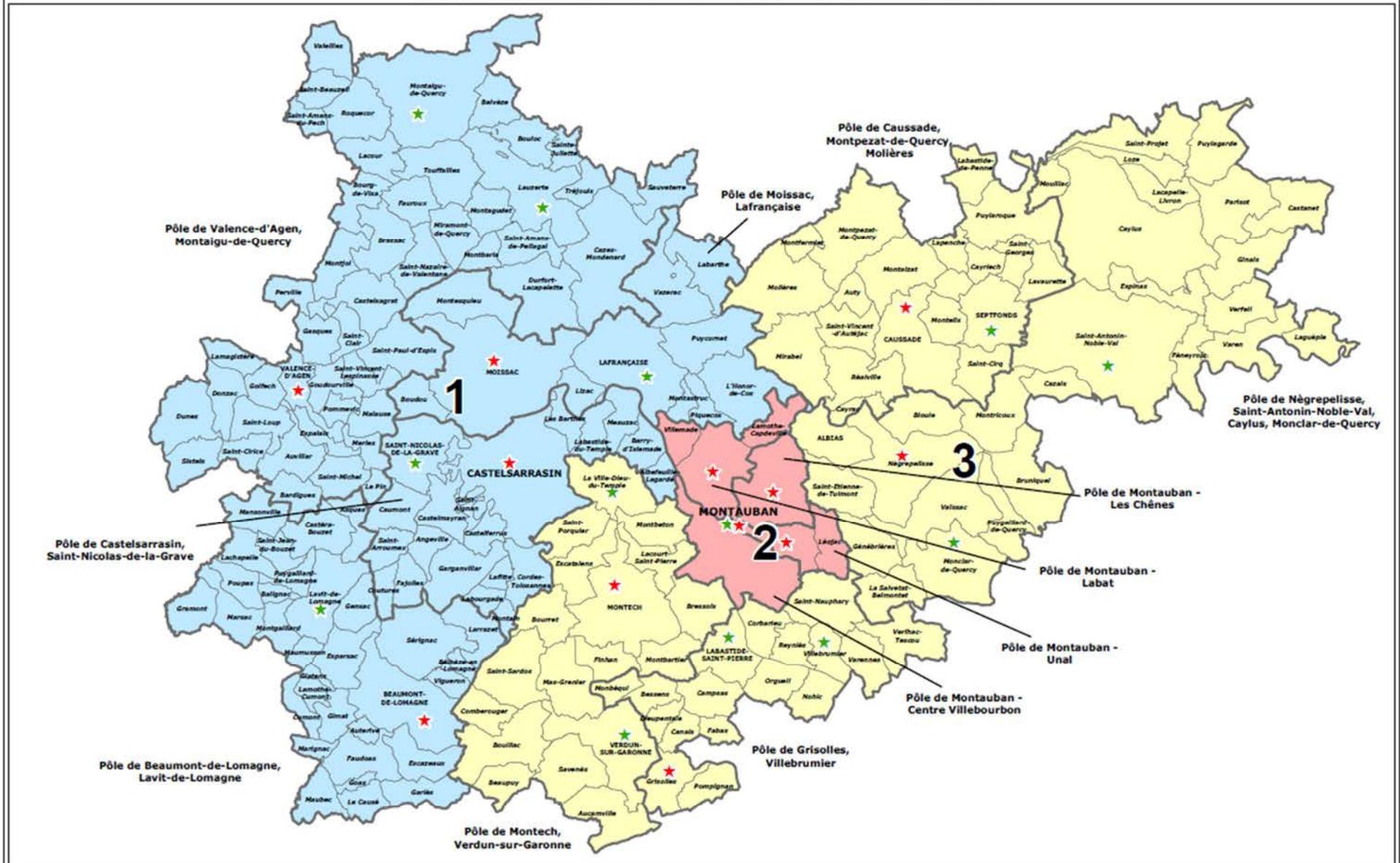
L'augmentation de la population, l'évolution de la législation et des politiques locales et leur impact sur les pratiques, ont amené à interroger et revisiter les différentes missions et les différents outils du service de l'Aide Sociale à l'Enfance, ainsi que ses articulations avec le champ d'action médico-social et sanitaire.

A partir de 2013, dans un souci de créer les conditions d'une cohérence de l'action de la collectivité départementale en matière de protection de l'enfance, les missions de prévention et de protection ont été regroupées au sein d'un seul service.

Au sein de ce service, trois cadres responsables techniques enfance famille -mission placement-, au sein de trois territoires (regroupant chacun 4 pôles), assurent les soutiens techniques et organisationnels de la mission placement au plus près des assistants sociaux éducatifs, des psychologues et des assistants familiaux, en étroite complémentarité avec les pôles de développement sociaux.

Dans ce cadre et conformément à la loi de Mars 2007, l'ensemble des intervenants (assistant familial, psychologues et travailleur médico-social) se retrouve au sein des pôles de développement sociaux autour d'un nouvel outil, le Projet Pour l'Enfant (PPE) auquel sont associés les parents.

## Territorialisation de l'Aide Sociale à l'Enfance



## IV.2 Evolution de l'équipement départemental

### IV.2.1 Les modes d'accueil petite enfance

#### IV.2.1.1 Individuels (0-18 ans)

Evolution de l'agrément assistant maternel de 2009 à 2015

	Nombre de candidatures AM +AF  jusqu'en sept 2012  puis uniquement AM à partir d'octobre 2012	Nombre de personnes présentes aux séances d'information  AM+AF jusqu'en sept 2012 puis AM à partir d'octobre 2012	Nombre de demandes confirmées  AM	Nombre d'agréments  AM
<b>2009</b>	424	322	206	133
<b>2010</b>	416	278	202	118
<b>2011</b>	446	319	238	113
<b>2012</b>	433	313	197	108
<b>2013</b>	267*	175	91	72
<b>2014</b>	203*	161	107	51
<b>2015</b>	180*	143	94	48

\*Les séances préalables à l'agrément se sont déroulées de façon commune assistant maternel et familial jusqu'en septembre 2012, puis chaque type d'agrément a bénéficié d'une séance d'information spécifique. (1/2 journée pour les candidats assistants à l'agrément d'assistant maternel et 1 journée pour

ceux à l'agrément d'assistant familial)

Le nombre de nouvelles candidatures en 2015 est de 180. Le service de PMI organise la journée préalable d'information (143 personnes présentes). Nous avons accusé réception de 94 dossiers de demandes confirmées. 48 ont été agréées.

Depuis 2011, par convention, le service de PMI permet l'alimentation du site mon-enfant.fr en transmettant trimestriellement la liste des assistants maternels en activité.

Depuis novembre 2012, un livret décrivant chacune des deux professions est adressé aux candidats en amont des séances d'information ce qui explique la baisse du nombre de personnes présentes aux réunions d'information (certains candidats se rendant compte d'emblée de leur incapacité à exercer l'une de ces 2 professions).

Jusqu'en 2012, la responsabilité de l'agrément était partagée entre le service PMI et les pôles de développement sociaux, des commissions se déroulaient tous les mois en présence de la référente de l'agrément puis avaient été allégées en 2009. Seul le médecin et le responsable du pôle y participaient afin de proposer une décision suite à l'analyse des rapports fournis par les professionnels. Les propositions d'agrément transitaient par le service de PMI où la référente technique de l'agrément donnait un avis sur la légalité et souvent sur les motifs de rejets.

Depuis avril 2012, une lettre de cadrage a précisé que les commissions d'agrément disparaissaient et que les responsables de pôles décidaient seuls de l'attribution de l'agrément et signaient les courriers s'y rapportant au nom du président du Conseil Départemental. Les recours gracieux sont également depuis gérés en pôle.

Un suivi annuel partagé entre les infirmières puéricultrices et les assistantes sociales est instauré en août 2012.

Par ailleurs, un guide des procédures a été réalisé en novembre 2012 et transmis aux pôles afin d'essayer d'harmoniser les pratiques. Suite aux difficultés rencontrées quant à la mise en place de normes de sécurité strictes concernant les piscines chez les assistants maternels et familiaux un expert a été mandaté dans le cadre d'un marché afin de garantir le respect de celles-ci.

Par la suite, en 2014, un guide a été rédigé par un groupe de travail de professionnels intervenant dans l'agrément (professionnels de PMI référent placement, assistantes sociales et responsable de pôle) concernant la sécurité chez les assistants maternels et familiaux et délivré à chacun d'entre eux.

Depuis 2013 les candidatures à l'agrément baissent ainsi que le nombre d'agrément délivrés qui passe de 133 en 2009 à 48 en 2015. Cette baisse est à mettre en lien avec la diminution d'activité rencontrée chez les assistants maternels, à la modification des réunions d'information et à la mise en place d'outils d'informations concernant l'agrément.

L'informatisation de la mission agrément en 2013 par l'installation du logiciel webmat aurait dû amener à une simplification de celle-ci mais compte-tenu de la variabilité de la charge représentée par cette tâche d'un pôle à l'autre et la multiplicité des intervenants dans ce domaine (environ 120 personnes pour l'ensemble de ces agréments) l'utilisation de l'outil informatique n'a pu être optimisée.

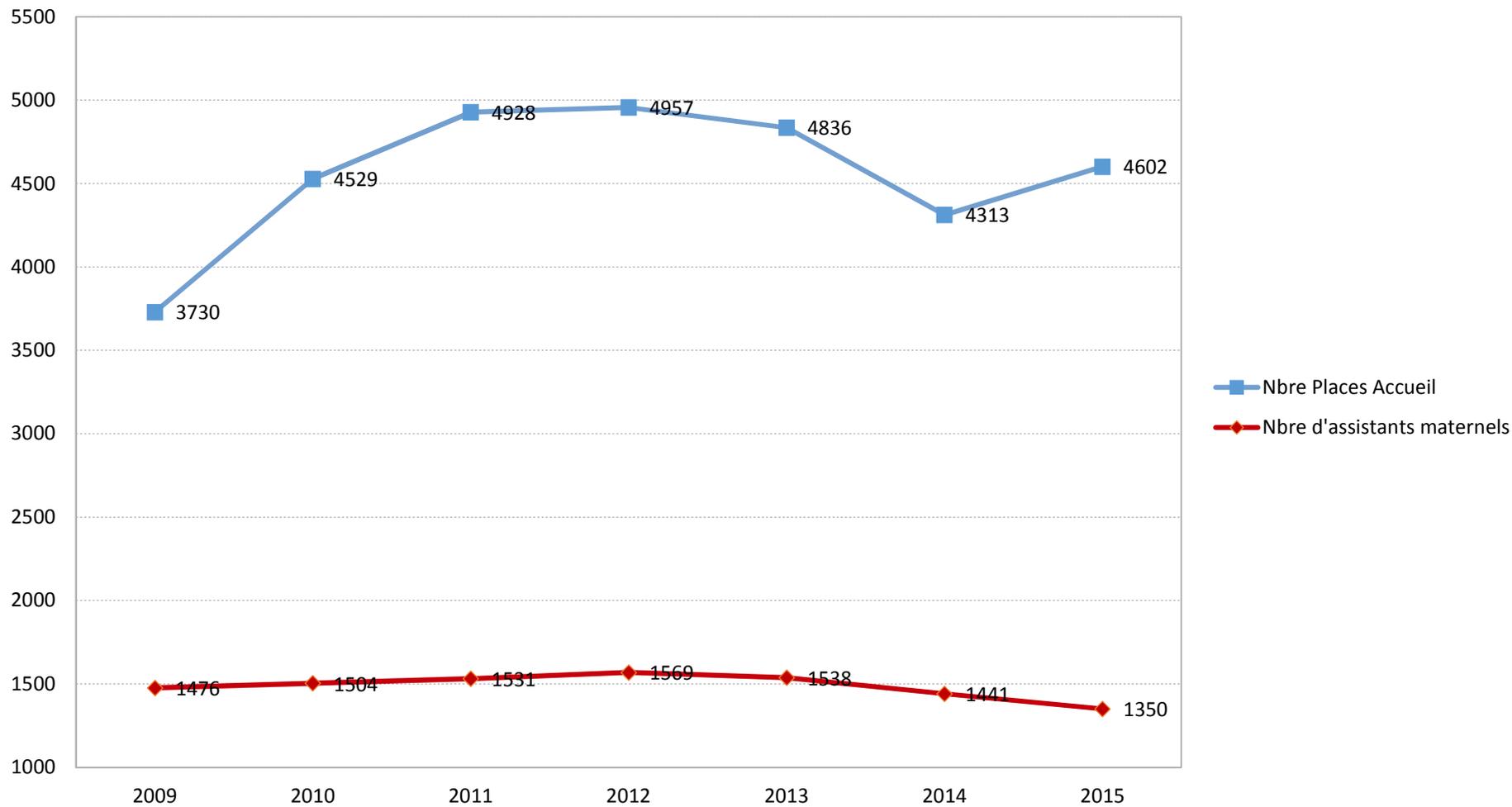
En novembre 2014, la première MAM (maison d'assistantes maternelles) a ouvert ses portes dans le département (conformément à la loi de juin 2010) et 3 autres en 2015. Cela implique une réflexion sur la mise en place de nouvelles procédures d'agrément concernant ce mode d'accueil.

Le service de PMI a également la responsabilité de l'agrément des assistants familiaux et les difficultés rencontrées pour obtenir des évaluations dans les délais impartis pour présenter les dossiers à la commission départementale de l'agrément des assistants familiaux sont de plus en plus prégnantes.

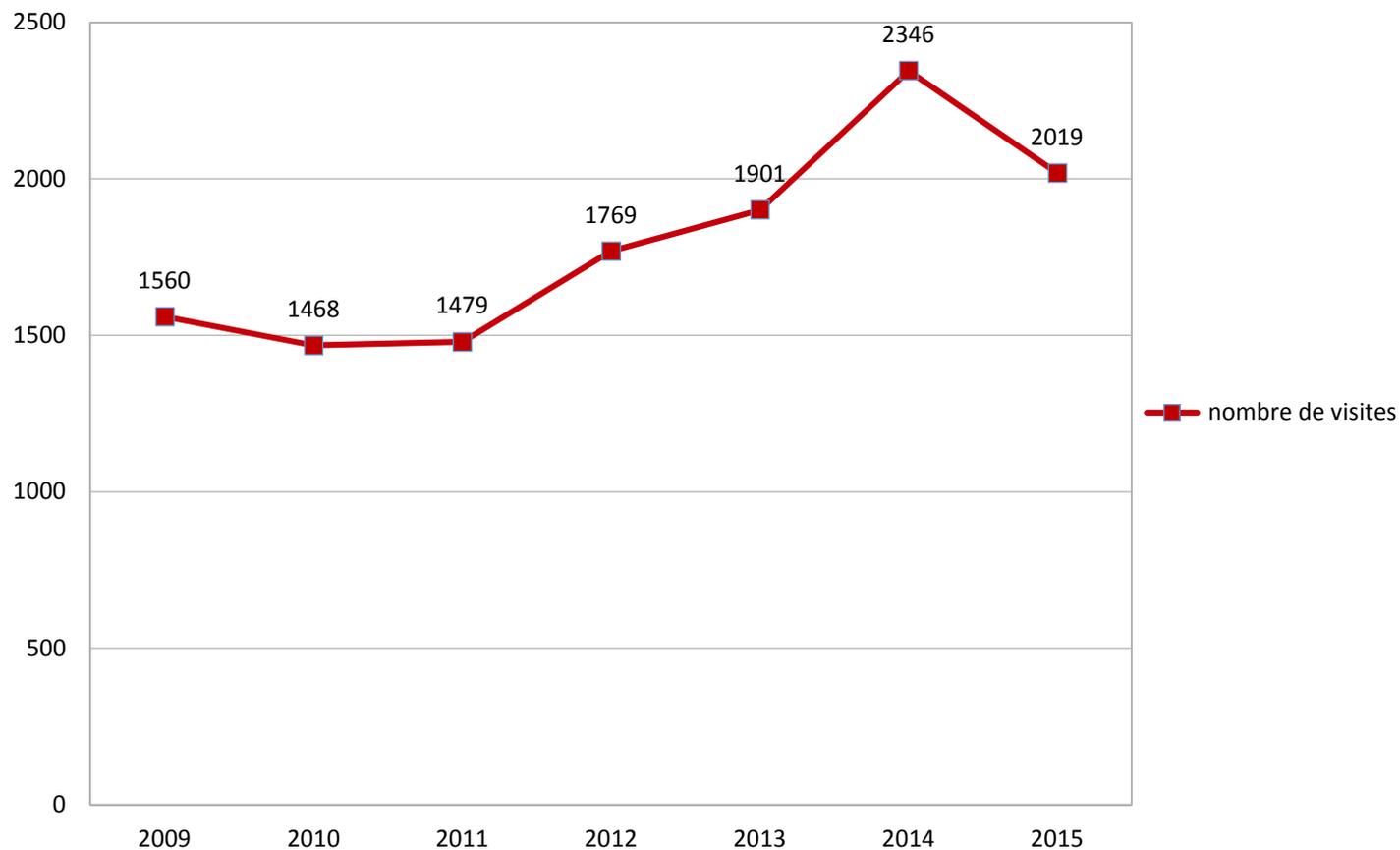
**L'ensemble de ces éléments, nécessité d'harmonisation départementale, utilisation non optimale du logiciel, difficultés à faire respecter les délais et les procédures ainsi que les différents dysfonctionnements constatés interrogent sur la pertinence du maintien de ces missions d'évaluation de l'agrément par les équipes de secteurs plutôt qu'à la mise en place d'un service dédié départemental qui pourrait mener cette mission comme dans de nombreux départements.**

### Nombre d'assistants maternels agréés de 2009 à 2015

#### Evolution 2009-2015 du nombre de places d'accueil chez les assistants maternels et du nombre d'assistants maternels

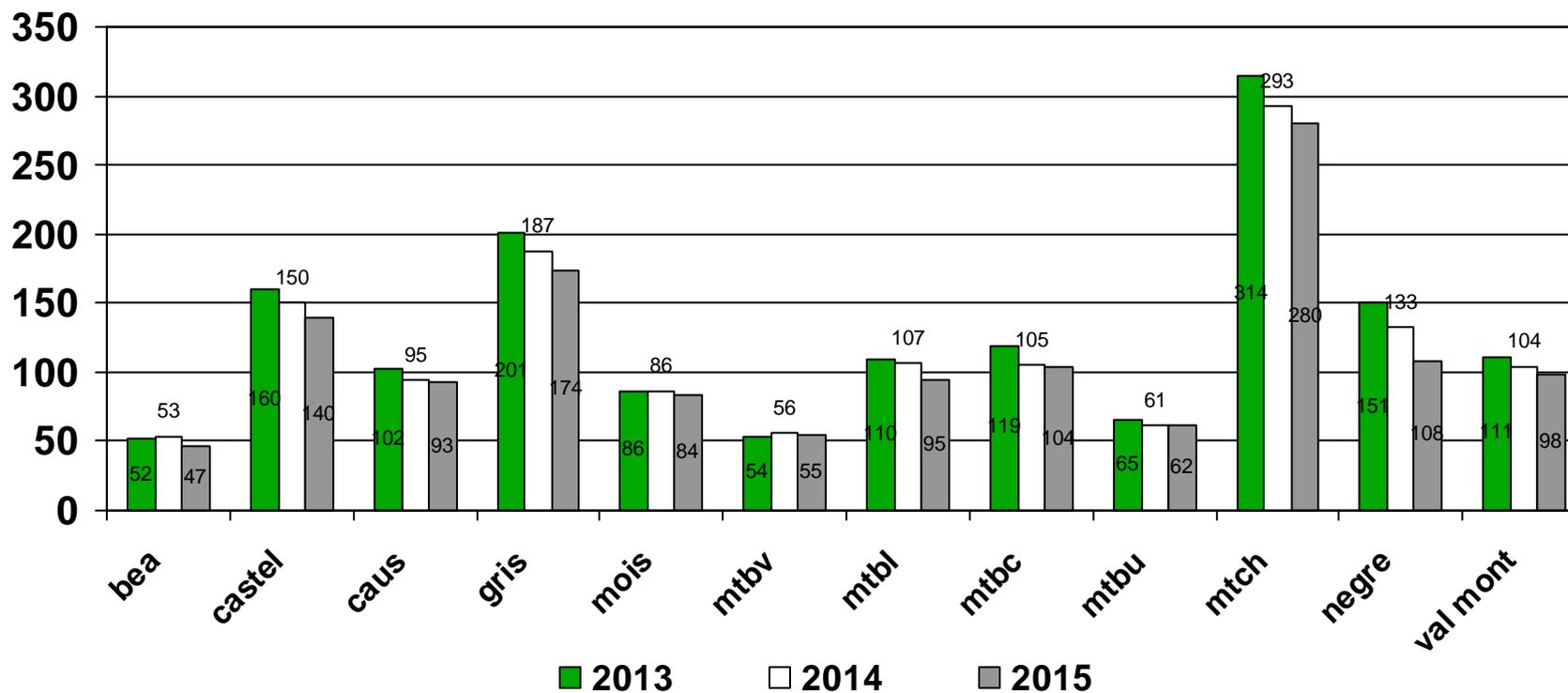


**Evolution 2009-2015 du nombre de visites à domicile chez les assistants maternels**



Malgré la diminution du nombre d'assistants maternels agréés, le suivi accentué mis en place depuis 2012 a entraîné une augmentation conséquente des visites à domicile réalisées par les infirmières puéricultrices.

### Nombre d'assistants maternels agréés de 2012 à 2015



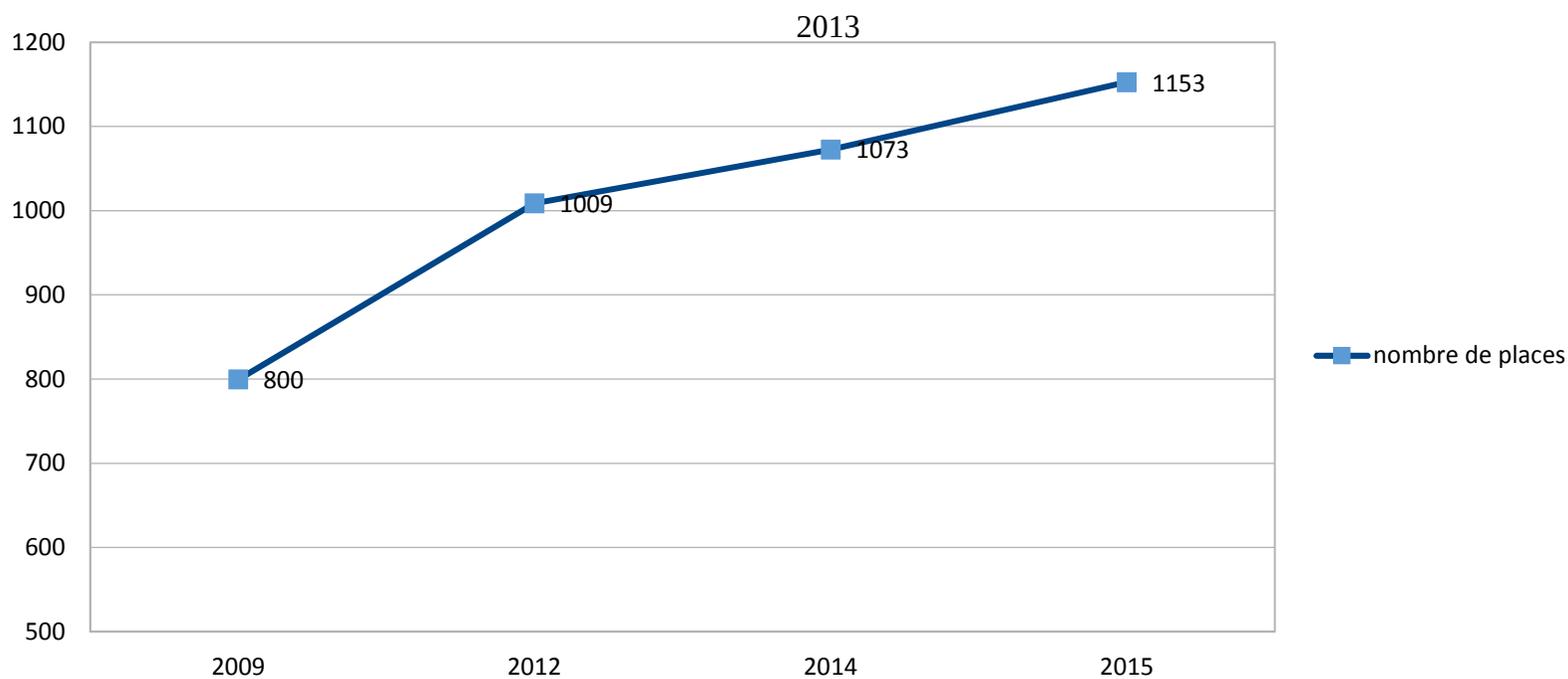
En 2012, a été décidé le suivi annuel des assistants maternels afin de mieux garantir la qualité d'accueil, ainsi, malgré une baisse du nombre d'assistante maternelle sur le territoire, le nombre de visites à domicile s'est vu augmenter surtout sur les secteurs à forte densité d'assistantes maternelles (280 assistantes maternelles sur le pôle de Montech pour 2,5 ETP de puéricultrice contre 47 à Beaumont pour 0,5 ETP), ce qui est préjudiciable au bon déroulement des autres missions des puéricultrices et ne permet pas un traitement départemental équitable.

#### IV.2.1.2 Collectifs (0 - 4 ans)

Entre 2009 et 2015, l'accueil collectif en établissement d'accueil du jeune enfant (EAJE) a nettement augmenté le nombre de structures est passé de 33 en 2009 à 44 en 2015 et s'est diversifié, notamment avec l'augmentation des places en micro-crèches qui était de 18 pour 2 structures en 2009 pour atteindre 60 pour 6 structures en 2015.

Le nombre de centres multi accueil est passé de 27 à 33 afin de permettre une augmentation conséquente du nombre de places de 613 à 865 sur cette même période.

**Evolution 2009-2015 du nombre de places d'accueil collectif**



Les EAJE se répartissent essentiellement sur les zones à forte densité de population ou sur les secteurs de migration pendulaire à Montauban. Au 31 décembre 2015, 410 places étaient disponibles, 200 sur le pôle de Caussade et 140 sur celui de Montech.

## IV.2.2 Les modes d'accueil et services de l'Aide Sociale à l'Enfance autorisés :

### IV.2.2.1 Actions éducatives

Services	Gestionnaires	Capacité au 31/12/2009	Capacité au 31/12/2015	Écart
S.I.E. (Service d'Investigation Educative)	Association Sauvegarde de l'Enfance de Tarn et Garonne	120 mesures (IOE) 42 mesures (enquêtes sociales)	130 mesures	
A.E.M.O. (Action Educative en Milieu Ouvert)	Association Sauvegarde de l'Enfance de Tarn et Garonne	300	360 mesures	+ 60 mesures
A.E.M.O.	Service Protection Judiciaire de la Jeunesse		64 mesures	

Le Service d'Investigation Éducative (SIE) est créé depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2012 pour 130 mesures, concernant 143 jeunes.

Une augmentation de la capacité du **service A.E.M.O.** de la Sauvegarde a été autorisée par arrêté conjoint (Préfet / Président du Conseil Départemental) compte-tenu du nombre de mesures réalisées au-delà de l'autorisation, depuis plusieurs années.

Ce service est chargé de mettre en place des mesures d'actions éducatives en milieu ouvert, prononcées par l'autorité judiciaires, en application de l'article 375 du Code Civil.

Cette augmentation de capacité a eu pour effet à la fois de régulariser les mesures exercées au-delà de 300 mais également de mettre en œuvre des mesures qui étaient en attente.

Des mesures d'AEMO sont également exercées par les Services de protection Judiciaire de la Jeunesse. Le nombre de mesures exercées depuis 3 ans reste stable, soit 64 mesures pour 88 jeunes.

#### IV.2.2.2 Placements :

##### ➤ Placements en Établissements :

##### a) Accueil d'urgence et CDEF : 3 établissements – 14 places

Établissements - Services	Gestionnaires	Capacité au 31/12/2009	Capacité au 31/12/2015	Ecart
S.A.M.M. (Service Accueil des Mineurs et Jeunes Majeurs)	C.D.E.F.	10 places pour mineurs 4 places pour jeunes majeurs	- 10 places pour mineurs - 2 places pour jeunes majeurs	
M.E.C.S. « Saint Roch »	Fondation d'Auteuil	-	1 place	
M.E.C.S. « La Passarèla »	Association ANRAS	-	1 place (participation au dispositif d'urgence dans la capacité autorisée de la MECS)	
<b>TOTAL</b>		<b>14 places</b>	<b>14 places</b>	-
<b>Assistantes familiales</b>			<b>+ 2</b>	<b>+ 2</b>

Conformément aux dispositions du Code de l'Action Sociale et des Familles, le C.D.E.F. joue un rôle essentiel dans l'accueil d'urgence mis en place au niveau départemental.

Deux MECS du département sont également amenées à participer à ce dispositif d'urgence, particulièrement utilisé ainsi que deux assistantes familiales pour deux places supplémentaires.

**b) L'accueil mères-enfants**

<b>Établissements - Services</b>	<b>Gestionnaires</b>	<b>Capacité au 31/12/2009</b>	<b>Capacité au 31/12/2015</b>	<b>Ecart</b>
S.A.M.E. (Service d'Accueil Mères-Enfants)	Association « Espace et Vie »	28	28	-
Accueil Mères - Enfants	Association « Reliance 82 »	10	10	-
S.H.P.E. * (Service Hébergement Parents - Enfants)	C.D.E.F. (Centre Départemental de l'Enfance et de la Famille)	19	19	-
<b>TOTAL</b>		<b>57</b>	<b>57</b>	<b>-</b>

\* Hébergement de femmes enceintes, de femmes, d'hommes ou jeunes couples avec enfants.

Il n'est pas enregistré d'évolution de la capacité des places d'accueil « Mère - Enfant » ou « Parents - Enfants » depuis le précédent schéma.

Cependant, en 2009, le service géré par l'association « Reliance 82 » était en phase d'installation avec une montée en charge progressive de l'activité opérée depuis cette date.

**c) L'accueil en MECS : Maisons d'enfants à caractère social : 4 établissements – 106 places**

<b>Etablissements</b>	<b>Gestionnaires</b>	<b>Capacité au 31/12/2009</b>	<b>Capacité au 31/12/2015</b>	<b>Ecart</b>
M.E.C.S. « Saint Roch » à Durfort Lacapelette	Association Fondation d'Auteuil	20 places	23 places	+ 3
M.E.C.S. « La Passarela » à Montauban	Association ANRAS	36 places	38 places (dont 4 en appartements)	+ 2
M.E.C.S. « Foyer Educatif » de Moissac	Association JCLT	36 places *	35 places * (dont 4 en appartements)	- 1
M.E.C.S. « Centre d'Accueil et d'Orientation J. Filhouse » à Montauban	Association Sauvegarde de l'Enfance de Tarn et Garonne	10 places	10 places (dont 2 en appartements)	-
<b>TOTAL</b>		<b>102 places</b>	<b>106 places</b>	<b>+ 4</b>

\* places installées.

L'hébergement en MECS est réalisé majoritairement en internat collectif de faible capacité (une dizaine de places en moyenne) et dans une moindre mesure, dans des appartements « éclatés » pour l'apprentissage de l'autonomie.

Le nombre global de places de M.E.C.S. du Département enregistre une légère hausse depuis le précédent schéma. Les places supplémentaires autorisées correspondent à des besoins pérennes constatés.

L'installation de ces places supplémentaires a pu nécessiter des travaux et/ou des restructurations de locaux existants. Des visites de conformité ont ainsi été réalisées conjointement (D.S.D. / P.J.J.) en mars 2010 pour la M.E.C.S. « Saint Roch » et en avril 2013 pour la M.E.C.S. « Passarèla ».

A noter la particularité de la M.E.C.S. « Centre d'Accueil et d'Orientation » de la Sauvegarde qui réalise une mission d'observation et d'évaluation de la situation du jeune placé et de sa problématique afin de construire une orientation adaptée (6 mois d'accompagnement théorique).

#### d) L'accueil en lieux de vie : 4 établissements – 25 places

Établissements	Gestionnaires	Capacité au 31/12/2009	Capacité au 31/12/2015	Écart
Lieu de Vie « Le Sautou » à Castanet	Association « Lieu de Vie pour enfants de Sautou »	6 places	6 places	
Lieu de Vie « Sol Vielh » à Vazerac	Association « Sol Vielh »	7 places	7 places	
Lieu de Vie « Embécado » à Savenes	Association « Embécado »	7 places	6 places	- 1
Lieu de Vie « La Goudonne » à Montbartier	Association « La Goudonne »	7 places	6 places	- 1
<b>TOTAL</b>		<b>27 places</b>	<b>25 places</b>	<b>- 2</b>

La baisse de capacité enregistrée sur les Lieux de Vie est à mettre en lien avec la réglementation relative aux établissements accueillant du public ; des travaux lourds sont à engager à partir d'un accueil de 7 personnes.

La fermeture d'un Lieu de Vie « La Goudonne » doit intervenir courant 2018 dans le cadre d'une fin d'activité.

## SYNTHÈSE DES PLACES « AIDE SOCIALE A L'ENFANCE EN ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES AUTORISÉS » EN TARN ET GARONNE

	Au 31/12/2015
Places d'urgence	14
Accueil mères- Enfants	57
M.E.C.S.	106
Lieux de Vie	25
<b>TOTAL</b>	<b>202</b>

Le nombre de places en établissements (hors dispositif « Familles d'accueil » et AEMO) s'établit à 202 et n'enregistre pas d'évolution sensible depuis le précédent schéma.

Le taux d'équipement en places d'établissements d'aide sociale à l'enfance (source DREES – DRJSCS) (nombre de places accueil mère enfants / foyer de l'enfance / lieux de vie / MECS pour 1 000 jeunes de 0 à 20 ans) au 1<sup>er</sup> janvier 2015, est inférieur en Tarn et Garonne à la moyenne nationale : 2,9 en Tarn et Garonne contre 3,9 en moyenne nationale.

**Ce taux ne tient pas compte de la très forte évolution du service d'accueil familial du Conseil Départemental enregistrée depuis le précédent schéma.**

- **Placements en familles d'accueil :**

Établissements	Gestionnaires	Capacité au 31/12/2009	Capacité au 31/12/2015	Écart	
Placement familial	Conseil Départemental	- Nombre d'assistants familiaux agréés	226	346	<b>+120</b>
		- Nombre de places potentielles :	480	677	<b>+ 197</b>
		- Nombre d'assistants familiaux employés par le 82: (dont 12 hors département)	144	236	<b>+ 92</b>
		- Nombre de jeunes placés en familles d'accueil : (y compris hors département :	249	401	<b>+ 152</b>
Service d'accueil familial	Sauvegarde de l'Enfance de Tarn et Garonne	100 jeunes	100 jeunes	-	

- La capacité autorisée du service d'accueil familial de la Sauvegarde n'a pas évolué depuis le précédent schéma. Le nombre moyen de jeunes réellement suivis sur ce dispositif depuis 3 ans est légèrement supérieur à la capacité autorisée (+ 2 en moyenne).
- **Par contre**, le service du Placement Familial du Conseil Départemental enregistre une très forte évolution entre 2009 et 2015 avec :
  - + 197 places agréées, soit une augmentation de : + 41 %
  - + 92 assistants familiaux employés par le Conseil Départemental, soit une augmentation de : + 63,8 %
  - + 152 jeunes placés en famille d'accueil, soit une augmentation de : + 61 %.

**C'est donc très largement le service de Placement du Conseil Départemental qui a permis d'absorber la forte augmentation du nombre de placements depuis 2009, avec :**

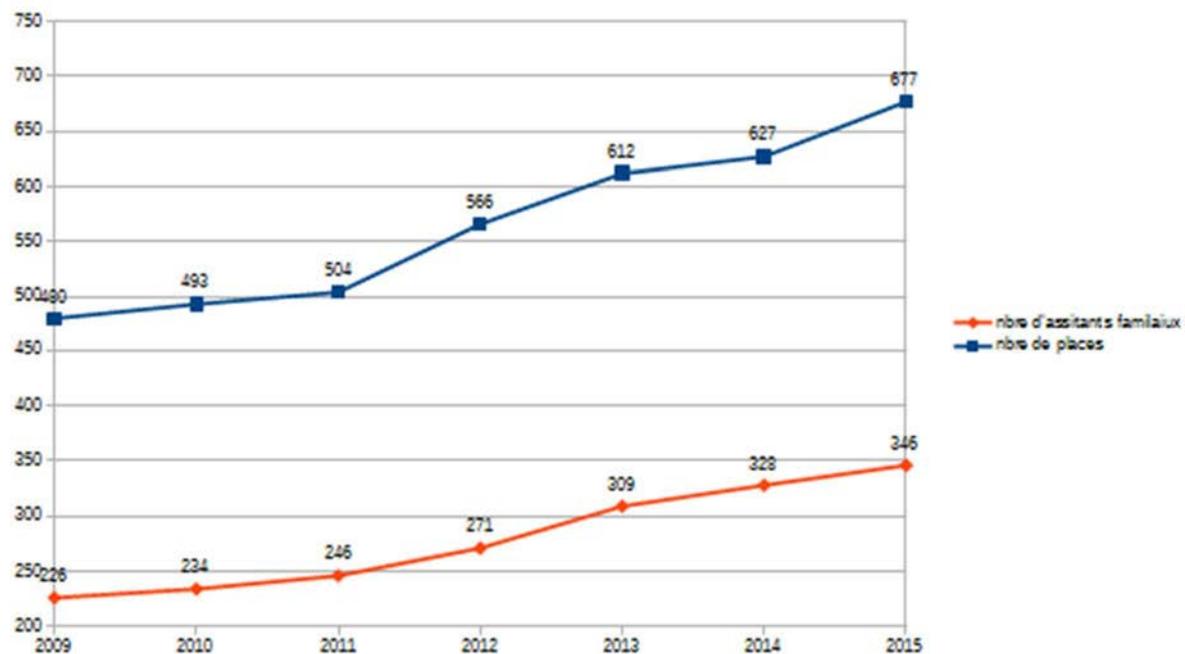
- **une augmentation de 65 % du nombre de jeunes placés confiés à l'ASE dans le Département entre 2009 et 2015,**
- **une augmentation de 61 % des jeunes placés en famille d'accueil sur la même période.**

Les évolutions principales de l'agrément des assistants familiaux se déclinent comme suit depuis 2009 :

Le service de PMI est responsable de l'agrément des assistants familiaux et le service employeur de leur suivi.

Le nombre d'assistants familiaux ne cesse de croître depuis 2009, ainsi que le nombre de places potentielles au 31 décembre 2015 qui étaient de 677 pour 346 assistants familiaux agréés, dont 236 employés par le service enfance et famille départemental.

**Evolution 2009-2015 du nombre d'assistants familiaux agréés et du nombre de places d'accueil potentielles chez les assistants familiaux**



## **V - LES PRINCIPAUX CONSTATS ISSUS DES ENQUETES REALISEES**

## V. 1. Le cadre des enquêtes

Cette partie a eu pour objectif de repérer les besoins de prise en charge dans le cadre de la protection de l'Enfance, en vue d'adapter au mieux l'offre départementale en la matière. Il s'agissait de permettre une meilleure connaissance du profil des enfants, à travers le recueil de données quantitatives et qualitatives, en vue de dégager des constats et des orientations dans le cadre de la révision du schéma départemental Enfance / Famille.

En vue de repérer les besoins de prise en charge dans le cadre de la protection de l'Enfance, les services de la DSD ont élaboré une série de 14 enquêtes, diffusées à la fois en interne auprès des services de la collectivité, mais aussi auprès des partenaires, concernant :

- le **profil des mineurs** (confiés à l'ASE par le juge ou placés directement par le juge), **des jeunes majeurs** et les caractéristiques des familles d'accueil, dans lesquelles ils sont placés en priorité
- ainsi que le **profil des femmes enceintes et des mères isolées en difficulté**

Ces enquêtes ont donc été renseignées par les Établissements / Services :

**\* gérés par les partenaires :**

- les Établissements : MECS, Lieux de Vie et Etablissements d'accueil Mère / Enfant
- le Service de Placement familial spécialisé de la Sauvegarde de l'Enfance
- le Service d'Assistance Éducative en Milieu Ouvert de la Sauvegarde de l'Enfance

**\* gérés directement par les services de la collectivité départementale :**

- les mesures d'Aide Éducative à Domicile suivies par les 12 pôles de développement sociaux
- le Service de Placement familial
- le dispositif spécifique à la prise en charge des Mineurs Non Accompagnés

- le dispositif spécifique à la prise en charge des jeunes majeurs, à travers le Contrat Jeune Majeur
  - \* **gérés par le Centre Départemental de l'Enfance et de la Famille** (organisme satellite de la collectivité départementale) :
- l'Espace Visites pour les visites médiatisées
- le Service d'Accueil des Mineurs et des jeunes Majeurs pour l'accueil d'urgence, d'observation et d'évaluation

**Ainsi, 14 séries d'enquêtes ont été diffusées par les services de la DSD, dont :**

- 6 auprès des partenaires, gestionnaires d'Etablissements ou de Services
- 6 auprès de la Direction de la Solidarité Départementale
- 2 auprès du Centre Départemental de l'Enfance et de la Famille

**Au total, 40 questionnaires ont été renseignés par les différents Etablissements / Services concernés.**

Les données étaient essentiellement à renseigner à la date du 31/12/2015 ou sinon, sur les 3 dernières années (2013, 2014, 2015). **L'ensemble des partenaires et des services sollicités ont répondu aux enquêtes, soit un taux de réponse de 100 %, ce qui a permis une exploitation optimale des données par les services de la DSD.**

Ces enquêtes ont porté sur les dispositifs de la protection de l'Enfance, à travers :

- la prise en charge des mineurs et des jeunes majeurs
- la prise en charge des femmes enceintes et des mères isolées en difficulté

Les données renseignées dans ces enquêtes ont pu être comparées aux données issues de données nationales ou régionales, grâce à l'exploitation de plusieurs études récentes, à savoir :

- une étude de la DREES (N° 0955) sur la prise en charge des enfants et adolescents hébergés en Etablissement (septembre 2016)
- une étude de la DREES (N° 0974) sur les places d'hébergement en Etablissement (mars 2016)
- une étude de la DREES (N° 916) sur les places d'hébergement pour les personnes en difficulté sociale (2015)
- une enquête de la DRJSCS de Midi-Pyrénées sur l'hébergement des personnes en difficulté sociale (2015)
- un rapport de l'IGAS, sur l'évaluation de l'accueil de mineurs relevant de l'ASE hors de leur département d'origine (2012)

## **V.2. Les résultats des enquêtes**

### **a) Le profil des enfants suivis dans le cadre de mesures d'aide éducative**

- L'AED (Action Éducative à Domicile)
- l'AEMO (Action Éducative en Milieu Ouvert)

## Le profil des publics pris en charge en AED

### CONSTATS

> une stabilité du recours aux mesures d'Aide Educative à Domicile depuis 2009 : 369 enfants suivis en AED au cours de l'année 2009, contre 360 au cours de l'année 2015, soit 253 familles suivies par les 12 pôles de développement sociaux du département

... mais un nombre de 1ères admissions au cours de l'année en diminution : elles représentent 38 % des enfants suivis en AED au cours de l'année 2015, alors qu'elles concernaient la moitié des enfants suivis sur la période 2004/2009

> **au 31/12/2015, la moitié des enfants suivis en AED âgés ont entre 12 et 15 ans**

> une part des moins de 6 ans qui diminue : si en 2009, ils représentaient 12 % des enfants suivis en AED, en 2015 cette tranche ne concerne plus que 6 % des suivis. Cette proportion ne reflète cependant pas la réalité des prises en charge puisque depuis ces dernières années, le suivi des enfants de moins de 6 ans est réalisé par les équipes de la PMI, même s'il conviendrait de développer pour ces jeunes enfants un suivi spécifique dans le cadre contractuel d'une AED, en lien avec les équipes de l'ASE

> une part des 16-18 ans qui diminue : alors que cette tranche d'âge représentait 15 % des enfants suivis en 2009, elle concerne 10 % des suivis en 2015, même si cela reste élevé pour des mesures d'AED, qui visent à rétablir la place éducative des parents et à renouer au plus tôt les liens familiaux.

> un enfant sur 8 fait l'objet d'une orientation par la MDPH (de plus en plus d'enfants sont atteints de troubles du comportement), dont près des ¾ bénéficient d'une prise en charge complémentaire (médico-sociale et/ou sanitaire)

> tous âges confondus, 4 % d'enfants sont en situation de décrochage ou de rupture scolaire

> plus de la moitié des enfants suivis sont issus de familles monoparentales, contre 18 % pour l'ensemble du département et plus de 40 % des enfants suivis issus de familles de 3 enfants ou plus, contre 27 % pour l'ensemble du département : il s'agit donc de familles potentiellement plus "vulnérables" que la moyenne

> dans plus d'un ¼ des cas, des familles suivies en AED qui font déjà l'objet d'autres décisions/mesures relevant de la protection de l'enfance

> **plus de la moitié des AED fait suite à une phase d'observation et plus d'un quart à une saisine parentale.** Sinon, dans un cas sur 7, les AED sont mises en place à la suite d'informations préoccupantes (dont la moitié avec saisine du parquet et du juge). La mise en place d'une AED suit très rarement une mesure judiciaire (dans seulement 4 % des cas, elle fait suite à une AEMO et dans un 1 % des cas, à une MJIE), alors même que cette articulation pourrait paraître judicieuse

> alors que la durée d'une mesure d'AED est normalement fixée à 6 mois, renouvelable 2 fois, une durée moyenne de prise en charge d'un peu plus d'un an est enregistrée sur les 3 dernières années.

> des résultats qui apparaissent satisfaisants puisque, sur les 3 dernières années, à la sortie de la mesure d'AED, 78 % des enfants restent dans leur famille, seulement 10 % des enfants font l'objet d'une mesure judiciaire (5 % sont orientés vers une AEMO et 5 % vers une MJIE) et 6 % font l'objet d'un placement (judiciaire dans 4 % des cas et administratif dans 2 % des cas)

## CONCLUSIONS

> la nécessité de développer un suivi adapté en AED pour les 0-6 ans, même s'ils font déjà l'objet d'une prise en charge par la PMI

> un partenariat à consolider avec l'ensemble des acteurs (Éducation Nationale, Maison Départementale des Personnes Handicapées) intervenant auprès des jeunes

> une réflexion à mener sur l'arbitrage à faire entre une orientation vers une mesure d'AEMO et une mesure d'AED, dans tous les cas où la situation de danger pour l'enfant n'est pas avérée

## Le profil des personnes suivies en AEMO

### CONSTATS

> un **recours aux mesures d'Assistance Educative en Milieu Ouvert toujours significatif**, avec **628 enfants suivis en AEMO au cours de l'année 2015**, soit une hausse de 14 % du nombre d'enfants suivis entre 2009 et 2015

... avec un nombre de 1ères admissions en cours d'année qui reste stable : elles représentent 40 % des enfants suivis en 2015 contre 38 % sur la période 2004/2009

> 371 enfants suivis au 31/12/2015, soit **un taux d'occupation de 103 %** (pour une capacité autorisée portée à 360 places fin mai 2015 au lieu de 300 en début d'année)

> **un niveau d'activité réalisé** (nombre de journées réalisées / nombre de journées théoriques) **qui se rapproche de celui autorisé depuis 2015** (116 % en 2013, 130 % en 2014 et 108 % en 2015), même si on enregistre encore au 31/12/2015 des mesures en attente d'affectation

> **30 % des enfants suivis au 31/12/2015 étaient âgés de moins de 6 ans au démarrage de la mesure**

> **au 31/12/2015, 18 % d'enfants de moins de 6 ans suivis en AEMO et 12 % de 16-18 ans**, à mettre en lien avec les problématiques de l'adolescence, à l'origine du suivi en assistance éducative

> un taux de scolarisation des moins de 16 ans (pour lesquels la scolarisation est obligatoire) de 93 %

> **une part importante d'enfants font l'objet d'une orientation par la MDPH : 1 enfant sur 5**

> près de la ½ des enfants suivis sont issus de familles monoparentales, contre 18 % pour l'ensemble du département et plus de 2/3 d'enfants suivis sont issus de familles de 3 enfants ou plus, contre 27 % pour l'ensemble du département. Il s'agit donc de familles potentiellement plus "vulnérables" que la moyenne.

> **des mesures d'AEMO qui concernent des fratries : dans plus de 2/3 des cas, il s'agit de familles dans lesquelles s'exercent plusieurs mesures d'AEMO**

> **6 % d'enfants sont concernés par une double prise en charge AEMO** : il s'agit de mesures ordonnées au domicile de chacun des parents en cas de séparation des parents, de mesures ordonnées au domicile d'un parent en parallèle d'un placement judiciaire dans un autre département ou encore de mesures ordonnées au domicile d'un ou des parents en parallèle d'un placement chez un tiers de confiance sur un autre département avec AEMO.

> **sur l'ensemble des décisions judiciaires audiencées en 2015 et instaurant une mesure d'AEMO, plus de la ½ d'entre elles faisaient suite à une Mesure d'Investigation Judiciaire** (soit la même proportion que sur la période 2004-2009), sachant qu'il s'agit dans plus de 60 % des cas, de mesures exercées au civil dans le cadre de l'assistance éducative par le Service d'Investigation Educative de la Sauvegarde de l'Enfance. De même, plus de la ½ des MJIE exercées par le service STEMO de la PJJ en 2015 ont été suivies d'AEMO (dont 1/3 d'entre elles étaient issues d'un dossier pénal).

> sur les 3 dernières années, est observé une stabilité du nombre d'enfants faisant l'objet d'un placement à la sortie de l'AEMO : 20 % des enfants sont placés à la suite d'une mesure d'AEMO entre 2013 et 2015 (soit la même proportion que sur la période 2004-2009), et 13 % font l'objet d'un déssaisissement ou d'une délégation de compétences entre 2013 et 2015 (poursuites d'une mesure judiciaire sur un autre département suite à un déménagement de la famille ou à un placement hors département par le juge).

> sur les 3 dernières années, un taux de renouvellement (turn over) de 0,73 sorties par place.

> une demande qui reste forte sur ce dispositif, avec l'existence d'une liste d'attente de 38 personnes fin février 2016, et une augmentation de la demande sur la tranche des 16-18 ans.

> sur les 3 dernières années, il est noté une durée moyenne de prise en charge (à compter de la date d'engagement de la mesure, renouvellement inclus) d'un peu plus d'1 an et demi, même s'il y a lieu de constater que **9,6 % des mesures ont duré entre 2 et 3 ans et que 12,4 % ont duré plus de 3 ans, alors que la durée d'une mesure d'AEMO ne doit normalement pas excéder 2 ans.**

## CONCLUSIONS

> **une réflexion à mener en interne avec la Maison Départementale des Personnes Handicapées et un intérêt à envisager des liens avec le secteur médico-social et/ou sanitaire** (de plus en plus de jeunes faisant l'objet d'une orientation par la MDPH).

> **la nécessité de réinterroger les pratiques professionnelles quant à la possibilité de mettre en place une mesure administrative, avant de solliciter le recours à une prise en charge judiciaire** (notamment pour les moins de 6 ans).

> **une réflexion à mener, en fonction des situations, sur l'intérêt de solliciter le renouvellement des mesures d'AEMO.**

> **dans le cadre de l'exécution d'une mesure judiciaire concernant des enfants de moins de 6 ans, la nécessité de réinterroger les pratiques professionnelles et de décloisonner les interventions des professionnels (ceux du département et ceux du secteur judiciaire) tout au long du parcours de l'enfant.**

**b) Le profil des enfants accueillis par le Service d'Accueil d'urgence, d'observation et d'évaluation des Mineurs et jeunes Majeurs du CDEF**

**Le profil des personnes accueillies au Service d'Accueil des Mineurs et des jeunes Majeurs du CDEF**

**CONSTATS**

> un lieu ayant pour **vocation l'accueil d'urgence, d'observation et d'évaluation en vue de préparer une orientation**

> **62 mineurs et 1 majeur suivis** au Service d'Accueil des Mineurs et des jeunes Majeurs **sur l'année 2015**

> malgré une offre de prise en charge ciblée sur les 6-21 ans, **une tendance marquée à accueillir des enfants de plus en plus âgés : les plus de 13 ans représentent 95 % des enfants accueillis au 31/12/2015**, contre 75 % en 2009. A contrario, au niveau national, les Foyers de l'Enfance accueillent 45 % d'enfants de moins de 13 ans.

> sur l'année 2015, les situations conduisant à la prise en charge au SAMM font suite à :

- des fugues (5 % des cas)
- des ruptures de placement en MECS (6 % des cas)
- des ruptures de placement en famille d'accueil (27 % des cas), qui correspondent non pas à des "allers – retours " entre la Famille d'accueil et le CDEF, mais bien dans tous les cas à des fins de prise en charge en famille d'accueil
- des accueils en séjours relais en Lieu de Vie, Famille d'Accueil ou Etablissement (8 %)
- des mesures judiciaires de placement de Mineurs Non Accompagnés (17 %), au titre de d'accueil provisoire de 5 jours
- dans les autres cas, la nécessité de préparer une orientation, dans le cadre d'ordonnances de placement provisoire suite à un signalement, de placements avec hébergement à domicile, d'accueils provisoires de mineurs ou de jeunes majeurs ou de mesures d'urgence de 72 heures.

> sur les 3 dernières années, un taux de renouvellement (turn over) plus élevé que celui observé au niveau national (4 sorties par place contre 1,9 au niveau national)

> sur les 3 dernières années, une durée moyenne de séjour de 3,5 mois, inférieure à celle observée au niveau national (5 mois) et à celles observées en MECS et Lieux de Vie, conformément à la vocation d'accueil d'urgence de ce service

**> malgré une conjoncture marquée par de fortes tensions pesant sur le dispositif de protection de l'Enfance, on enregistre au 31/12/2015 un faible taux d'activité, de 62 %, et un faible taux d'occupation, de 58 %, inférieur à celui observé au niveau national (93 %)**

## CONCLUSIONS

> un faible taux d'occupation, à améliorer, dans un contexte où l'ensemble du dispositif de protection de l'Enfance est sous tension

**> dans le cadre des travaux engagés récemment entre la Direction de la Solidarité Départementale et le CDEF :**

- recentrer le fonctionnement du SAMJM sur sa mission d'accueil d'urgence, avec la nécessité d'adapter l'accueil d'urgence de jour et de nuit et les pratiques professionnelles, en articulation avec les services du département, pour mieux répondre à l'urgence
- mieux définir la notion d'urgence : en distinguant le "placement d'urgence" du "placement immédiat"
- se doter d'un outil de suivi commun (au CDEF et à la DSD), qui permettrait d'objectiver les refus d'accueil au Service d'accueil des Mineurs et des jeunes Majeurs

### c) Le profil des enfants placés en famille d'accueil

- le profil des enfants placés en famille d'accueil auprès de la Sauvegarde de l'Enfance
- le profil des enfants placés en famille d'accueil auprès du Conseil Départemental
- le contexte de la prise en charge des enfants par les familles d'accueil du Conseil Départemental : les caractéristiques des familles d'accueil

### Le profil des enfants placés en famille d'accueil auprès de la Sauvegarde de l'Enfance

#### CONSTATS

> **103 enfants accueillis placés en famille d'accueil auprès de la Sauvegarde de l'Enfance au 31/12/2015** (pour une capacité de 100 places autorisées)

> une évolution en légère hausse du nombre d'enfants accueillis (+ 5 % entre 2009 et 2016), surtout originaires du Tarn-et-Garonne (94 %)

> des jeunes qui rentrent en moyenne en famille d'accueil à 6,5 ans et qui en sortent à 15 ans

> **des enfants moins âgés qu'en établissement** : même si leur proportion baisse par rapport à 2009, au 31/12/2015, près de la moitié des enfants accueillis ont moins de 12 ans. Les jeunes de plus de 18 ans représentent 4 % des enfants placés.

> des enfants de moins de 16 ans (pour lesquels la scolarisation est obligatoire) qui sont scolarisés

> parmi ceux scolarisés (tous âges confondus), ils suivent, pour la majorité d'entre eux, un enseignement général. Sinon, ils suivent des filières scolaires adaptées ou spécialisées (un enfant sur 6 sur l'ensemble des enfants accueillis), sont scolarisés au sein d'un établissement médico-social, au sein d'un Établissement médico-social (un enfant sur 9), ou encore suivent un enseignement technologique, professionnel, ou agricole.

> comme au niveau national, **un mode de placement qui se caractérise par une part importante d'enfants faisant l'objet d'une orientation par la MDPH : plus d'1 enfant sur 5**. Ce mode de placement assure la prise en charge de pathologies lourdes, souvent dans l'attente d'une place dans une structure spécialisée.

> plus des  $\frac{3}{4}$  quarts des enfants issus de familles de 3 enfants ou plus, contre 27 % pour l'ensemble du département

> dans plus de  $\frac{2}{3}$  des cas, des familles d'accueil prennent en charge une fratrie

> un placement faisant suite à une problématique de carence éducative (conformément aux dispositions des articles 375 du Code Civil et L221 du CASF), pouvant se cumuler avec des problématiques liées à la santé ou au handicap des parents (dans près d' $\frac{1}{3}$  des cas)

> des décisions de prise en charge qui sont d'origine judiciaire : il s'agit de placements directs par le juge, qui font suite à des mesures judiciaires (AEMO ou MJIE).

> sur les 3 dernières années, à la sortie du placement en famille d'accueil, près des  $\frac{2}{3}$  des enfants retournent chez leurs parents, 11 % qui accèdent à l'autonomie et 22 % sont confiés de nouveau à l'ASE à l'issue du placement en famille d'accueil.

> plus des  $\frac{2}{3}$  des enfants placés en famille d'accueil, sur l'année 2015, font l'objet d'une visite médiatisée ou accompagnée au sein du nouvel espace dédié de la Sauvegarde de l'Enfance

> sur les 3 dernières années, une durée moyenne de séjour de près de 5 ans et demi, plus longue qu'en Établissement qui s'est allongée depuis 2009

> **un renouvellement (turn over) très peu dynamique : 0,15 sorties par place sur les 3 dernières années**

> **65 assistants familiaux employés au 31/12/2015** : le nombre d'AF employés par la Sauvegarde de l'Enfance est en hausse depuis 2009 (+ 14 %). Parmi les 65 AF employés, 26 ont 2 employeurs sur le territoire départemental (la Sauvegarde de l'Enfance et le Conseil Départemental), contre 19 en 2009.

> parmi les 65 Assistants familiaux employés :

- 47,5 % d'entre eux n'accueillent qu'un seul enfant
- 38 % accueillent 2 enfants,
- 14,5 % accueillent 3 ou 4 enfants

... une complexité dans la gestion du placement familial, avec :

- la nécessité de respecter l'agrément de chaque AF (soit le nombre maximum d'enfants que peut accueillir chaque AF), avec la possibilité de n'accueillir qu'un seul enfant
- la possibilité pour les AF d'avoir plusieurs employeurs (y compris hors département)

... un système qui génère un surcoût pour l'employeur, dans la mesure où il s'agit d'assumer pour chaque assistant familial employé, la part fixe attachée à sa rémunération, dans les cas où :

- les AF ont plusieurs employeurs : c'est le cas de 26 AF, soit 40 % des AF employés
- les AF n'accueillent qu'un seul enfant : c'est le cas de 47,5 % des AF employés
- ... et à fortiori lorsque ces 2 conditions sont réunies

## CONCLUSIONS

> la complexité de la gestion du placement familial, avec la nécessité de prendre en compte les contraintes liées à l'agrément des Assistants Familiaux (qui peuvent faire le choix de n'accueillir qu'un seul enfant) et à la possibilité d'avoir plusieurs employeurs (y compris hors département), générant dans les 2 cas un surcoût pour la collectivité

> la nécessité d'engager une réflexion sur l'offre de placement familial sur le territoire départemental, dans le souci de construire de la cohérence entre les 2 services de placement (celui du département et celui géré par la Sauvegarde de l'Enfance), tant sur le plan de la maîtrise des coûts que sur le plan des orientations et des relations avec les autorités judiciaires

## Le profil des enfants placés dans les familles d'accueil auprès du Conseil Départemental

### CONSTATS

> **une évolution en forte hausse du nombre d'enfants placés dans les familles d'accueil employées par le Conseil Départemental : 376 enfants mineurs au 31/12/2015**, contre 234 en 2009, soit + 61 % entre 2009 et 2015

> une volonté de la collectivité de privilégier **ce mode de prise en charge** puisqu'au 31/12/2015, il concerne 62 % des placements de mineurs (confiés à l'ASE par le Juge et placés directement par le Juge)

> **des enfants moins âgés qu'en établissement** : la majorité des enfants accueillis ont entre 6 à 15 ans (61 % des enfants) et les moins de 6 ans représentent 17 %

> une faible part d'enfants de moins de 2 ans placés en famille d'accueil (5 %) : le travail d'accompagnement de la PMI auprès des familles, en lien avec les pôles sociaux, permet de prévenir le placement des enfants et de les maintenir au maximum dans leur famille

> une part significative d'enfants de moins de 16 à 18 ans (22 % des enfants accueillis) : pour ces jeunes, bientôt majeurs, le retour dans leur famille est difficilement envisageable et le maintien du placement en famille d'accueil constitue la seule alternative de placement possible, tout l'enjeu étant de les inscrire dans un parcours accompagné vers l'autonomie

> **pour les moins de 16 ans, un taux de scolarisation** (pour lesquels la scolarisation est obligatoire) **plus élevé qu'en Etablissement (95,6 % au 31/12/2015)** et 1 % d'enfants en situation de décrochage/rupture scolaire

> parmi ceux scolarisés (tous âges confondus), les enfants suivent, pour la majorité d'entre eux, un enseignement général. Sinon, ils sont scolarisés au sein d'un établissement médico-social (un enfant sur 6 sur l'ensemble des enfants accueillis) ou intègrent des filières scolaires adaptées ou spécialisées (un enfant sur 11)

> **une proportion plus élevée qu'en établissement d'enfants faisant l'objet d'une décision d'orientation par la MDPH : un tiers des enfants placés en famille d'accueil, dont près du quart** bénéficie d'une prise en charge dans un établissement d'hébergement (ESAT ou foyer occupationnel), complémentaire au placement familial.

Ce mode de placement assure la prise en charge de pathologies lourdes, souvent dans l'attente d'une place dans une structure spécialisée.

> plus de 40 % des enfants accueillis issus de familles monoparentales, contre 18 % pour l'ensemble du département et près de la moitié issus de familles de 3 enfants ou plus, contre 27 % pour l'ensemble du département : il s'agit donc de familles potentiellement plus "vulnérables" que la moyenne

> dans plus d'un quart des cas, des enfants qui viennent de familles dans lesquelles s'exercent déjà plusieurs mesures/décisions relevant de la protection de l'Enfance

> un placement faisant suite à une problématique de carence éducative (conformément aux dispositions des articles 375 du Code Civil et L221 du CASF), pouvant se cumuler à une altération du lien parental (près d'un quart des cas) ou à des violences physiques / morales des parents (plus d'un enfant sur 6)

> un parcours complexe des enfants placés en famille d'accueil : avant leur prise en charge en famille d'accueil, 90 % des enfants placés étaient déjà suivis au titre de la protection de l'enfance, dans les 3/4 des cas dans le cadre de décisions judiciaires

> **des décisions conduisant à la prise en charge en famille d'accueil qui sont, dans les ¾ des cas, d'origine judiciaire** : comme cela a déjà été souligné pour les enfants placés en Etablissement, la tendance à la "**judiciarisation**" de la prise en charge, se confirme au détriment des décisions administratives, en recul.

> enfin, compte tenu de la fragilité des relations entre les parents et les enfants placés, dans plus de la moitié des cas, des enfants concernés par une décision du Juge des Enfants, visant à la mise en place de visites médiatisées ou de visites accompagnées à l'Espace Visites du CDEF ou dans les pôles de développement social de la DSD

## CONCLUSIONS

> **une évolution en forte hausse du nombre d'enfants placés dans les familles d'accueil du département entre 2009 et 2015 (+ 61 %), à mettre en corrélation avec la hausse du nombre de mineurs placés (confiés à l'ASE et placés directement par le juge) sur la même période, soit + 47 %**

> un placement en famille d'accueil qui reste le principal mode de placement sur le département puisqu'au 31/12/2015, sur l'ensemble des mineurs (confiés à l'ASE par le Juge et placés directement par le Juge) :

- 62 % sont placés dans les familles d'accueil employées par le Conseil Départemental
- 17 % sont placés dans les familles d'accueil employées par la Sauvegarde de l'Enfance

> un mode de placement qui assure la prise en charge de pathologies lourdes, souvent dans l'attente d'une place dans une structure spécialisée, avec la nécessité :

- de mener une réflexion en interne avec la Maison Départementale des Personnes Handicapées et d'**envisager de nouvelles formes de prise en charge en famille d'accueil, en lien avec le secteur médico-social et/ou sanitaire, au vu de l'évolution des profils des jeunes accueillis (de plus en plus de jeunes porteurs de handicap, notamment atteints de troubles du comportement)**

- de continuer à proposer aux familles d'accueil des formations autour des troubles du comportement, dans le cadre de la formation continue

> **un partenariat à consolider avec l'Education Nationale**

> une forte judiciarisation de la prise en charge et **la nécessité de réinterroger les pratiques professionnelles sur la possibilité de mettre en place une mesure administrative avant de solliciter le recours à une prise en charge judiciaire**

> un parcours complexe des jeunes accueillis

> la nécessité de mieux accompagner les jeunes majeurs vers l'autonomie, par une mobilisation accrue des dispositifs de droit commun

## **Le contexte de la prise en charge des enfants par les familles d'accueil du Conseil Départemental : les caractéristiques des familles d'accueil**

### **CONSTATS**

> des recrutements accrus d'Assistants Familiaux ces dernières années, puisque **236 AF sont employés par le département au 31/12/2015**, contre **163 au 31/12/2009**, soit une évolution à la hausse de près de **45 % entre 2009 et 2015**

... qui démontre que l'augmentation du nombre de placements enregistrée depuis 2009 a été absorbée en majeure partie par les familles d'accueil

> **des recrutements réalisés à un rythme soutenu puisqu'au 31/12/2015**, 63 % des AF ont moins de 8 ans d'ancienneté (16 % ont une ancienneté entre 5 et 8 ans, 25 % entre 2 à 5 ans et 22 % ont moins de 2 ans d'ancienneté).

De même, au cours de l'année 2015, 32 recrutements ont été effectués (dont 6 ont concerné des enfants pour lesquels le département est devenu gardien), alors que 20 contrats ont pris fin définitivement.

> **une pyramide des âges qui démontre la nécessité d'anticiper des évolutions importantes dans les années à venir** puisqu'au 31/12/2015, 23 % des Assistants Familiaux ont entre 56 et 65 ans et 7 % d'entre eux ont plus de 65 ans.

De même, sur l'année 2015, on constate que les contrats de travail des AF prennent fin dans 30 % des cas suite à un départ en retraite ou pour cause de dépassement de la limite d'âge autorisée (67 ans).

> **des Assistants Familiaux qui sont surtout des femmes** (95 % de l'effectif)

> **des Assistants Familiaux de plus en plus formés : 50 % des AF sont titulaires du Diplôme d'Etat d'Assistant Familial et 20 % suivent la formation du DEAF**, suite aux évolutions législatives en la matière (obligation, depuis 2005, de suivre une formation complémentaire de 240 heures dans les 3 ans suivant la signature du premier contrat de travail, pour obtenir le DEAF, en complément du stage de 60 heures, préparatoire à l'accueil de l'enfant)

> **des enfants qui sont le plus souvent placés dans le département : 95 % des Assistants Familiaux employés accueillent des enfants placés dans le département** et 5 % d'entre eux accueillent des enfants suivis par la collectivité, mais qui sont placés hors département

> **des Assistants familiaux rémunérés essentiellement pour un accueil en continu** : 96 % d'entre eux sont rémunérés pour un accueil continu, 2 % pour un accueil intermitent (non continu) et seulement 2 % d'AF ne sont pas en activité (suite à un congé maladie, à la suspension de l'agrément ou faute de placement d'enfants, avec versement d'une indemnité d'attente) => **au 31/12/2015, 236 AF employées, dont 227 sont en activité.**

> **au 31/12/2015, parmi les 227 Assistants familiaux :**

- 173 AF ont **comme seul employeur la collectivité départementale**, pour 144 au 31/12/2009, soit une hausse de + 20 % entre 2009 et 2015
- 26 AF ont **2 employeurs sur le territoire départemental (la collectivité et la Sauvegarde de l'Enfance)**, pour 19 au 31/12/2009, soit une hausse de + 37 % entre 2009 et 2015
- 28 AF ont **2 employeurs, dont un sur le territoire départemental** (qui est la collectivité) et **un autre employeur hors département**

> au 31/12/2015, parmi les 227 Assistants familiaux :

- 109 AF, soit 46 % d'entre eux, n'accueillent qu'un seul enfant
- 79 AF, soit 35 %, accueillent 2 enfants
- 43 AF, soit 19 %, accueillent 3 ou 4 enfants

> 26 autorisations accordées au cours de l'année 2015 pour dépasser la capacité d'accueil (dérogations ou dépassements exceptionnels), qui concernent 11,5 % des AF employés

... une complexité dans la gestion du placement familial, avec :

- **la nécessité de respecter l'agrément de chaque AF** (soit le nombre maximum d'enfants que peut accueillir chaque AF), **avec la possibilité de n'accueillir qu'un seul enfant** : 20 % des 227 AF rémunérés ont un agrément pour n'accueillir qu'un seul enfant
- la possibilité pour les AF d'avoir plusieurs employeurs (y compris hors département)

... un système qui génère un surcoût pour l'employeur, dans la mesure où il s'agit d'assumer pour chaque assistant familial employé, la part fixe attachée à sa rémunération, dans les cas où :

- les AF ont plusieurs employeurs : c'est le cas de 54 AF, soit 25 % des 227 AF employées
- les AF n'accueillent qu'un seul enfant : c'est le cas de 109 AF, soit 46 % des AF employées
- ... à fortiori lorsque ces 2 conditions sont réunies : c'est le cas de 34 AF, soit 15 % des AF employées

## CONCLUSIONS

> l'intérêt de poursuivre la politique volontariste de formation continue des Assistants Familiaux (notamment autour des troubles du comportement, de l'interculturalité ...)

**> la complexité de la gestion du placement familial, avec la nécessité de prendre en compte les contraintes liées à l'agrément des Assistants Familiaux (qui peuvent faire le choix de n'accueillir qu'un seul enfant) et à la possibilité d'avoir plusieurs employeurs (y compris hors département), générant dans les 2 cas un surcoût pour la collectivité**

**> le rôle prépondérant que joue le placement familial dans l'offre de placement sur le territoire départemental, avec dans ce contexte, la nécessité d'optimiser le dispositif de placement familial, notamment en anticipant les besoins de recrutement à travers des outils adaptés (gestion prévisionnelle, ...)**

### **d) Le profil des enfants placés en établissement**

- le profil des enfants placés en MECS
- le profil des enfants placés en Lieu de Vie

## Le profil des enfants accueillis en MECS

### CONSTATS

> **108 enfants accueillis** (dont 28 MNA) **dans les 4 MECS du département au 31/12/2015**, soit une augmentation de 7 % du nombre d'enfants accueillis entre 2009 et 2016, à capacité quasi-constante (+ 4 %)

> **au 31/12/2015, un taux d'occupation significatif** (nombre de jeunes accueillis / nombre de places disponibles), **de 101 %**, supérieur à la moyenne nationale (92 %) et **un fort niveau d'activité** (nombre de journées réalisées / nombre de journées théoriques) des MECS du département, **de 96 %, qui se confirme**

> **une progression de la part des tarn-et-garonnais accueillis depuis 2009** : les MECS accueillent 25 % d'enfants de la Haute-Garonne et **70 % d'enfants originaires du Tarn-et-Garonne au 31/12/2015**. Même s'il y a lieu d'améliorer encore la part des Tarn-et-Garonnais accueillis, leur proportion progresse dans le temps (63 % au 31/12/2009).

> **une majorité de garçons : 69 % de garçons** (dont 65 % âgés de 16 à 18 ans), contre 57 % au niveau national

> **une tendance marquée des MECS du département à accueillir des plus de 16 ans, qui représentent 70 % des enfants accueillis au 31/12/2015**. Entre 2009 et 2016, sur l'ensemble des mineurs accueillis, la part des moins de 16 ans a été divisée par 1,5.

Au niveau national, la tranche d'âge des 13 à 17 ans est majoritaire (50 % des enfants accueillis), celle des 0 à 12 ans représente 32 % et celle des 18 ans et plus 18 %.

> malgré une offre de prise en charge des MECS du département particulièrement ciblée sur la tranche des 12 à 18 ans (1 seule MECS sur 4 propose une prise en charge pour les moins de 12 ans), elles accueillent pourtant **6 % d'enfants de 6 à 11 ans et 10 % de jeunes majeurs** (de 18 à 21 ans), **dont près de 30 % viennent d'autres départements**

> **un taux de scolarisation des moins de 16 ans** (pour lesquels la scolarisation est obligatoire) **qui reste faible** (67 % au 31/12/2015), tous âges confondus, environ 1 enfant sur 7 sans projet professionnel

> parmi ceux scolarisés (tous âges confondus), les enfants ne suivent pas, pour la majorité d'entre eux, un enseignement général : ils intègrent souvent un Centre de Formation des Apprentis (près d'un enfant sur 5 sur l'ensemble des enfants accueillis) ; sinon, ils suivent un enseignement technologique/professionnel ou des filières scolaires adaptées ou spécialisées, ou sont scolarisés au sein même de l'Etablissement d'hébergement (la moitié des enfants de la MECS St Roch scolarisés sur site)

> une **part importante d'enfants (1 enfant sur 8) faisant l'objet d'une orientation par la Maison Départementale des Personnes Handicapées :**

- vers un établissement scolaire adapté (SESSAD, IME, IME PRO, ITEP), dans 40 % des cas,
- vers le secteur sanitaire, dans un ¼ des cas,
- vers l'hôpital de jour, dans près de 20 % des cas

Sur l'ensemble des orientations effectuées par la MPDH, seule une sur 5 conduit à une prise en charge effective (médico-sociale et/ou sanitaire), complémentaire à la MECS.

> près de la moitié des enfants accueillis sont issus de familles monoparentales, contre 18 % pour l'ensemble du département et plus de la ½ des enfants accueillis sont issus de familles de 3 enfants ou plus, contre 27 % pour l'ensemble du département : il s'agit donc de familles potentiellement plus "vulnérables" que la moyenne

> un placement faisant suite à une problématique de carence éducative (conformément aux dispositions des articles 375 du Code Civil et L221 du CASF) ou résultant de l'accueil de Mineurs Non Accompagnés sur le territoire

> **des décisions conduisant à la prise en charge en MECS qui sont très majoritairement d'origine judiciaire (près de 80 % des cas) :** il s'agit surtout d'ordonnances de placement provisoire, voire de placements faisant suite à des mesures d'AEMO. Comme au niveau national, la tendance à la "**judiciarisation**" de la prise en charge, déjà soulignée dans le diagnostic du précédent schéma, se confirme au détriment des mesures administratives d'accueil provisoire, en recul.

> comme au niveau national, la **difficulté de sortir définitivement des dispositifs de la protection de l'enfance, avec à la sortie de la MECS**  
**sur les 3 dernières années :**

- moins d'1/4 des enfants qui retournent chez leurs parents ou leur famille
- 19 % qui accèdent à l'autonomie et 13 % qui sont logés dans un établissement social (CHRS, résidence sociale)
- mais 9 % d'enfants sont placés en famille d'accueil et 28 % sont placés dans un nouvel établissement (MECS, Lieux de Vie, ...), même s'il s'agit, pour cette dernière catégorie dans plus des 3/4 des cas, de placements de courte durée (accueils d'urgence, accueils relais, accueils à l'essai ou séjours de rupture), souvent causés par des ruptures de placement en MECS. **La problématique des "situations récurrentes" reste donc saillante.**

> sur les 3 dernières années, une durée moyenne de séjour d'un peu plus d'un an, inférieure à celle observée au niveau national (17 mois) : même si on observe des durées de séjour plus longues pour une partie des enfants (notamment pour la plupart des jeunes devenus majeurs), d'autres par contre connaissent des durées de placements très courtes, liées à des ruptures de placement.

> un taux de renouvellement (turn over) de 0,8 sortie par place sur les 3 dernières années, proche de celui observé au niveau national (0,6 sortie par place)

## CONCLUSIONS

> **une augmentation du nombre d'enfants pris en charge en MECS ... mais un modèle à réinterroger, avec la nécessité :**

- de mener une réflexion en interne avec la Maison Départementale des Personnes Handicapées et **d'envisager de nouvelles formes de prise en charge en MECS, en lien avec le secteur médico-social et/ou sanitaire, au vu de l'évolution des profils des jeunes accueillis** (de plus en plus d'enfants faisant l'objet d'une orientation par la MDPH, notamment atteints de troubles du comportement)

- de proposer des formes alternatives à l'internat, de type "Placement avec Hébergement à domicile"
- de sécuriser la prise en charge des jeunes hébergés hors lieu collectif (appartements)

> un partenariat à consolider avec l'Éducation Nationale

> une forte judiciarisation de la prise en charge et **la nécessité de réinterroger les pratiques professionnelles sur la possibilité de mettre en place une mesure administrative avant de solliciter le recours à une prise en charge judiciaire**

> **un parcours complexe des jeunes accueillis, avec des constats proches de ceux faits au niveau national** (8 jeunes sur 10 accueillis en établissement étaient déjà suivis par l'ASE et à leur sortie de l'établissement, 2 enfants sur 3 relèvent encore de l'ASE)

> la nécessité de mieux accompagner les jeunes majeurs vers l'autonomie, par une mobilisation accrue des dispositifs de droit commun

## Le profil des enfants accueillis en Lieux de Vie

### CONSTATS

> **26 enfants accueillis**, dont 6 Mineurs Non Accompagnés, **au 31/12/2015 dans les 4 Lieux de Vie du département**

> **un très fort taux d'occupation (100 %) au 31/12/2015**, supérieur à la moyenne nationale (90 %)

> **une proportion de tarn-et-garonnais accueillis qui reste faible : les Lieux de Vie accueillent 31 % d'enfants de la Haute-Garonne et seulement 38 % d'enfants originaires du Tarn-et-Garonne au 31/12/2015** (contre 36 % en 2009). Au plan national, d'après un rapport de l'IGAS, la moitié des placements en Lieu de Vie correspond à des placements " hors département ".

> des jeunes qui rentrent en moyenne à 13 ans et qui en sortent à 18 ans

> **comme pour les MECS, une tendance marquée des Lieux de Vie du département à accueillir des plus de 16 ans, qui représentent 80 % des enfants au 31/12/2015** (61 % de 16-18 ans et 19 % de 18-21 ans).

Entre 2009 et 2016, sur l'ensemble des mineurs accueillis, la part des moins de 16 ans a été divisée par 3.

Au niveau national, la tranche d'âge des 13 à 17 ans est majoritaire (65 % des enfants accueillis), celle des 0-12 ans représente 20 % (pour 11,5 % d'enfants de moins de 12 ans dans le département) et celle des 18 ans et plus 15 %.

> **un taux de scolarisation des moins de 16 ans** (pour lesquels la scolarisation est obligatoire) **qui reste faible (87,5 % au 31/12/2015)**

> parmi ceux scolarisés (tous âges confondus), les enfants ne suivent pas, pour la majorité d'entre eux, un enseignement général : ils suivent un enseignement technologique ou professionnel (un enfant sur 7 parmi l'ensemble des enfants accueillis) ou sont scolarisés dans un établissement médico-social (un enfant sur 7 parmi l'ensemble des enfants accueillis) ; sinon ils intègrent un Centre de Formation des Apprentis ou suivent des filières scolaires adaptées ou spécialisées

> **une part importante d'enfants faisant l'objet d'une orientation par la Maison Départementale des Personnes Handicapées** (vers un établissement scolaire adapté, vers le secteur sanitaire, ...) : **1 enfant sur 5**

> plus de 40 % des enfants accueillis issus de familles monoparentales, contre 18 % pour l'ensemble du département ~~et en majorité de familles~~  
de 3 enfants ou plus, contre 27 % pour l'ensemble du département : il s'agit donc de familles potentiellement plus "vulnérables" que la moyenne

> un placement faisant suite à une problématique de carence éducative (conformément aux dispositions des articles 375 du Code Civil et L221 du CASF), pouvant se cumuler à des problématiques familiales liées à la santé/handicap des enfants (1 cas sur 8)

> **des décisions conduisant à la prise en charge en Lieu de Vie qui sont très fortement d'origine judiciaire (dans près de 90 % des cas) :**  
il s'agit de placements de Mineurs Non Accompagnés (dans 23% des cas), mais surtout d'ordonnances de placement provisoire (avec 31 % des décisions de prise en charge qui concernent des placements directs par le juge), voire de placements faisant suite à des mesures d'aide éducative.

> comme au niveau national, la **difficulté de sortir définitivement des dispositifs de la protection de l'enfance**, avec à la sortie du Lieu de Vie sur les 3 dernières années :

- 43 % qui accèdent à l'autonomie et 11 % d'enfants qui retournent chez leurs parents ou leur famille
- mais 9 % d'enfants qui sont placés en famille d'accueil et 34 % qui sont placés dans un établissement (MECS, Lieux de Vie, ...)

> sur les 3 dernières années, une durée moyenne de séjour de 3,3 ans, plus longue que celle observée au niveau national (19 mois) et que celle des MECS

> sur les 3 dernières années, un taux de renouvellement (turn over) de 0,4 sorties par place, proche de celui observé au niveau national (0,5 sorties/place) et moins élevé qu'en MECS

## CONCLUSIONS

- > une place des Lieux de Vie à conforter dans le dispositif de protection de l'Enfance, entre la MECS et la famille d'accueil
- > le besoin d'apprécier l'adéquation entre l'offre et la demande, en vue de prioriser la prise en charge des jeunes tarn-et-garonnais
- > **la nécessité de poursuivre et de consolider le partenariat entre les Lieux de Vie et les services de la DSD** (personnels du secteur médico-social)
  - > une évolution des profils des jeunes accueillis conduisant à **envisager de nouvelles formes de prise en charge, en lien avec le secteur médico-social et/ou sanitaire et à mener une réflexion en interne avec la Maison Départementale des Personnes Handicapées**
  - > un partenariat avec l'Éducation Nationale à consolider
- > une forte judiciarisation de la prise en charge et **la nécessité de réinterroger les pratiques professionnelles sur la possibilité de mettre en place une mesure administrative avant de solliciter le recours à une prise en charge judiciaire**
- > **un parcours complexe des jeunes accueillis, avec des constats proches de ceux faits au niveau national** (8 jeunes sur 10 accueillis en établissement étaient déjà suivis par l'ASE et à leur sortie de l'établissement, 2 enfants sur 3 relèvent encore de l'ASE)
- > la nécessité de mieux accompagner les jeunes majeurs vers l'autonomie, par une mobilisation accrue des dispositifs de droit commun

**e) L'expérimentation du placement avec hébergement à domicile**

- le profil des enfants suivis en PHD par les Établissements
- le profil des enfants suivis en PHD par les services du Conseil Départemental

**Le profil des enfants suivis par les Établissements dans le cadre d'un Placement avec Hébergement à Domicile**

**CONSTATS**

> **un mode de placement expérimental, permettant un accueil modulable, alternant un suivi à domicile et un placement en MECS**, suivant l'évolution de la situation prise en charge

> **55 enfants suivis en PHD entre 2013 et 2015**, avec un recours significatif à ce dispositif depuis 2015 puisqu'il concerne plus de 10 % des enfants placés en MECS en 2015

> des jeunes qui ont **majoritairement entre 12 et 18 ans** : 40 % des enfants suivis ont entre 12 à 15 ans et 49 % ont entre 16 et 18 ans. Il s'agit surtout de filles (65 % de l'ensemble des enfants).

> 1 enfant sur 9 faisant l'objet d'une orientation par la Maison Départementale des Personnes Handicapées, avec une prise en charge scolaire spécialisée

> **un taux de scolarisation des moins de 16 ans** (pour lesquels la scolarisation est obligatoire) **très faible (57 % au 31/12/2015)** ; sur l'ensemble des enfants suivis, environ 1 enfant sur 7 restant inoccupé

> tous âges confondus, **32 % d'enfants déjà engagés dans une démarche d'insertion socio-professionnelle.**

Parmi ceux scolarisés, des enfants ne suivant pas, pour la grande majorité d'entre eux, un enseignement général : ils suivent des filières scolaires adaptées ou spécialisées (un enfant sur 7 parmi l'ensemble des enfants accueillis) ; sinon, ils intègrent un Centre de Formation des Apprentis, suivent un enseignement technologique ou professionnel, ou sont scolarisés dans un établissement médico-social.

> des enfants issus en grande majorité de familles monoparentales (plus de 70 % des cas), contre 18 % pour l'ensemble du département et souvent de familles de 3 enfants ou plus (44 % des cas), contre 27 % pour l'ensemble du département : il s'agit donc de familles potentiellement plus "vulnérables" que la moyenne

> un placement faisant suite à une problématique de carence éducative (conformément aux dispositions des articles 375 du Code Civil et L221 du CASF), pouvant se cumuler à des difficultés relationnelles (1 cas sur 9), à des comportements à risques ou à des violences physiques / morales des parents (1 cas sur 9)

> **des décisions conduisant au placement avec hébergement à domicile qui sont majoritairement d'origine judiciaire (plus de 80 % des cas)** : il s'agit surtout d'ordonnances de placement provisoire, voire de placements qui ont fait suite à des mesures d'aide éducative (AED, AEMO) ou de MJIE.

> **dans 60 % des cas, un placement en PHD ayant pour objectif la préparation d'un retour à domicile**, même s'il peut aussi avoir d'autres objectifs : la préparation d'un placement, la préparation de la fin d'un placement ou la préparation d'une mesure d'assistance éducative.

> **un mode de placement qui donne des résultats satisfaisants** puisqu'il permet d'atteindre les objectifs fixés par les travailleurs sociaux, dans 85 % des cas lorsqu'il s'agit de la préparation d'un retour à domicile et dans 2/3 des cas, dans le cadre de la préparation à une mesure d'assistance éducative. Sinon, il permet au-moins d'obtenir des résultats partiels : dans 86 % des cas lorsqu'il s'agit de la préparation d'un placement et dans 50 % des cas, dans le cadre de la préparation de la fin d'un placement.

> une durée de placement des enfants en PHD allant de 6 mois à 1 an, alternant un suivi à leur domicile et un placement en MECS (en cas de crise)

> **sur les 3 dernières années, un dispositif qui permet d'éviter de prolonger le placement**, avec une main levée de placement à la sortie du **PHD** pour la moitié des enfants suivis, puisque 11,5 % des enfants retournent dans leur famille, 11,5 % ne font l'objet d'aucune mesure et 27 % des enfants font l'objet d'une orientation vers une mesure d'aide éducative (19 % en AEMO et 8 % en AED).

> un dispositif nécessitant un accompagnement dans la durée par les travailleurs sociaux

> **des impacts positifs sur les pratiques professionnelles**, à travers une **évolution des pratiques vers une démarche de co construction** avec la famille (dans les 2/3 des cas).

> des résultats positifs sur les enfants et les familles, à travers **une meilleure adhésion de la famille au projet proposé par les travailleurs sociaux (dans 44 % des cas)**, et dans une moindre mesure, une meilleure prise de conscience de la fonction parentale et une meilleure intégration de l'enfant dans son environnement social, familial ou scolaire

## CONCLUSIONS

> un mode de placement qui aboutit à des résultats satisfaisants

> un intérêt à développer ce dispositif, dans un cadre budgétaire adapté

> la nécessité d'encadrer juridiquement ce nouveau mode de placement, à travers un régime d'autorisation conforme

## Le profil des enfants suivis par les services du Conseil Départemental dans le cadre d'un placement avec Hébergement à Domicile

### CONSTATS

> **un mode de placement expérimental, permettant un accueil modulable, alternant un suivi à domicile et un placement auprès des familles d'accueil employées par le département**, suivant l'évolution de la situation prise en charge

> un dispositif souvent utilisé dans un cadre non contraignant pour les familles (dans lesquelles ne s'exercent ni de droits de visite médiatisée ni de mesures pénales) et dans les cas où le placement des enfants en internat dans un établissement serait inopérant et/ou la séparation avec sa famille ne s'avérerait pas souhaitable

> **77 enfants suivis en PHD entre 2013 et 2015**, avec un recours significatif à ce dispositif depuis 2015 puisqu'il concerne près de 10 % des enfants placés en famille d'accueil en 2015

> des jeunes qui ont **majoritairement entre 12 et 18 ans : cette tranche d'âge représente les 2/3 des enfants suivis** (avec la moitié d'entre eux qui ont entre 12 et 15 ans et l'autre moitié entre 16 et 18 ans)

> près d'1 enfant sur 4 faisant l'objet d'une orientation par la Maison Départementale des Personnes Handicapées, avec une prise en charge scolaire spécialisée, complémentaire à la MECS

> **un taux de scolarisation des moins de 16 ans (pour lesquels la scolarisation est obligatoire) de 89 % au 31/12/2015, même si tous âges confondus, 15 % des enfants sont en situation de décrochage/rupture scolaire**

> des enfants issus en grande majorité de familles monoparentales

> un placement faisant suite à une problématique de carence éducative (conformément aux dispositions des articles 375 du Code Civil et L221 du CASF), pouvant se cumuler à des difficultés liées à une altération du lien parental (dans 1 cas sur 6)

> **des décisions conduisant au placement avec hébergement à domicile qui sont majoritairement d'origine judiciaire (plus de 60 % des cas)** : il s'agit surtout d'ordonnances de placement provisoire, voire de placements qui ont fait suite à des mesures judiciaires (AEMO ou MJIE).

> **dans près de 60 % des cas, un placement en PHD ayant pour objectif la préparation d'un retour à domicile**, même s'il peut aussi avoir d'autres objectifs : la préparation de la fin d'un placement ou la préparation d'un placement.

> **un mode de placement qui donne des résultats satisfaisants** puisqu'il permet d'atteindre, en totalité ou partiellement, les objectifs fixés par les travailleurs sociaux : dans tous les cas lorsqu'il s'agit de la préparation de la fin d'un placement et dans plus de 2/3 des cas lorsqu'il s'agit de la préparation d'un retour à domicile.

> une durée de placement des enfants en PHD de 6 mois à 1 an (pour plus de 60 % des enfants, la durée des PHD est de un an), alternant un suivi à leur domicile et un placement en famille d'accueil (en cas de crise)

> **sur les 3 dernières années, un dispositif qui permet d'éviter de prolonger le placement**, avec une main levée de placement **à la sortie du PHD** pour plus des 2/3 des enfants suivis, dont plus de la moitié ne faisant l'objet d'aucune mesure et les autres étant orientés vers une mesure d'aide éducative (AEMO).

> un dispositif nécessitant un accompagnement dans la durée par les travailleurs sociaux

> **des impacts positifs sur les pratiques professionnelles**, à travers une **évolution des pratiques vers une démarche de co construction** avec la famille (dans plus de la moitié des cas).

> des résultats positifs sur les enfants et les familles, à travers une diminution des risques de rupture de parcours et une meilleure continuité de prise en charge (dans un quart des cas), et une plus grande facilité de préparation du projet de retour en famille

## CONCLUSIONS

> un mode de placement qui aboutit à des résultats satisfaisants et un intérêt à le développer

## f) Le dispositif propre aux visites médiatisées au sein de l'Espace Visites du CDEF

### Le profil des personnes accueillies à l'Espace Visites du CDEF

#### CONSTATS

> 1 193 visites médiatisées effectuées à l'Espace Visites du CDEF en 2013 pour 160 personnes accueillies (enfants et parents), contre 971 visites médiatisées en 2015 pour 141 personnes accueillies

> le constat d'une évolution à la baisse des visites médiatisées effectuées entre 2013 et 2015 : le nombre de visites diminue de 19 % et le nombre de personnes accueillies diminue de 12 %, alors même que la **demande est forte sur ce dispositif (existence d'une liste d'attente de 25 personnes à la mi-mars 2016)**.

> **une lourdeur dans la durée des situations de prise en charge, dépassant les 2 ans dans les 2/3 des cas**, même si elles peuvent en partie s'expliquer par la dégradation des problématiques familiales (profils psychiatriques, maltraitances ou négligences graves...), souvent ancrées, qui nécessitent un accompagnement dans la durée

> **7 % d'enfants de 17 à 18 ans** accueillis à l'Espace Visites **et 14 % d'enfants de 16 ans** inscrits sur liste d'attente, alors même que l'accueil au sein de l'Espace Visites apparaît peu adapté pour ces adolescents

#### CONCLUSIONS

> prioriser l'accueil des enfants de moins de 16 ans et notamment des moins de 3 ans

> ouvrir l'accès de l'Espace Visites aux professionnels des pôles de développement sociaux dans le cadre des visites médiatisées ou accompagnées

> poursuivre les travaux engagés entre la DSD et le CDEF :

- **dans la gestion des visites médiatisées**, en cohérence avec les priorités de la politique départementale (qui a conduit à affecter un mi-temps de psychologue sur cette mission) **et ajuster la durée sollicitée des prises en charge**, en accord avec le Juge des Enfants et les services du département

- **dans la rédaction systématique d' un rapport**, par le CDEF et le référent, **sur la situation des jeunes accueillis lors des visites médiatisées, assorti de propositions visant à faire évoluer la prise en charge**

## g) Le dispositif spécifique à la prise en charge des MNA

### Le profil des Mineurs Non Accompagnés

#### CONSTATS

> l'accueil et la prise en charge des Mineurs Non Accompagnés confiés aux départements d'après la circulaire Taubira du 31 mai 2013, au titre du Dispositif national de mise à l'abri, d'évaluation et d'orientation des MNA

> une répartition des MNA par département en fonction de la population des moins de 19 ans, par la plate forme nationale d'orientation

> **comme au niveau national, une forte hausse du nombre de Mineurs Non Accompagnés arrivés** sur le territoire départemental depuis 2009 : avec **8 arrivées en 2009, puis 25 en 2013 et 53 en 2015, le nombre d'arrivées de MNA a été multiplié par 2 entre 2013 et 2015**

> **une prise en charge continu des MNA tout au long de l'année par les services sociaux : 81 jeunes au cours de l'année 2015** (dont 28 MNA présents au 01/01/2015 et 53 arrivées durant l'année 2015)

> **sur les 53 jeunes arrivés au cours de l'année 2015 :**

- 12 jeunes reconnus MNA étaient orientés par d'autres départements vers le département 82
- 41 jeunes ont fait l'objet d'une évaluation dans le département par les services de la DSD 82 au cours de l'année 2015, en vue d'une orientation par la plate-forme. Parmi ces 41 jeunes, 15 ont été reconnus MNA (soit 37 %), dont 7 ont été orientés vers d'autres départements et 8 ont été orientés dans le département.

20 jeunes (12+8) ont donc été orientés dans le département au cours de l'année 2015.

> sur **28 MNA présents au 01/01/2015 et 20 orientations** dans le département **au cours de l'année 2015, 35 MNA restent pris en charge au 31/12/2015** par le département

> 14 nationalités différentes parmi les MNA arrivés sur le territoire au cours de l'année 2015, dont 21 % de MNA viennent du Bangladesh, 17 % du Pakistan, 17 % de Guinée et 15 % du Mali

> une très large majorité de garçons (97 %) et de jeunes de plus de 16 ans parmi les MNA présents au 31/12/2015 : les 17-18 ans représentent 57 % des MNA accueillis dans le département et les 16-17 ans 29 %

> une prise en charge des MNA incombant au département au titre du dispositif de la protection de l'Enfance, qui s'effectue prioritairement en Tarn-et-Garonne en famille d'accueil : parmi les MNA présents au 31/12/2015, 60 % d'entre eux sont accueillis en famille d'accueil et 26 % sont en MECS ou Lieu de Vie

> **une forte volonté d'intégration des MNA dès leur arrivée** : parmi les MNA présents au 31/12/2015, **83 % sont scolarisés et 11 % suivent des cours d'apprentissage de la langue française (alphabétisation, FLE, ...)**

> **un suivi des MNA par le département qui se prolonge après leur majorité : l'ensemble des "anciens" MNA, devenus majeurs, suivis par le département, bénéficient d'un Contrat Jeune Majeur, s'inscrivant ainsi dans une démarche d'insertion socio-professionnelle** : au 31/12/2015, parmi les 22 "anciens" MNA, devenus majeurs, 77 % sont scolarisés (surtout en CAP), et 19 % sont engagés dans des démarches d'insertion dans l'emploi (9 % sont en emploi, 5 % bénéficient du dispositif de la Garantie Jeunes et 5 % sont en recherche d'emploi)

## CONCLUSIONS

> comme au niveau national, une forte augmentation du nombre de MNA qui arrivent sur le territoire départemental

> **la problématique de l'accueil des MNA, pour laquelle le dialogue entre les départements et l'Etat est complexe, devient prégnante et vient peser sur les dispositifs de l'Aide Sociale à l'Enfance** (tant au niveau du placement que de l'accompagnement éducatif)

> **une forte mobilisation des services sociaux** pour le suivi des MNA, qui nécessite **une forte réactivité** pour gérer les situations d'urgence et une **spécialisation de l'accompagnement**

> une forte volonté d'intégration des MNA

## h) Le dispositif spécifique à la prise en charge des 18-21 ans : le Contrat Jeune Majeur

### Le profil des publics pris en charge en Contrat Jeune Majeur

#### CONSTATS

> **un développement du recours au dispositif du Contrat Jeune Majeur**, avec une augmentation du nombre de jeunes suivis en contrat jeune majeur entre 2009 et 2015 : **118 jeunes suivis sur l'année 2015**, contre 72 jeunes suivis sur l'année sur l'année 2009, **soit une évolution de + 64 %**

... **à mettre en corrélation avec l'évolution à la hausse du nombre de mineurs placés (confiés à l'ASE et placés directement par le juge) sur la même période, soit + 47 %**

> au 31/12/2015, 82 jeunes majeurs, dont 22 sont des "anciens" MNA, devenus majeurs

> **un dispositif, visant à faciliter l'autonomie des jeunes à la sortie de l'Aide Sociale à l'Enfance, ouvert aux jeunes de 18 à 21 ans : 59 % des bénéficiaires présents au 31/12/2015 ont entre 18 et 19 ans et la tranche des 19-20 ans représente 34 %**

> plus d'un jeune sur 6 faisant l'objet d'une orientation par la MDPH, assortie d'une préconisation pour une prise en charge dans une structure d'hébergement spécialisée (ESAT / Foyer occupationnel)

> sur les 3 dernières années, **plus d'1/ 3 des jeunes suivis en Contrat Jeune Majeur sont logés de manière autonome, mais près des 2/3 bénéficient d'une prise en charge physique par l'ASE** : ils sont placés en famille d'accueil (pour 41 % d'entre eux) ou en Etablissement (dans une MECS pour 22 % d'entre eux, et au CDEF pour 1 %), ce qui vient peser d'autant sur le dispositif de l'ASE, eu égard à la difficulté de trouver des solutions dans le droit commun

> conformément à la vocation du dispositif du CJM, **près de la moitié des jeunes sont suivis en CJM scolaires ou suivent des études supérieures et plus de la moitié engagés dans des démarches d'insertion professionnelle** : sur l'ensemble des jeunes suivis, 30 % sont engagés dans l'apprentissage (au sein d'un Centre de Formation des Apprentis), 6 % sont en contrat d'insertion ou d'intérim, 4 % bénéficient de la garantie jeune et 4 % sont en CDD/CDI

> sur les 3 dernières années, à la sortie du dispositif du Contrat Jeune Majeur, près de 40 % des sorties concernent des jeunes qui accèdent à l'autonomie et 30 % des sorties sont dues à des ruptures du contrat

> sur les 3 dernières années, une durée moyenne de prise en charge d'1 an et 3 mois, même si les " anciens " MNA devenus majeurs restent plus longtemps dans le dispositif : parmi ceux sortis en 2015, 60 % ont été pris en charge dans le dispositif entre 2 et 3 ans et 30 % entre 1 et 2 ans

> de même, l'ensemble des jeunes porteurs de handicap restent pris en charge en CJM entre 2 et 3 ans. Dans l'attente d'une place, le contrat jeune majeur constitue une étape transitoire avant une prise en charge dans une structure d'hébergement spécialisée pour personnes handicapées

## CONCLUSIONS

> **une évolution en forte hausse du nombre de jeunes suivis en CJM entre 2009 et 2015 (+ 64 %), avec de plus en plus "d'anciens " MNA, devenus majeurs, qui bénéficient de ce dispositif ... à mettre en corrélation avec l'évolution substantielle du nombre de jeunes placés à l'ASE sur la même période**

> **une part importante de personnes faisant l'objet d'une orientation par la MDPH vers une institution spécialisée, qui restent prises en charge sur ce dispositif**

> un partenariat à construire pour **mieux orienter les MNA vers les dispositifs de droit commun, dont notamment avec les services de l'Etat,** qui se doivent d'exercer leurs responsabilités en la matière

> la nécessité de **favoriser l'autonomie des jeunes en CJM, en préparant en amont leur sortie du dispositif**

> une réflexion à mener sur les **conditions de la prise en charge physique des jeunes majeurs jusqu'à l'âge de 21 ans**

**i) La prise en charge des mères isolées et des femmes enceintes en difficulté en établissement d'accueil Mère-Enfant**

**Le profil des publics des établissements Mère-Enfant**

**CONSTATS**

- > 133 personnes accueillies et hébergées au cours de l'année 2015 dans les 3 Etablissements d'accueil Mère/Enfant du département (contre 148 personnes en 2009), dont 35 % suite à des situations en urgence
- > au-delà de l'accueil permanent, 109 personnes, dont 54 % de mineurs, ont bénéficié en urgence de 54 nuits d'hôtel au cours de l'année 2015, dans le cadre d'une prise en charge du CDEF
- > **au 31/12/2015, 53 personnes accueillies et hébergées dans ces établissements, soit un taux d'occupation de 93 %**, proche de celui observé au niveau national (90 %), même si le CDEF enregistre un taux d'occupation plus faible (74 %)
- > une offre d'hébergement variée proposée par les gestionnaires, composée d'appartements intra Établissement et d'appartements extérieurs à l'Établissement
- > **73 % de tarn-et-garonnais accueillis** et 17 % de haut-garonnais au 31/12/2015, étant précisé que la proportion de tarn-et-garonnais accueillis devrait encore progresser suite au partenariat engagé entre les services de la DSD et l'association RELIENCE
- > conformément à leur vocation, **des Etablissements qui accueillent en grande majorité des femmes isolées avec enfants (de moins de 3 ans) et des femmes enceintes** : 73 % de femmes isolées avec enfant(s) et 20 % de femmes enceintes, sans autre enfant ou avec au-moins un autre enfant
- > **parmi les parents accueillis, une majorité de plus de 25 ans (62 %) et 8 % de femmes mineures**

> une **admission dans un Etablissement d'accueil Mère/Enfant qui fait suite à une mesure judiciaire de placement des enfants (dans 31 % des cas) et à une mesure d'observation ou d'étayage du lien Mère/Enfant** par la collectivité (dans 23 % des cas). **Les femmes qui ont dû faire face à des ruptures conjugales et les femmes victimes de violences conjugales** sont également accueillies dans ces établissements, dans des proportions proches de celles observées au niveau régional (31 % des cas sur le département contre 38 % au niveau régional)

> alors que la durée de prise en charge est normalement fixée à 6 mois renouvelable, avec un maximum de 3 ans, une durée moyenne de séjour de 8,5 mois est enregistrée sur les 3 dernières années, proche de celle observée au niveau régional (9 mois), mais qui a tendance à s'allonger depuis 2009

> un renouvellement (turn over) de 1,4 sorties par place sur les 3 dernières années, supérieur à celui observé au niveau régional (1,1 sorties/place)

> sur les 3 dernières années, 58 % des femmes accèdent à un logement autonome à la sortie de l'établissement (contre 54 % au niveau régional)

## CONCLUSIONS

> **rechercher une meilleure complémentarité de l'offre départementale d'accueil Mère/Enfant, en étudiant la possibilité d'une spécialisation de l'accueil, en fonction du profil des publics et du projet de chaque établissement, notamment pour l'accueil des mineures enceintes**

Envoyé en préfecture le 26/03/2018

Reçu en préfecture le 26/03/2018

Affiché le

The logo for SLO (Service Local d'Orientation) is located in the top right corner. It consists of the letters 'SLO' in a bold, blue, sans-serif font, with a stylized blue wave or underline beneath the letters.

ID : 082-228200010-20180313-CD20180313\_9-DE

# SYNTHÈSE GÉNÉRALE ENFANCE FAMILLE

- Un service PMI fortement positionné sur des actions de prévention et de suivi des femmes enceintes et des enfants de moins de 6 ans, conformément au cadre législatif en vigueur ;
- 90 % des enfants de 3-4 ans sont vus en école maternelle dans le cadre des bilans de santé ;
- Une augmentation de 65 % du nombre de mineurs confiés à l'ASE entre 2009 & 2015 et de 118 % entre 2005 & 2015 ;
- Une réponse au placement apportée principalement par le dispositif famille d'accueil ;
- Un taux d'occupation optimal pour les établissements d'accueils des mineurs placés et des mères avec enfants ;
- Une forte proportion de mineurs placés, faisant l'objet d'une décision d'orientation par la MDPH (1 enfant sur 8 en établissement et 1 enfant sur 3 en famille d'accueil), présentant notamment des troubles du comportement.

# AXES STRATÉGIQUES

- 1) Consolider le fonctionnement du Centre de Planification et d'Éducation Familiale (CPEF) sur le secteur ~~ouest~~ du Département**
- 2) Consolider les missions exercées par la PMI**
- 3) Améliorer les liens entre les équipes de terrain de la DSD, les établissements sociaux et médico-sociaux , le soin et l'accompagnement pédopsychiatrique**
- 4) Reconsidérer les actions éducatives en milieu ouvert (AEMO), consolider leurs articulations avec les actions éducatives à domicile (AED) et accentuer le travail de prévention précoce**
- 5) Adapter l'organisation des services de la DSD à l'évolution des exigences, notamment en ce qui concerne l'agrément des assistants maternels et familiaux**
- 6) Adéquation de l'offre et de la demande concernant la prévention et le placement**
- 7) Organiser et optimiser l'accueil départemental d'urgence**
- 8) Optimiser la prise en charge des MNA avec les partenaires concernés**
- 9) Réactiver l'observatoire conformément aux dispositions de la loi du 14 mars 2016**
- 10) Éducation / insertion**
- 11) Développer les actions de prévention**

1) Consolider le fonctionnement du Centre de Planification et  
d'Éducation Familiale (CPEF) sur le secteur ouest du  
Département

## Axe stratégique 1

### Consolider le fonctionnement du Centre de Planification et d'Éducation Familiale (CPEF) sur le secteur ouest du Département

<b>Fiche Action 1-1</b>	<b>Consolidation d'un CPEF sur le secteur ouest</b>
<b>Enjeux - problématiques</b>	Remédier aux difficultés d'accès repérées pour la population de ce territoire
<b>Pilote</b>	Conseil Départemental
<b>Partenaires concernés</b>	Centre hospitalier intercommunal Castelsarrasin-Moissac ARS, Association du Mouvement du Planning Familial, éducation nationale
<b>Modalités de mise en œuvre de l'action</b>	<p><u>Groupe de travail (30/01/2017, 31/03/2017, 19/09/2017) visant à :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- évaluer les réels besoins en matière d'accès à un Centre de planification sur ce territoire ;</li> <li>- analyser l'offre existante d'information à la contraception et l'éducation affective réalisée par les différents partenaires ;</li> <li>- réfléchir aux modalités de mise en place de consultations et d'information auprès du public ;</li> <li>- améliorer l'accès aux soins et à l'IVG.</li> </ul> <p><u>Suite à donner :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rédaction d'une convention avec le centre hospitalier ;</li> <li>- recherche d'une conseillère conjugale et d'un médecin gynécologue indispensables à l'activité ;</li> <li>- mise en place progressive de consultations les lundis et mercredis après-midi en alternance sur les deux communes ;</li> <li>- organisation matérielle au sein du service de PMI dans la répartition des consultations entre les sages-femmes et un des médecins.</li> </ul>
<b>Public visé</b>	Jeunes de moins de 25 ans

<b>Calendrier de réalisation</b>	Durée de l'exécution du schéma départemental.
<b>Indicateurs de suivi</b>	<p><u>Indicateurs quantitatifs :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- nombre de jeunes vus en consultation médicale ;</li> <li>- nombre de jeunes vus en entretien par les conseillères conjugales ;</li> <li>- analyse de la population : lieu de domicile, âge, sexe, activité ;</li> <li>- nombre de personnes concernées par l'information collective.</li> </ul> <p><u>Indicateurs qualitatifs :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- meilleure connaissance des différents partenaires intervenant dans le champ de la prévention en matière de contraception et éducation affective ;</li> <li>- meilleure coordination des différentes interventions ;</li> <li>- meilleur repérage par la population des possibilités de consultations et d'information en matière de contraception et d'éducation familiale.</li> </ul>

## 2) Consolider les missions exercées par la PMI

## Axe stratégique 2

### Consolider les missions exercées par la PMI

<b>Fiche Action 2-1</b>	<b>Veille pendant la durée du schéma concernant l'actualité juridique, les postures professionnelles, les recrutements et la formation</b>
<b>Enjeux - problématiques</b>	Conserver la qualité des prestations délivrées aux usagers sur le territoire du département de Tarn et Garonne dans un contexte de pénurie de médecins
<b>Pilote</b>	Service de PMI
<b>Partenaires concernés</b>	Les services du Conseil Départemental, hôpitaux, établissements d'accueil de jeunes enfants, CAF, CPAM, CAMSP, CMPP, RAM...
<b>Modalités de mise en œuvre de l'action</b>	Au quotidien, dans l'exercice des missions du service de PMI lors d'actions à l'attention des futurs parents, des enfants de 0 à 6 ans et de leurs parents : - visites à domicile (ante et post natales), - consultations, - bilan en école maternelle, - modes de garde...
<b>Public visé</b>	Les usagers du service de PMI
<b>Calendrier de réalisation</b>	La durée du schéma départemental
<b>Indicateurs de suivi</b>	Bilan d'activité du service de PMI

3) Améliorer les liens entre les équipes de terrain de la DSD, les établissements sociaux et médico-sociaux, le soin et l'accompagnement pédopsychiatrique

### Axe stratégique 3

## AMÉLIORER LES LIENS ENTRE LES ÉQUIPES DE TERRAIN DE LA DSD, LES ÉTABLISSEMENTS SOCIAUX ET MÉDICO-SOCIAUX, LE SOIN ET L'ACCOMPAGNEMENT PÉDOPSYCHIATRIQUE

<b>Fiche Action 3-1</b>	<b>Mise en service d'une équipe mobile</b>
<b>Enjeux - problématiques</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rendre plus efficaces les réponses coordonnées entre le médico-social, le soin et l'accompagnement pédopsychiatrique</li> <li>- Nécessité d'un dispositif d'appui et de soutien au sein des lieux d'accueil et d'hébergement de mineurs relevant de la protection de l'enfance présentant des troubles du comportement.</li> </ul>
<b>Pilote</b>	ARS / Hôpital / Conseil Départemental
<b>Partenaires concernés</b>	Familles d'accueil – établissements sociaux et médico-sociaux – Hôpital
<b>Modalités de mise en œuvre de l'action</b>	<p><u>Moyens humains mobilisés :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- poursuite du groupe de travail pour définir le dimensionnement de l'équipe mobile (notamment les moyens humains mis à disposition par la pédopsychiatrie), ses modalités d'intervention, Le Département s'engage à mettre à disposition 1 ETP d'infirmier.</li> </ul> <p><u>Moyens opérationnels mobilisés :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Formalisation d'une convention entre le Département, l'Hôpital et l'ARS fixant les modalités de mise en œuvre et de saisine du dispositif, le public cible et les situations exigeant une intervention de l'équipe mobile.</li> <li>- Gestion courante de l'équipe mobile (véhicules, téléphonie, loyers, etc.).</li> </ul>
<b>Public visé</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mineurs relevant de la protection de l'enfance, quel que soit le lieu de vie, souffrant de troubles du comportement et dont la situation médico-sociale nécessite l'appui d'une équipe mobile pluri-disciplinaire (soin+éducatif) en complément des dispositifs de droit commun, afin de prévenir toute situation de décompensation et/ou de crise voire d'hospitalisation.</li> </ul>

<b>Calendrier de réalisation</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- A déterminer avec l'ARS en lien avec le projet territorial de santé mentale et le PRS.</li><li>- Priorité du schéma départemental enfance/famille.</li></ul>
<b>Indicateurs de suivi</b>	<p><u>Indicateurs quantitatifs :</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- nombre de bénéficiaires/profil/sexe/âge</li></ul> <p><u>Indicateurs qualitatifs :</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- mise en place d'un comité de pilotage permettant d'apprécier les effets de ce dispositif sur la prise en charge et les parcours des publics visés</li></ul>

### Axe stratégique 3

## AMÉLIORER LES LIENS ENTRE LES ÉQUIPES DE TERRAIN DE LA DSD, LES ÉTABLISSEMENTS MÉDICO-SOCIAUX ET L'ACCOMPAGNEMENT PÉDOPSYCHIATRIQUE

<b>Fiche Action 3-2</b>	<b>Mise en place d'une commission départementale autour des situations « complexes »</b>
<b>Enjeux - problématiques</b>	Prendre en considération la complexification des profils des jeunes pris en charge dans le cadre de l'aide sociale à l'enfance et éviter les ruptures de prises en charge
<b>Pilote</b>	Conseil Départemental
<b>Partenaires concernés</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cadres de la MDPH, de l'Education Nationale, de la Pédopsychiatrie, de la Raison des Ados, de la Sauvegarde de l'Enfance de Tarn-et-Garonne, des MECS, du CDEF et des représentants de familles d'accueil.</li> <li>- autres partenaires potentiellement mobilisables selon les ordres du jour : ARS et ESMS.</li> </ul>
<b>Modalités de mise en œuvre de l'action</b>	<p><u>Moyens humains mobilisés :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La Direction de la Solidarité Départementale (Enfance Famille) assure la coordination de cette commission, le planning, l'élaboration des ordres du jour, l'envoi des invitations et la rédaction des compte-rendus ;</li> <li>- Chaque membre présent à la Commission informera les travailleurs médico-sociaux de son institution des solutions envisagées et sera garant de l'effectivité de leur mise en œuvre ;</li> <li>- Ce dispositif pourrait être amené à évoluer de manière complémentaire à l'entrée en vigueur progressive de la RAPT (réponse accompagnée pour tous).</li> </ul> <p><u>Moyens opérationnels mobilisés :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Formalisation d'un protocole liant l'ensemble des institutions parties prenantes au fonctionnement de la commission ainsi que les modalités de saisine de celle-ci.</li> </ul>

<b>Public visé</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les mineurs de 0 à 18 ans pris en charge dans un dispositif de protection de l'enfance ;</li> <li>- Les mineurs qui mettent en échec les prises en charge de façon répétée ;</li> <li>- Les mineurs qui multiplient les ruptures dans différents lieux d'accueil.</li> </ul>
<b>Calendrier de réalisation</b>	Installation de la commission départementale après adoption du schéma départemental
<b>Indicateurs de suivi</b>	<p><u>Indicateurs quantitatifs</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- nombre de bénéficiaires/profil/sexe/âge</li> </ul> <p><u>Indicateurs qualitatifs</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- appréciation des effets sur les parcours des jeunes concernés d'une meilleure coordination entre les partenaires institutionnels</li> </ul>

4) Reconsidérer les actions éducatives en milieu ouvert (AEMO), consolider leurs articulations avec les actions éducatives à domicile (AED) et accentuer le travail de prévention précoce

## Axe stratégique 4

# RECONSIDÉRER LES ACTIONS ÉDUCATIVES EN MILIEU OUVERT (AEMO), CONSOLIDER LEURS ARTICULATIONS AVEC LES ACTIONS ÉDUCATIVES À DOMICILE (AED) ET ACCENTUER LE TRAVAIL DE PRÉVENTION PRÉCOCE

<b>Fiche Action 4-1</b>	<b>Formaliser l'articulation AED/AEMO</b>
<b>Enjeux - problématiques</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prendre en considération la problématique des 0-6 ans suivis en AED ou en AEMO</li> <li>- Mieux articuler les AED et les AEMO à travers notamment une formalisation des liens entre les professionnels des Maisons des Solidarités (MDS) et ceux de l'AEMO</li> </ul>
<b>Pilote</b>	Conseil Départemental
<b>Partenaires concernés</b>	Sauvegarde de l'Enfance de Tarn-et-Garonne, Protection Judiciaire et de la Jeunesse
<b>Modalités de mise en œuvre de l'action</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Compléter le protocole DSD/Sauvegarde 82 – service AEMO concernant les articulations avec l'AED</li> <li>- Étendre cette méthode de travail à la PJJ</li> </ul>
<b>Public visé</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Enfants de 0 à 6 ans, suivis en AED ou AEMO</li> <li>- Mineurs faisant l'objet d'un suivi en AED ou en AEMO</li> </ul>
<b>Calendrier de réalisation</b>	Durée de l'exécution du schéma départemental
<b>Indicateurs de suivi</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Réunions d'articulation avec la Sauvegarde et la PJJ en vue d'élaborer une procédure</li> <li>- Application du protocole</li> </ul>

## Axe stratégique 4

### RECONSIDÉRER LES ACTIONS ÉDUCATIVES EN MILIEU OUVERT (AEMO), CONSOLIDER LEURS ARTICULATIONS AVEC LES ACTIONS ÉDUCATIVES À DOMICILE (AED) ET ACCENTUER LE TRAVAIL DE PRÉVENTION PRÉCOCE

<b>Enjeux - problématiques</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prendre en considération la problématique des 0-6 ans suivis en AED ou en AEMO.</li> <li>- Mieux articuler les AED et les AEMO à travers notamment une formalisation des liens entre les professionnels des Maisons des Solidarités (MDS) et ceux de l'AEMO.</li> </ul>
<b>Pilote</b>	Conseil Départemental
<b>Partenaires concernés</b>	Sauvegarde de l'Enfance de Tarn-et-Garonne (AEMO), professionnels des lieux d'accueil mère-enfant
<b>Modalités de mise en œuvre de l'action</b>	<p><u>Groupe de travail mensuel</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- analyse de cas pratiques ;</li> <li>- spécificité de l'accompagnement des 0-6 ans (prévention précoce) ;</li> <li>- prise en compte des troubles du comportement et lien avec la MDPH ;</li> <li>- Formation réalisée par la PMI à destination des professionnels de la Sauvegarde de l'Enfance et des éducateurs spécialisés de la Direction de la Solidarité Départementale ;</li> <li>- Présentation aux professionnels de la Sauvegarde 82 (MJIE et AEMO) du staff post-natal par le service de PMI ;</li> <li>- Création d'une culture commune entre les différents professionnels intervenant dans ce domaine.</li> </ul>
<b>Public visé</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Enfants de 0 à 6 ans, suivis en AED ou AEMO</li> <li>- Mineurs faisant l'objet d'un suivi en AED ou en AEMO</li> </ul>
<b>Calendrier de réalisation</b>	Durée de l'exécution du schéma départemental
<b>Indicateurs de suivi</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Élaboration d'un référentiel ou guide à l'attention des professionnels ;</li> <li>- Nombre de réunions, nombre de participants, dynamique de groupe ;</li> <li>- Effectivité et bilan de formation.</li> </ul>

5) Adapter l'organisation des services de la DSD à l'évolution des exigences, notamment en ce qui concerne l'agrément des assistants maternels et familiaux

## Axe stratégique 5

### Adapter l'organisation des services de la DSD à l'évolution des exigences, notamment en ce qui concerne l'agrément des assistants maternels et familiaux

<b>Fiche Action 5-1</b>	<b>Réorganisation de la prise en charge de la mission agrément assistant maternel et familial</b>
<b>Enjeux - problématiques</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sécurisation du fonctionnement et des procédures</li> <li>- Sécurisation juridique</li> <li>- Expertise des professionnels développée</li> <li>- Harmonisation des pratiques professionnelles</li> <li>- Qualité de l'accueil accrue</li> </ul>
<b>Pilote</b>	Service PMI
<b>Partenaires concernés</b>	Service social, service enfance famille
<b>Modalités de mise en œuvre de l'action</b>	Création d'un groupe de travail composé de professionnels des différents services et métiers concernés pour réfléchir à l'évolution de l'organisation de la mission
<b>Public visé</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Assistants maternels et familiaux</li> <li>- Parents, enfants, usagers</li> <li>- Services employeurs</li> <li>- Professionnels en charge de cette mission</li> </ul>
<b>Calendrier de réalisation</b>	Durée du schéma départemental en lien avec la réorganisation territoriale des maisons des solidarités
<b>Indicateurs de suivi</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mesure de la sécurisation et de la fluidité de la procédure</li> <li>- Complétude des dossiers et respect des délais</li> </ul>

## 6) Adéquation de l'offre et de la demande concernant la prévention et le placement

## Axe stratégique 6

### ADÉQUATION DE L'OFFRE ET DE LA DEMANDE CONCERNANT LA PREVENTION ET LE PLACEMENT

<b>Fiche Action 6–1</b>	<b>Ajustement de l'offre de placement en fonction des besoins, développement du Placement Hébergement à Domicile (PHD) et évolution de l'Action Educative en Milieu Ouvert (AEMO)</b>
<b>Enjeux - problématiques</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nécessité de qualifier, définir et quantifier si possible les nouveaux dispositifs relevant de la protection de l'enfance qui pourraient être développés par le Département en complément des dispositifs classiques existants</li> <li>- Nécessité de penser des dispositifs adaptés à l'évolution des profils des mineurs relevant de l'Aide Sociale à l'Enfance</li> </ul>
<b>Pilote</b>	Conseil Départemental
<b>Partenaires concernés</b>	Autorités judiciaires Protection Judiciaire de la Jeunesse Établissements sociaux et médico-sociaux Sauvegarde de l'Enfance de Tarn-et-Garonne
<b>Modalités de mise en œuvre de l'action</b>	<p><u>-Réunion d'un groupe de travail (23 mars 2017) ayant conduit :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- à une définition commune du PHD ;</li> <li>- à un objectif de sécurisation juridique du dispositif PHD ;</li> <li>- à convenir de la rédaction d'un cahier des charges du PHD par les autorités de tarification (fin 2017 début 2018).</li> </ul> <p><u>-Rencontre du juge des enfants (10 juillet 2017) avec :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- validation des axes retenus sur le PHD ;</li> <li>- analyse plus fine des mesures AEMO exercées à réaliser, en vue d'apprécier les transformations éventuelles de mesures en AEMO renforcée ;</li> <li>- valorisation et consolidation des mesures exercées directement par l'aide sociale à l'enfance à mettre en place.</li> </ul> <p><u>-Ajustement de l'offre en cours d'exécution du schéma si nécessaire, par le biais de la procédure ENI ( extension non importante de capacité)</u></p>

Envoyé en préfecture le 26/03/2018

Reçu en préfecture le 26/03/2018

Affiché le



ID : 082-228200010-20180313-CD20180313\_9-DE

<b>Public visé</b>	Mineurs concernés par des mesures relevant de la protection de l'enfance.
<b>Calendrier de réalisation</b>	Durée de l'exécution du schéma départemental.
<b>Indicateurs de suivi</b>	Nombre de bénéficiaires concernés par ces nouveaux dispositifs.

## Axe stratégique 6

### ADÉQUATION DE L'OFFRE ET DE LA DEMANDE CONCERNANT LA PRÉVENTION ET LE PLACEMENT

<b>Fiche Action 6-2</b>	<b>Optimisation de l'outil de prévention constitué par l'intervention de Techniciennes en Intervention Sociale et Familiale (TISF) auprès des populations</b>
<b>Enjeux - problématiques</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Délais d'instructions</li> <li>- Document de demandes insuffisamment adapté pour une réelle implication de la famille</li> <li>- Méconnaissance des besoins ne permettant pas une adéquation avec l'offre</li> <li>- Assurer le maintien d'une couverture départementale</li> </ul>
<b>Pilote</b>	Conseil Départemental
<b>Partenaires concernés</b>	Conseil Départemental, Sauvegarde, Associations : ADMR et SMAD 82
<b>Modalités de mise en œuvre de l'action</b>	<p><u>Groupe de travail (20/04/2017, 20/09/2017) :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Etat des lieux des problématiques rencontrées pour la mise en place de l'intervention de TISF ;</li> <li>- Rédaction d'une nouvelle fiche de demande ;</li> <li>- Définition de l'intervention de la TISF dans la visite accompagnée ;</li> <li>- Définition du nouveau circuit des demandes.</li> </ul>
<b>Public visé</b>	Familles avec enfants nécessitant l'intervention d'une TISF
<b>Calendrier de réalisation</b>	Expérimentation au 1 <sup>er</sup> Décembre 2017 Durée de l'exécution du schéma départemental
<b>Indicateurs de suivi</b>	<p><u>Indicateurs quantitatifs par an :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nombre de demandes,</li> </ul>

- Nombre de suivis,
- Nombre d'heures prévues,
- Nombre d'heures réalisées,
- Nombre d'heures dans le cadre de la prévention,
- Nombre d'heures dans le cadre de la protection,
- Nombre d'enfants dans la fratrie,
- Tranche d'âge des enfants,
- Nombre de familles monoparentales,
- Niveau quotient familial,
- Durée moyenne des interventions TISF,
- Pourcentage d'objectifs atteints.

Indicateurs qualitatifs :

- Amélioration de la coordination entre les professionnels,
- Différents motifs d'intervention,
- Différents motifs de fin d'intervention,
- Bonne concordance entre les objectifs fixés et ceux atteints.

Envoyé en préfecture le 26/03/2018

Reçu en préfecture le 26/03/2018

Affiché le

The logo for SLOW, consisting of the word "SLOW" in a stylized, italicized font with a blue-to-purple gradient.

ID : 082-228200010-20180313-CD20180313\_9-DE

## 7) Organiser et optimiser l'accueil départemental d'urgence

## Axe stratégique 7

### Organiser et optimiser l'accueil départemental d'urgence

<b>Fiche Action 7-1</b>	<b>Identification, diversification et mise en cohérence des places et des dispositifs dédiés à l'accueil d'urgence et à l'accueil immédiat (dans le cas de rupture(s) de placement)</b>
<b>Enjeux - problématiques</b>	Disposer d'un panel de possibilités d'accueil dans les situations urgentes avec une identification claire des différents dispositifs par les partenaires, le C.D.E.F. étant la structure départementale spécialisée (article L221.2 du casf) dans ce type d'accueil avec une mission d'évaluation et d'orientation
<b>Pilote</b>	Direction de la Solidarité Départementale
<b>Partenaires concernés</b>	CDEF – Service enfance et famille – Maisons d'enfants à caractère social - Familles d'accueil d'urgence – Lieux de vie - Délégation territoriale de l'Agence Régionale de Santé – Services de pédopsychiatrie – Établissements médico-sociaux – Education Nationale - RESADO
<b>Modalités de mise en œuvre de l'action</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifier les lieux d'accueil pouvant être mobilisés dans les situations d'urgence et d'accueil immédiat ;</li> <li>- Apprécier les modalités de mise en place d'un dispositif d'accueil multipartenarial avec des places en établissements spécialisés et dédiés aux jeunes relevant de plusieurs champs d'intervention (sanitaire, médico-social et social) en articulation avec l'équipe mobile de pédopsychiatrie et / ou le CMP ;</li> <li>- Etudier l'évolution du protocole départemental d'accueil d'urgence et de la « Convention générale accueil relais sur le département du Tarn-et-Garonne » en lien avec les partenaires compétents.</li> </ul>
<b>Public visé</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mineurs accueillis en urgence dans le cadre d'un placement qui n'a pas pu être préparé ;</li> <li>- Mineurs pour lesquels une solution d'hébergement doit être retrouvée dans l'urgence suite à des événements entraînant leur fin de prise en charge sur leur lieu d'accueil d'origine (accueil immédiat) ;</li> <li>- Mineurs dits « à difficultés multiples » nécessitant différents accompagnements relevant des secteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux.</li> </ul>
<b>Calendrier de réalisation</b>	Durée du schéma départemental
<b>Indicateurs de suivi</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nombre et profil des mineurs concernés ;</li> <li>- Indicateurs tirés de l'analyse quantitative et qualitative ;</li> <li>- Adaptation de l'offre à l'évolution des publics.</li> </ul>

## Axe stratégique 7

### Organiser et optimiser l'accueil départemental d'urgence

<b>Fiche Action 7-2</b>	<b>Développer l'analyse quantitative et qualitative des besoins d'accueil dans des situations d'urgence ou d'accueil immédiat (ruptures de placement)</b>
<b>Enjeux - problématiques</b>	<p>- Mieux mesurer les besoins pour pouvoir adapter les dispositifs institutionnels, afin de prévenir la survenance de situations de rupture</p> <p>- Bien distinguer les différents types d'accueil conformément à la distinction faite par le groupe de travail entre :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- les accueils en urgence qui correspondent, conformément à la réglementation, à une mise en sécurité d'un mineur par rapport à un environnement hostile, le mettant en danger ou en risque de danger. Cet accueil suppose une évaluation de la situation avant une proposition d'orientation</li> <li>- les accueils immédiats dans le cas d'une rupture de placement pour des mineurs déjà confiés et pour lesquels le lieu d'accueil qui les héberge interrompt brutalement la prise en charge, du fait de comportement(s) très inadapté(s) du jeune.</li> </ul>
<b>Pilote</b>	CDEF en lien avec la DSD
<b>Partenaires concernés</b>	Établissements – MECS - Familles d'accueil d'urgence
<b>Modalités de mise en œuvre de l'action</b>	<p>- Etude sur une période de 18 mois (du 1-01-2016 au 30-06-2017) des données statistiques concernant les accueils en urgence d'une part, et les ruptures de placement d'autre part, au niveau des lieux d'accueil (CDEF, MECS, familles d'accueil de disponibilité)</p> <p>- Poursuite et développement au niveau de l'A.S.E. de cette démarche statistique et d'analyse avec une remontée trimestrielle des informations, à compter du 1er janvier 2018, afin de :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• observer les évolutions des besoins ;</li> <li>• identifier les mesures correctives ou nouvelles à mettre en place et d'en évaluer les effets ;</li> <li>• repérer les cas complexes pour lesquels les ruptures de parcours se multiplient, dans l'optique de chercher des réponses individualisées plus pertinentes.</li> </ul>

<b>Public visé</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Mineurs accueillis en urgence dans le cadre d'un placement qui n'a pas pu être préparé ;</li><li>- Mineurs pour lesquels une solution d'hébergement doit être retrouvée dans l'urgence suite à des événements entraînant sa fin de prise en charge sur son lieu d'accueil d'origine, notamment pour les publics relevant à la fois du sanitaire, du médico-social et du social.</li></ul>
<b>Calendrier de réalisation</b>	Durée du schéma départemental
<b>Indicateurs de suivi</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Analyse quantitative du nombre de ruptures de placement global, et par jeune concerné, et repérage des évolutions ;</li><li>- Analyse des évolutions qualitatives des réponses apportées.</li></ul>

## 8) Optimiser la prise en charge des MNA avec les partenaires concernés

## Axe stratégique 8

### Optimiser la prise en charge de MNA avec les partenaires concernés

<b>Fiche Action 8–1</b>	<p><b>Élaboration d'un protocole de coopération entre les services de l'État, les autorités judiciaires et le Département de Tarn et Garonne</b></p> <p><b>Élaboration d'une fiche de procédure spécifique à la vérification documentaire</b></p>
<b>Enjeux - problématiques</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mieux répondre aux obligations légales</li> <li>- Favoriser la mobilisation et l'articulation des différents services concernés</li> </ul>
<b>Pilote</b>	Conseil Départemental
<b>Partenaires concernés</b>	Tribunal – DIRECCTE – ARS – CPAM – DASEN – Hôpital
<b>Modalités de mise en œuvre de l'action</b>	<p><u>Rédaction d'un protocole prévoyant :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- l'accueil, la mise à l'abri, l'évaluation de la minorité</li> <li>- la prise en charge des MNA - PPE – santé – scolarité – formation professionnelle – intégration</li> </ul>
<b>Public visé</b>	Les mineurs privés de la protection de leur famille et les personnes se présentant comme tels
<b>Calendrier de réalisation</b>	- Mise en œuvre en 2018
<b>Indicateurs de suivi</b>	<p><u>Indicateurs quantitatifs :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nombre d'arrivées</li> <li>- Nombre de mineurs confiés</li> <li>- Nombre de mineurs suivis</li> <li>- Nombre de jeunes majeurs anciens MNA suivis</li> <li>- Évaluation semestrielle du protocole</li> </ul>

9) Réactiver l'observatoire conformément aux dispositions de la loi du 14 mars 2016

## Axe stratégique 9

### Réactiver l'observatoire conformément aux dispositions de la loi du 14 mars 2016

<b>Fiche Action 9-1</b>	<b>Mettre en place les moyens nécessaires à la réactivation de l'observatoire départemental</b>
<b>Enjeux - problématiques</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Diagnostic départemental en protection de l'enfance</li> <li>- Réponse aux exigences légales</li> <li>- Mieux articuler les différents schémas départementaux relatifs à l'enfance et à la famille</li> <li>- Evolution nécessaire de systèmes informatiques dédiés et compatibles</li> <li>- Suivi de la mise en œuvre du schéma départemental</li> </ul>
<b>Pilote</b>	Direction de la Solidarité Départementale
<b>Partenaires concernés</b>	Tous les acteurs de la protection de l'enfance
<b>Modalités de mise en œuvre de l'action</b>	<p><u>Détermination des items départementaux 2018 à partir des données fournies par :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- le schéma ;</li> <li>- la DREES ;</li> <li>- l'ODPE ;</li> <li>- la CDPE ;</li> <li>- les rapports d'activité.</li> </ul> <p><u>Suivi du schéma départemental Enfance Famille</u></p> <p><u>Actualisation régulière de certaines données du schéma départemental</u></p>
<b>Public visé</b>	
<b>Calendrier de réalisation</b>	Durée du schéma départemental
<b>Indicateurs de suivi</b>	Actualisation des données retenues sur la durée du schéma départemental. Dans l'immédiat, actualisation des données retenues dans le cadre de la révision du schéma départemental du 9/11/16

Envoyé en préfecture le 26/03/2018

Reçu en préfecture le 26/03/2018

Affiché le

The logo for SLOW, consisting of the word "SLOW" in a stylized, italicized font with a blue-to-purple gradient.

ID : 082-228200010-20180313-CD20180313\_9-DE

## 10) Éducation / insertion

## Axe stratégique 10

### Éducation Insertion

<b>Fiche Action 10-1</b>	<b>Mettre en place un réseau de tuteurs dans le département</b>
<b>Enjeux - problématiques</b>	Compenser le manque de capital social et relationnel des jeunes issus de la protection de l'enfance, au sens large (civil et pénal) afin de favoriser leur processus d'insertion durable, créer des possibilités d'identification à des trajectoires
<b>Pilote</b>	PJJ en lien avec le groupe de travail insertion du schéma, maintenu et élargi
<b>Partenaires concernés</b>	Mission locale, structures de placement, familles d'accueil, travailleurs sociaux du Département, Unité de Milieu Ouvert PJJ
<b>Modalités de mise en œuvre de l'action</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Observation des réseaux de tuteurs des politiques jeunesse sur le territoire national (stage de préfiguration à prévoir), définition d'une stratégie ;</li> <li>- Processus de recrutement de tuteurs, après définition de leurs missions ;</li> <li>- Animation du réseau de tuteurs, mise en relation des jeunes et des tuteurs, création d'une charte du tutorat, valorisation de leur rôle.</li> </ul>
<b>Public visé</b>	Jeunes adolescents, jeunes majeurs suivis par l'ASE et la PJJ
<b>Calendrier de réalisation</b>	Mise en place d'un stage de préfiguration dès parution du schéma
<b>Indicateurs de suivi</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- création d'un comité de pilotage du tutorat</li> <li>- recrutement effectif de tuteurs</li> <li>- bilan d'activité des tuteurs</li> </ul>

<b>Axe stratégique 10</b>	
<b>Éducation Insertion</b>	
<b>Fiche Action 10-2</b>	<b>Créer un réseau d'employeurs mutualisé afin de favoriser l'insertion des publics « protection de l'enfance »</b>
<b>Enjeux - problématiques</b>	<p>Multiplier et mutualiser les possibilités d'expérience en milieu professionnel, y compris dans une démarche directe, presque informelle, hors dispositif, afin de s'adapter aux profils individuels des jeunes et de bénéficier de souplesse</p> <p>Lutter contre les stigmates nuisant à l'insertion des publics protection de l'enfance</p> <p>Proposer une alternative face aux difficultés de certains publics confrontés à la formation classique, et qui peuvent cependant s'engager dans le « faire d'abord »</p> <p>Trouver des solutions en amont des dispositifs d'insertion professionnelle, pour des jeunes éloignés de l'employabilité</p>
<b>Pilote</b>	Pilotage groupe schéma, PJJ mettra à disposition un étudiant en Master ingénierie sociale pour accompagner ce projet.
<b>Partenaires concernés</b>	Mission locale, structures de placement, familles d'accueil, travailleurs sociaux du Département, Unité de Milieu Ouvert PJJ, organismes représentatifs des employeurs,
<b>Modalités de mise en œuvre de l'action</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- identification, par un stage, des réseaux professionnels locaux à solliciter et des pratiques d'insertion directe déjà utilisées par les structures de protection de l'enfance, à possiblement mutualiser et étendre ;</li> <li>- création d'un forum de rencontre régulier entre l'offre économique volontaire et le réseau protection de l'enfance ;</li> <li>- établir de possibles conventions de coopération avec les représentants des secteurs économiques permettant l'expérience en milieu de travail ;</li> <li>- articulation avec un réseau de tuteurs (autre fiche action) ;</li> <li>- appui technique de la Mission Locale en mobilisant son réseau d'employeurs existant.</li> </ul>
<b>Public visé</b>	Jeunes adolescents, jeunes majeurs suivis par l'ASE et la PJJ
<b>Calendrier de réalisation</b>	Mise en place d'un stage de repérage des interlocuteurs dès parution du schéma
<b>Indicateurs de suivi</b>	- création effective d'un forum protection de l'enfance/emploi

## 11) Développer les actions de prévention

## Axe stratégique 11

### Développer les actions de prévention

<b>Fiche Action 11-1</b>	<b>Enfance – Famille – Sport – Loisirs – Action sociale</b>
<b>Enjeux - problématiques</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Permettre aux familles et aux enfants suivis par l'ASE dans le cadre de mesures administratives (AED) ou judiciaires (placement) d'avoir accès aux loisirs et vacances.</li> <li>- Poursuivre et développer l'accès du public enfance et famille sur les bases de loisirs de Saint Nicolas de la Grave et Mimizan Plage.</li> </ul>
<b>Pilote</b>	Conseil départemental du Tarn-et-Garonne - Service des sports et loisirs – service enfance famille
<b>Partenaires concernés</b>	<p>Base départementale de loisirs de Saint Nicolas de la Grave.</p> <p>Base départementale de loisirs de Mimizan.</p> <p>Maison des Ados.</p> <p>Gem Ados.</p>
<b>Modalités de mise en œuvre de l'action</b>	<p><u>Base départementale de Saint Nicolas de la Grave</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- séjours familles organisés par les Maisons des Solidarités,</li> <li>- séjours projet vidéo,</li> <li>- journée d'accompagnement à la majorité et à l'autonomie,</li> <li>- sorties sportives ou loisirs à la journée.</li> </ul> <p><u>Base départementale de loisirs de Mimizan</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- chantiers éducatifs,</li> <li>- raid party,</li> <li>- séjours « vacances pour tous »,</li> <li>- colonies de vacances,</li> <li>- séjours familles organisés par les Maisons des Solidarités.</li> <li>- séjours jeunes</li> </ul>

	<p><u><i>Moyens humains mobilisés</i></u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Assistants socio-éducatifs du service enfance famille, animateur mission jeunesse, psychologue enfance famille, travailleurs médico-sociaux des MDS personnel animateur des deux bases de loisirs, éducateurs sportifs du service des sports du Conseil Départemental.</li> <li>- Direction des sports et bases de loisirs départementale, agents d'animation, agents techniques pour l'organisation des activités et des séjours.</li> </ul> <p><u><i>Moyens opérationnels mobilisés</i></u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- véhicules de transport collectif du service enfance famille ainsi que les véhicules du service des sports,</li> <li>- mise à disposition des locaux, hébergement, restauration, espaces de loisirs des bases de loisirs.</li> </ul>
<b>Public visé</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- jeunes de 6 à 18 ans (AED, Placement),</li> <li>- familles avec enfant(s).</li> </ul>
<b>Calendrier de réalisation</b>	Durée du schéma avec des programmations d'actions annuelles et plus particulièrement sur les périodes de vacances scolaires.
<b>Indicateurs de suivi</b>	Bilan pour chaque action en liaison avec le service des sports.

Envoyé en préfecture le 26/03/2018

Reçu en préfecture le 26/03/2018

Affiché le

The logo for SLO (Service Local d'Orientation) is displayed in a stylized blue font.

ID : 082-228200010-20180313-CD20180313\_9-DE

# ANNEXES

## **Extrait du Procès-Verbal du BP (engagement du département dans un nouveau schéma)**

## EXTRAIT du REGISTRE des DELIBERATIONS de l'ASSEMBLÉE

### 2EME Réunion de 2016

Séance du 12 et 13 avril 2016

CD20160412\_40  
id. 2306

*Les douze et treize avril deux mille seize, les membres du Conseil Départemental légalement convoqués, se sont réunis à l'Hôtel du Département, sous la présidence de Monsieur Christian ASTRUC, Président du Conseil Départemental ou son représentant.*

*Présents :*

*M. M. ALBUGUES, M. C. ASTRUC, Mme B. BAREGES, Mme M. BAULU, M. J-C. BERTELLI, M. J-P. BESIERS, Mme C. BOURDONCLE, Mme V. CABOS, Mme V. COLOMBIE, Mme F. DEBLAIS, M. J-L. DEPRINCE, M. G. DESCAZEUX, Mme M. FERRERO, M. J. GONZALEZ, M. G. HEBRARD, M. J-M. HENRYOT, Mme C. JALAISE, Mme C. LE CORRE, M. P. MARDEGAN, Mme M-J. MAURIEGE, Mme L. MORVAN, Mme M-C. NEGRE, Mme V. RIOLS, Mme D. SARDEING-RODRIGUEZ, Mme F. TURELLA-BAYOL, M. L. VIGUIE, M. M. WEILL*

*Le Quorum légal étant atteint, l'Assemblée départementale peut valablement délibérer:*

*Absent(s) ou ayant donné procuration de vote :*

*M. J-M. BAYLET, M. J. BEQ, M. D. ROGER*

### SCHÉMAS D'ORGANISATION SOCIALE ET MÉDICO-SOCIALE

En application de l'article L 312-5 du Code de l'Action Sociale et des Familles, **le Président du Conseil Départemental est compétent** pour élaborer :

- d'une part, les schémas d'organisation sociale et médico-sociale concernant les établissements et services prenant en charge, y compris au titre de la prévention, les mineurs et majeurs de moins de 21 ans, ainsi que ceux mettant en œuvre les mesures éducatives ordonnées par l'autorité judiciaire, après prise en compte des orientations fixées par le représentant de l'État dans le département.

Envoyé en préfecture le 26/03/2018  
Reçu en préfecture le 26/03/2018  
Affiché le **23 MAI 2018**  
ID : 082-228200010-20180313-CD20180313\_9-DE

- d'autre part, pour arrêter les schémas relatifs aux personnes handicapées ou en perte d'autonomie (personnes âgées), après concertation avec le représentant de l'État dans le département et l'Agence Régionale de Santé (A.R.S.).

L'objectif de ces schémas, qui doivent être adoptés par l'Assemblée Départementale, est d'assurer l'organisation territoriale de l'offre de services de proximité et leur accessibilité.

Les modalités de réalisation et d'adoption des schémas, initialement définies par la loi du 6 janvier 1986 relative à l'action sociale et médico-sociale, s'inscrivent désormais dans le cadre de la loi "Hôpital, Santé et Territoires" du 21 juillet 2009.

Par ailleurs, la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement conforte le Département, à travers notamment la réalisation du schéma gérontologique, dans un véritable rôle de pilote et de coordonnateur des dispositifs de prise en charge des personnes âgées.

Il est rappelé que le Département de Tarn-et-Garonne a réalisé 4 séries de schémas sur les secteurs des personnes âgées, des personnes handicapées, de l'enfance et de la protection maternelle et infantile, couvrant les périodes :

- 1989-1993
- 1996-2001
- 2004-2008
- 2011-2015.

Un bilan d'étape de réalisation des objectifs des schémas 2011-2015 a été présenté le 29 septembre 2015 devant les élus de la 3e commission en charge de la Solidarité, Santé, Action Sociale, Handicap et Logement.

Ces schémas étant arrivés à échéance le 31 décembre 2015, Monsieur le Président propose, conformément aux conclusions des débats tenus en 3e commission le 29 septembre 2015, d'engager leur révision durant l'année 2016 avec pour objectif de pouvoir présenter les nouveaux schémas départementaux courant 2017 à l'Assemblée.

Ces schémas quinquennaux pourront ainsi couvrir la période du mandat de la nouvelle Assemblée Départementale.

\*  
\* \*

Envoyé en préfecture le 29/05/2016  
Reçu en préfecture le 29/05/2016  
Affiché le **23 MAI 2016**  
ID : 082-228200010-20160520-CD20160520\_40-DE

Vu le rapport de Monsieur le Président,

Vu l'avis de la commission solidarité, santé, action sociale, handicap et logement,

Vu l'avis de la commission des finances,

Après en avoir délibéré,

### LE CONSEIL DÉPARTEMENTAL

- Décide d'engager durant l'année 2016, la révision des schémas d'organisation sociale et médico-sociale, conformément aux conclusions des débats tenus en 3e commission, afin de pouvoir présenter les nouveaux schémas départementaux courant 2017.

Adopté à l'unanimité.

Le Président du Conseil Départemental,

Christian ASTRUC

# **Partenaires du Département concernant les politiques publiques « enfance famille »**

## **1) – Listes des partenaires**

### Administrations :

- Direction Départementale Cohésion Sociale et Protection des Populations
- Agence Régionale de Santé
- DIRECCTE
- Direction des Services de l'Éducation Nationale
- Gendarmerie
- Protection Judiciaire de la Jeunesse
- Mutualité Sociale Agricole
- Caisse Primaire d'Assurance Maladie
- Caisse d'Allocations Familiales

### Tribunal :

- Procureur de la République
- Juge pour enfant
- Substitut

### Représentants des usagers :

- Union Départementale des Affaires Familiales

### Collectivités territoriales :

- Association des Maires
- Responsables des MDS
- Assistants Familiaux

### GIP :

- MDPH

### Associations :

- Mission Locale
- Sauvegarde
- Foyer des Jeunes Travailleurs
- Reliance 82
- Espace et Vie
- Centre Départemental de l'Enfance et de la Famille
- Enfance et Famille d'Accueil
- Pupilles et anciens pupilles de l'État
- Enfant Accueillis et Familles d'Accueil

- Œuvre de l'adoption
- AMAR
- Centre d'Information des Droits des Femmes et des Familles
- Planning Familial
- Aide aux Familles des Travailleurs Migrants
- RESADO
- Maison des Ados
- FRANCAS
- Association d'Aide en Milieu Rural
- Service de Maintien à Domicile

Petite Enfance :

- Centre Multi Accueil
- Relais Assistants Maternels
- Jardin d'éveil
- ASS. MAT 82

Santé :

- CH de Montauban
- CHIC Castelsarrasin/Moissac
- Cliniques
- Centre d'Action Médico-Sociale Précoce
- Centre Médico Psycho Pédagogique
- Ordre des médecins
- Ordre des sages-femmes
- Association des sages-femmes
- Centre de planification
- Pédopsychiatrie

Établissements :

- Ensemble des établissements accueillant des mineurs en prise en charge physique (lieux de vie, MECS, CDEF, Établissement mère-enfant)

## 2) – Modalités de participation des partenaires

### ➤ Synthèse groupe de travail et contributions écrites

#### Enfance Famille

Thématiques	Groupes de travail	Contributions écrites
Consolider le fonctionnement du Centre de Planification et d'Éducation Familiale (CPEF) sur le secteur ouest du Département	3	-
Consolider les missions exercées par la PMI	-	1
Améliorer les liens entre les équipes de terrain de la DSD, les établissements sociaux et médico-sociaux , le soin et l'accompagnement pédopsychiatrique	8	-
Reconsidérer les actions éducatives en milieu ouvert (AEMO), consolider leurs articulations avec les actions éducatives à domicile (AED) et accentuer le travail de prévention précoce	1	-
Adapter l'organisation des services de la DSD à l'évolution des exigences, notamment en ce qui concerne l'agrément des assistants maternels et familiaux	6	-
Adéquation de l'offre et de la demande concernant la prévention et le placement	2	-
Organiser et optimiser l'accueil départemental d'urgence	3	-
Optimiser la prise en charge de MNA avec les partenaires concernés	6	-
Réactiver l'observatoire conformément aux dispositions de la loi du 14/03/2016	2	-
Éducation / insertion	2	-
Jeunesse et action sociale	2	-

➤ **Dates des réunions plénières**

**3 réunions :**

- **29 septembre 2016** : Réunion plénières des Assistants Familiaux
- **9 novembre 2016** : - Bilan d'exécution du précédent schéma
  - État descriptif de l'offre existante
  - Proposition d'axes stratégiques
- **19 octobre 2017** : Échanges et concertations sur les axes stratégiques pour l'élaboration de fiches actions

Envoyé en préfecture le 26/03/2018

Reçu en préfecture le 26/03/2018

Affiché le

The logo for SLOW, consisting of the word "SLOW" in a stylized, italicized font with a blue-to-purple gradient.

ID : 082-228200010-20180313-CD20180313\_9-DE

# Glossaire

AAH	Allocation Adulte handicapé
ADMR	Aide à Domicile en Milieu Rural
AED	Aide Éducative à Domicile
AEMO	Aide Éducative en Milieu Ouvert
AESF	Accompagnement en Économie Sociale et Familiale
AF	Assistant Familial
AFA	Agence Française d'Adoption
AFTRAM	Aide aux Familles des Travailleurs Migrants
AM	Assistant Maternel
ANRAS	Association Nationale de Recherche et d'Action Solidaire
AP	Accueil Provisoire
ARS	Agence Régionale de Santé
ASE	Aide Sociale à l'Enfance
AVS	Auxiliaire de Vie Sociale
BIT	Bureau International du Travail
CADA	Commission d'Accès aux Documents Administratifs
CAF	Caisse d'Allocations Familiales
CAMSP	Centre d'Action Médico Sociale Précoce
CAO	Centre d'Accueil et d'Orientation
CARSAT	Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail
CASF	Code de l'Action Sociale et de la Famille
CCAS	Centre Communal d'Action Sociale
CCPD	Commission Consultative Paritaire Départementale
CDEF	Centre Départemental de l'Enfance et de la Famille
CDPE	Cellule Départementale de Protection de l'Enfance
CESF	Conseiller en Économie Sociale Familiale
CHRS	Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale
CIDF	Centre d'Information sur les Droits des Femmes
CJM	Contrat Jeune Majeur
CLAE	Centre de Loisirs Associé à l'École
CLSH	Centre de Loisirs Sans Hébergement
CMP	Centre Médico-Psychologique
CMS	Centre Médicosocial

CNAF	Caisse Nationale des Allocations Familiales
CNAM	Caisse Nationale d'Assurance Maladie
CNAOP	Conseil National d'Accès aux Origines Personnelles
CNAV	Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse
CNFPT	Centre National de la Fonction Publique Territoriale
COCA	Consultation d'Orientation et de Conseil en Adoption
CODAJE	Commission Départementale de l'Accueil des Jeunes Enfants
CPEF	Centre de Planification et d'Éducation Familiale
DDCSPP	Direction Départementale Cohésion Sociale et Protection des Populations
DGFIP	Direction Générale des Finances Publiques
DREES	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Évaluation et des Statistiques
DRJSCS	Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion sociale
EAJE	Établissement d'Accueil du Jeune Enfant
ESAT	Établissement et Service d'aide par le travail
IEP	Internat Éducatif de Prévention
IME	Institut Médico Éducatif
INSEE	Institut National de la Statistique et des Études Économiques
IP	Information Préoccupante
ITEP	Institut Thérapeutique Éducatif et Pédagogique
IVG	Interruption Volontaire de Grossesse
JCLT	Jeunesse Culture Loisirs et Technique
MAESF	Mesure d'Accompagnement en Économie Sociale et Familiale
MAM	Maisons d'Assistants Maternels
MATERMIP	Maternité Midi-Pyrénées
MDPH	Maison Départementale des Personnes Handicapées
MECS	Maisons d'Enfants à Caractère Social
MJAGBF	Mesure Judiciaire d'Aide à la Gestion du Budget Familial
MSA	Mutualité Sociale Agricole
MST	Maladies Sexuellement Transmissibles
OAA	Organismes Autorisés pour l'Adoption
OFPRA	Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides
PACS	Pacte Civil de Solidarité
PJJ	Protection Judiciaire de la Jeunesse
PMI	Protection Maternelle Infantile

RAM	Relais Assistants Maternels
RP	Recensement de Population
RQTH	Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé
RSA	Revenu de Solidarité Active
SAEO	Service d'Accueil Écoute Orientation
SAF	Service d'Accompagnement à la Famille
SAMAD	Service d'Aide Ménagère A Domicile
SAMM	Service d'Accueil des Mineurs et jeunes Majeurs
SAVS	Service d'Accompagnement à la Vie Sociale
SEGPA	Section d'Enseignements Généraux et Professionnels Adaptés
SHPE	Service hébergement Parents Enfants
SMAD	Service d'Aide et Maintien à Domicile
STATISS	Statistiques et Indicateurs de la Santé et du Social
TISF	Techniciennes d'Intervention Sociale et Familiale
UDAF	Union Départementale des Associations Familiales
VAE	Validation des Acquis de l'Expérience
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine

## Table des matières

I - BILAN DU SCHÉMA DÉPARTEMENTAL 2011/2015.....	2
I.1 Protection Maternelle et Infantile .....	3
I.2 Aide Sociale à l'Enfance .....	11
II - DONNÉES DÉMOGRAPHIQUES ÉCONOMIQUES ET SOCIALES .....	16
II.1. La démographie.....	17
II.1.1 Progression de la population par rapport à la moyenne nationale .....	17
II.1.2 Progression des moins de 20 ans entre 2008 et 2013 et focus sur les moins de 6 ans .....	18
II.1.3 Les autres tranches de la population 2013.....	21
II.1.4 Evolution de la natalité de 2004 à 2014 .....	22
II.2 La structure des familles .....	27
II.2.1 Une cellule familiale moins traditionnelle.....	27
II.2.2 Les familles monoparentales .....	27
II.4 Portrait socio-économique.....	30
II.4.1 Les revenus disponibles.....	30
II.4.1.1 Niveau de vie médian et taux de pauvreté .....	30
II.4.1.2 Taux des ménages fiscaux imposés.....	33
II.4.1.3 Les bénéficiaires des minima sociaux.....	33
II.4.2 La précarité financière .....	36
II.4.3 L'évolution du chômage .....	37
II.4.3.1 Taux de chômage en 2015.....	37
II.4.3.2 Les demandeurs d'emploi.....	38
III – DONNÉES 2015 DE LA PRÉVENTION ET DE LA PROTECTION DE L'ENFANCE .....	40
III.1 L'enfance en danger et en risque de danger .....	41
III.1.1 Les informations préoccupantes (IP) en 2015.....	41
III.1.2 Les suites données aux informations préoccupantes en 2015 .....	42
III.1.3 L'évolution des informations préoccupantes et des signalements de 2013 à 2015 et focus sur les moins de 6 ans.....	43
III.1.4 Les suites données aux informations préoccupantes de 2013 à 2015 .....	46
III.1.5 Origine des transmissions des signalements aux autorités judiciaires de 2013 à 2015.....	47
III.2 La prévention.....	48
III.2.1 La planification .....	48
III.2.2 La période prénatale .....	55
III.2.3 L'activité des psychologues PMI.....	62
III.2.4 Le suivi post-natal .....	65

III.2.4.1 Les consultations .....	65
III.2.4.2 Les visites à domicile post natales des puéricultrices.....	69
III.2.4.3 Bilans médicaux des enfants placés à l'ASE .....	72
III.2.5 Les bilans des 3/4 ans.....	72
III.2.5.1 Protocole des bilans de santé.....	72
III.2.6 TISF / AVS au titre de l'aide sociale à l'enfance et de la protection maternelle et infantile.....	78
III.2.7 AED / AEMO .....	80
III.2.8 La prévention spécialisée .....	82
II.2.9 Les aides financières.....	84
III.2.9.1 Les allocations mensuelles .....	84
III.2.9.3 Le Fonds d'Aide aux Jeunes .....	85
III.2.10 MJAGBF / AEB .....	86
III.2.11 Les actions collectives.....	87
III.3 La protection .....	89
III.3.1 La prise en charge physique au niveau départemental .....	89
III.3.2 La prise en charge Aide Sociale à l'Enfance .....	90
III.3.2.1 Évolution – Focus sur 10 an .....	90
III.3.2.2. Les mineurs non accompagnés.....	91
III.3.2.3. Les Jeunes Majeurs (18-21 ans) .....	92
III.4 L'adoption .....	93
III.4.1 L'agrément adoption pour l'année 2015 .....	93
III.4 .2 Soutien à l'adoption.....	94
III.4.3 Les Pupilles de l'État.....	94
III.4.3.1 Les Pupilles de l'État au 31/12/2015.....	94
III.4.3.2 Naissance dans le secret .....	95
III.4.3.3 Admission Pupilles de l'État enfants grands .....	95
III. 4. 4 L'Adoption.....	96
III.4.4.L'Adoption nationale (enfants grands pupilles de l'État du Tarn-et-Garonne) .....	96
III.4.4.2 Adoption internationale .....	96
III.4.5 Recherche des origines-accès au dossier.....	97
IV –ÉQUIPEMENT ET OFFRE DE SERVICE – ÉVOLUTION ET ÉTAT DES LIEUX.....	98
IV.1 Evolution des services PMI et ASE.....	99
IV.1.1 Evolution de fonctionnement du service PMI .....	99
IV.1.2 Évolution des services de la Solidarité Départementale en charge de l'Aide Sociale à l'Enfance .....	101

IV.2 Evolution de l'équipement départemental .....	103
IV.2.1 Les modes d'accueil petite enfance.....	103
IV.2.1.1 Individuels (0-18 ans).....	103
IV.2.1.2 Collectifs (0 - 4 ans).....	109
IV.2.2 Les modes d'accueil et services de l'Aide Sociale à l'Enfance autorisés : .....	110
IV.2.2.1 Actions éducatives .....	110
IV.2.2.2 Placements : .....	111
V - LES PRINCIPAUX CONSTATS ISSUS DES ENQUETES REALISEES .....	117
V. 1. Le cadre des enquêtes.....	118
- la prise en charge des mineurs et des jeunes majeurs.....	119
V.2. Les résultats des enquêtes.....	120
a) Le profil des enfants suivis dans le cadre de mesures d'aide éducative.....	120
b) Le profil des enfants accueillis par le Service d'Accueil d'urgence, d'observation et d'évaluation des Mineurs et jeunes Majeurs du CDEF .....	126
c) Le profil des enfants placés en famille d'accueil .....	128
d) Le profil des enfants placés en établissement.....	136
e) L'expérimentation du placement avec hébergement à domicile .....	144
f) Le dispositif propre aux visites médiatisées au sein de l'Espace Visites du CDEF.....	149
g) Le dispositif spécifique à la prise en charge des MNA .....	150
h) Le dispositif spécifique à la prise en charge des 18-21 ans : le Contrat Jeune Majeur .....	152
i) La prise en charge des mères isolées et des femmes enceintes en difficulté en établissement d'accueil Mère / Enfant .....	154
SYNTHÈSE GÉNÉRALE ENFANCE FAMILLE.....	156
AXES STRATÉGIQUES.....	158
1) Consolider le fonctionnement du Centre de Planification et d'Éducation Familiale (CPEF) sur le secteur ouest du Département.....	160
2) Consolider les missions exercées par la PMI .....	163
3) Améliorer les liens entre les équipes de terrain de la DSD, les établissements sociaux et médico-sociaux , le soin et l'accompagnement pédopsychiatrique .....	165
4) Reconsidérer les actions éducatives en milieu ouvert (AEMO), consolider leurs articulations avec les actions éducatives à domicile (AED) et accentuer le travail de prévention précoce .....	170
5) Adapter l'organisation des services de la DSD à l'évolution des exigences, notamment en ce qui concerne l'agrément des assistants maternels et familiaux .....	173
6) Adéquation de l'offre et de la demande concernant la prévention et le placement.....	175
7) Organiser et optimiser l'accueil départemental d'urgence .....	180
8) Optimiser la prise en charge des MNA avec les partenaires concernés .....	184
9) Réactiver l'observatoire conformément aux dispositions de la loi du 14 mars 2016 .....	186

10) Éducation / insertion .....	188
11) Développer les actions de prévention .....	191
ANNEXES.....	194
Extrait du Procès-Verbal du BP (engagement du département dans un nouveau schéma).....	195
Partenaires du Département concernant les politiques publiques « enfance famille » .....	199
Glossaire .....	204