

Le schéma d'organisation sociale et médico-sociale

ENFANCE-FAMILLE 2013-2017

Livret I



Éditorial



Outil de pilotage et de changement, le quatrième schéma départemental est l'aboutissement d'une **démarche participative** qui a mobilisé l'ensemble des acteurs de la protection de l'enfance et de la famille. Il s'inscrit dans un contexte d'**évolutions institutionnelles** : loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance, loi du 21 juillet 2009 réformant les modalités de collaboration avec l'État, renforcement du rôle de chef de file du Département, acte III de la décentralisation, modernisation territoriale...

Il s'inscrit également dans un climat d'**urgence sociale**. La crise socio-économique qui impacte notre île et les multiples symptômes de détresse sociale, nous obligent à être plus exigeants que jamais dans notre mission de protection des personnes vulnérables. Face à ces signaux d'alerte, la recherche d'une **plus grande efficacité et d'une coopération renforcée entre tous les partenaires, est notre meilleur atout**. Elle permet notamment de garantir la lisibilité de nos actions et la mutualisation des ressources existantes.

Dans le cadre de la protection de l'enfance, le Département s'attache à mettre en place des actions visant à renforcer la protection des enfants et des familles réunionnaises, et à préserver leur bien-être face aux difficultés de la vie.

Préserver la famille, c'est préserver les valeurs humaines qui fondent l'action sociale départementale : **solidarité, cohésion sociale, responsabilité et réponse individualisée**.

Mon ambition dans ce schéma est de mener une **politique offensive** sur la construction des parcours des enfants, afin qu'ils deviennent les **acteurs de leur propre vie**. Les actions à mener pour y parvenir sont multiples : il faut favoriser le **maintien et l'accompagnement éducatif** des enfants dans leur environnement familial, améliorer l'accompagnement des **jeunes majeurs** vers l'autonomie, renforcer les partenariats pour un meilleur suivi de **la santé des enfants** accueillis, ou encore s'ouvrir plus largement aux pays de la zone Océan Indien pour partager nos expériences et nos pratiques.

Car j'ai la conviction que la famille doit rester, aujourd'hui plus que jamais, un **lieu d'épanouissement et de confiance** face aux bouleversements du monde.

Élaborer le schéma a été la partie la plus aisée. Le véritable enjeu sera de **le faire vivre** et d'apporter des réponses aux attentes des jeunes et des familles, tout en maintenant la dynamique qui a guidé nos réflexions et nos travaux.

Je compte sur l'engagement et la détermination de tous pour traduire durablement nos engagements en **actions concrètes** au service du bien-être des familles réunionnaises et de leurs enfants.

Nassimah Dindar

SOMMAIRE

I. LES CARACTERISTIQUES DES FAMILLES

REUNIONNAISES 6

1. Caractéristiques démographiques 7
2. Caractéristiques des structures familiales 11
3. Caractéristiques socio-économiques 17
4. Conséquences : la montée de l'exclusion sociale 25

II. LA PROTECTION DE L'ENFANCE ET DE LA FAMILLE

A LA REUNION 29

1. Dépenses comparées de l'action sociale et de l'aide sociale à l'enfance 30
2. Evolution comparée des prises en charge 35
3. L'action du Conseil général 40
4. Les missions des partenaires de la protection de l'enfance et de la famille 68

III. LE BILAN DU SCHEMA DE 2007 A 2012 84

1. La prévention en direction de l'enfant et l'accompagnement parental 88
2. La circulation de l'information entre professionnels autour du signalement...95
3. L'adaptation du dispositif d'accueil et d'hébergement 99
4. L'évolution des réponses et des pratiques diversifiées 110
5. La mise en œuvre du schéma 115

Chapitre I

LES

CARACTERISTIQUES

DES FAMILLES

REUNIONNAISES

1. CARACTERISTIQUES DEMOGRAPHIQUES

Une croissance de la population qui se stabilise

Au 1^{er} janvier 2010, la population de l'île est estimée à 833 000 habitants. L'accroissement naturel demeure le facteur principal de la croissance démographique réunionnaise, puisqu'il représente 95 % de l'augmentation de la population de la dernière décennie.

Entre 2010 et 2040, si les tendances démographiques (naturelle et migratoire) se confirment, la population réunionnaise devrait augmenter d'environ 28 % et ainsi dépasser le seuil du million d'habitants.

Evolution de la population (en milliers)

Année	La Réunion	France métropolitaine
1990	598	56 615
1999	706	58 520
2006	782	61 400
2007	794	61 796
2008	808	62 135
2009	816	62 465
2010 (1) (p)	833	62 799
2040 (2) ¹	1 061	70 734

Sources : INSEE, recensements de la population 1990 à 2008, estimations de la population 2009 et 2010, projection de la population 2040

<i>Taux de croissance de la population de la Réunion</i>						
Année	1974	1982	1990	1999	2005	2010
Population aux recensements	476 675	515 814	597 823	706 180	774 600	833 000
Taux d'accroissement de la population		8,21%	15,90%	18,12%	9,68%	7,5%

Source INSEE

En 2010, le taux de natalité s'élève à 17,4 ‰ à La Réunion. Il est très supérieur à celui de la France métropolitaine (12,8 ‰) et atteint son plus bas niveau depuis 2000.

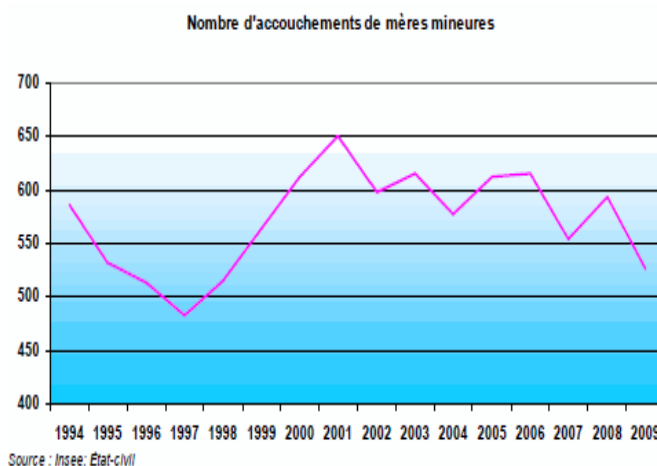
L'âge moyen à la maternité évolue lentement : il se situait à 27,6 ans en 1999, il atteint 28,4 ans en 2010 (29,7 ans en France métropolitaine). Au premier enfant,

¹ (2) Résultats des scénarios centraux

l'âge moyen des mères à l'accouchement est de 26,2 ans (30,1 en France métropolitaine).

La part des naissances hors mariage continue d'augmenter : en 2010, 72 % des enfants naissent à La Réunion de parents non mariés, contre 60,1 % en 1999. En France métropolitaine, les naissances hors mariage représentent 55 % des naissances.

Le nombre de grossesses précoces diminue sensiblement sur un an. En 2010, 529 mères mineures ont accouché (dont 30 avaient moins de 15 ans), ce qui représente 3,7 % des naissances ; elles étaient au nombre de 526 en 2009. En France métropolitaine, les femmes mineures au moment de l'accouchement ne représentent que 0,5 % des naissances.



Le nombre de décès de personnes domiciliées à La Réunion progresse en 2010 (4 221 en 2010 et 4 109 en 2009). Toutefois la tendance à la croissance du nombre de décès amorcée dans le milieu des années 1990 devrait se poursuivre dans les années à venir du fait du vieillissement de la population.

Le taux de mortalité diminue depuis 2005 pour retrouver son niveau de 2004 (aux alentours de 5,1 ‰). Il est beaucoup plus faible à La Réunion qu'en France métropolitaine (8,5 ‰). Cet écart tient au seul fait de la jeunesse de la population réunionnaise. Le taux de mortalité infantile s'élève à 6,8 ‰ en 2010, ce qui correspond à 93 décès d'enfants de moins d'un an. La mortalité infantile est relativement stable depuis 1990 mais reste nettement supérieure à celle enregistrée en France métropolitaine (3,7 ‰).

L'espérance de vie à la naissance continue d'augmenter. Au 1er janvier 2009, elle était de 74,9 ans pour les hommes et de 82,7 ans pour les femmes. L'espérance de vie à La Réunion est parmi les plus faibles des régions françaises. En France métropolitaine, l'espérance de vie à la naissance est de 77,8 ans pour les hommes et 84,3 ans pour les femmes.

Un Département qui demeure jeune et qui entame son vieillissement

La rapidité de l'évolution des variables de la natalité et de la mortalité, les effets d'écho sur l'évolution de la population et le rôle des migrations sont aujourd'hui lourds de conséquences sur la structure par âges et par sexe de la population réunionnaise.

Avec 34% de jeunes de moins de 20 ans, la population réunionnaise apparaît, au regard de la Métropole où ce chiffre est de 23,2%, comme une population jeune.

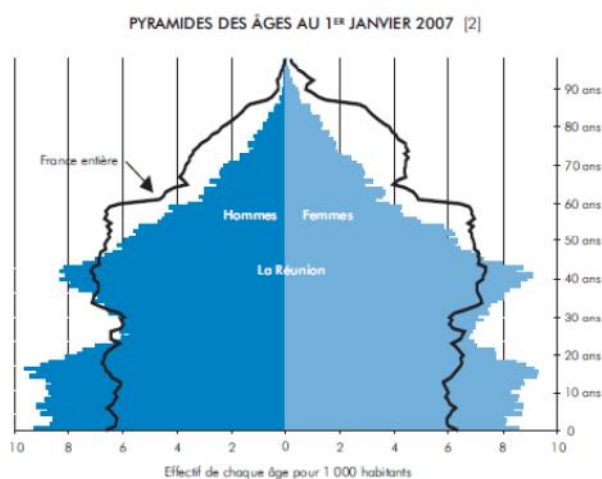
La part des moins de 20 ans n'a cessé de décroître depuis la baisse de la fécondité des années 1960. Celle des personnes de plus de 60 ans, encore faible, s'est hissée à 11.8%, alors qu'elle était de 10.5% en 2004. Ce vieillissement de la population réunionnaise se traduit par un accroissement de l'âge moyen (32 ans contre 39 ans en Métropole).

Tranches d'âge	Nombre	%
0 à 19 ans	282 352	34,4
20 à 29 ans	107 664	13,1
30 à 39 ans	117 375	14,3
40 à 49 ans	126 841	15,4
50 à 59 ans	89 150	10,9
60 à 69 ans	52 917	6,4
+ de 70 ans	44 869	5,4
Ensemble	821 168	100

Source : Répartition de la population par tranche d'âge en 2009, INSEE

Le vieillissement a également tendance à s'accélérer : l'âge moyen de la population a augmenté de quatre mois par an entre 1999 et 2006 contre trois mois seulement entre 1990 et 1999.

La pyramide des âges de la population réunionnaise reflète l'importance des mouvements naturels et migratoires qui ont affecté la population depuis une quarantaine d'années. La base de la pyramide des âges reste large sous l'effet d'une fécondité encore élevée (2,38 enfants par femme en 2010), ce qui permet de maintenir un nombre important de jeunes (34% des



Source INSEE

Réunionnais ont moins de 20 ans). À l'inverse, le sommet de la pyramide s'élargit à cause de l'augmentation du nombre de personnes âgées (+ 22 000 personnes de plus de 60 ans depuis 1999).

Une répartition hétérogène de la population sur le territoire

La population des quatre microrégions augmente, principalement sous l'effet de soldes naturels importants. Alors qu'au niveau communal les taux de solde migratoire apparents varient beaucoup d'une commune à l'autre, l'écart est beaucoup plus limité pour les microrégions (entre - 0,31 % et +0,31% par an).

Avec plus de 35 % de la population réunionnaise, le Sud est la microrégion la plus peuplée. Le Nord, qui était la deuxième région en terme de poids démographique en 1990, est désormais moins peuplé que l'Ouest (respectivement 24,4 % et 25,5 % de la population). Avec 14,6 % de la population, la région Est reste la moins peuplée des quatre.

Microrégion	2000	2005	2009
Est	103 400	113 000	118 620
Nord	178 000	187 000	198 013
Ouest	182 900	203 000	209 835
Sud	252 500	275 500	289 896
Total Réunion	716 800	778 500	816 364

Source : Insee

2. CARACTERISTIQUES DES STRUCTURES FAMILIALES

L'évolution de la famille réunionnaise est marquée par l'effritement du modèle traditionnel. Elle se caractérise par une individualisation de plus en plus marquée des modes de vie.

La situation actuelle

Ménages selon la structure familiale

La part des ménages constitués d'une seule personne est passée de 13 % en 1990 à 22.5 % en 2009. On recense ainsi 63 926 ménages composés d'une seule personne. Ces dernières années, le nombre de femmes vivant seules a dépassé le nombre d'hommes vivant seuls (32 501 femmes contre 31 425 hommes en 2009).

Les familles monoparentales constituent 20.4 % des ménages avec famille². La proportion de ce modèle est en augmentation régulière, puisqu'elle représentait 17.8 % des ménages en 1999. La Réunion hébergera 70 200 ménages monoparentaux à l'horizon 2020.

Il est à souligner qu'au sein des familles monoparentales, en moyenne deux parents sur trois sont inactifs ou au chômage, et un foyer fiscal sur cinq paie des impôts.

Par ailleurs, alors que le nombre de couples sans enfants augmente (21.8 % en 2009 contre 17.3 % en 1999), le nombre de couples avec enfants connaît une forte diminution par rapport au nombre de ménages (37.7 % en 2009 contre 48.4 % en 1999). Plus précisément, alors que la proportion de couples sans ou avec un seul enfant tend à augmenter sur la période 1999-2009, la proportion de couples avec deux enfants ou plus est en diminution régulière.

Enfin, le nombre d'occupants par résidence principale est passé de 5 à 2.8 personnes environ de 1967 à 2009.

Ménages selon la catégorie socioprofessionnelle

Les ménages réunionnais ont pour personne de référence un ouvrier dans 21.8 % des cas, suivi d'un retraité (19.6 %), d'un employé (18.1%), d'une personne sans activité professionnelle (15 %), et enfin un cadre intermédiaire (12.1 %).

² Couples avec ou sans enfants et familles monoparentales

Ainsi, la proportion de personnes à faible revenu ou sans activité professionnelle servant de référence à un ménage, est particulièrement élevée.

L'impact sur les enfants

Le poids de la précarité			
Les premiers constats mettent en évidence l'importance du contexte économique à La Réunion, avec une très forte proportion d'enfants « fragilisés », c'est-à-dire vivant dans des familles dont les parents sont sans emploi et une forte concentration de situations de pauvreté.			
Là où la monoparentalité est identifiée comme un facteur aggravant de cette précarité, plus encore, ce sont les familles composées de couples avec enfants qui présentent la plus grande distance par rapport à la moyenne métropolitaine.			
	Réunion (RUN)	Moy. métropole (M)	Rapport RUN/M
Part des enfants vivant dans des familles dont les parents sont inactifs ou au chômage – famille monoparentale	67,06 %	31,09 %	2,16
Part des enfants vivant dans des familles dont les parents sont inactifs ou au chômage – couple avec enfant	22,17 %	4,62 %	4,80
Taux de pauvreté* - famille monoparentale	68,7 %	29,46 %	2,33
Taux de pauvreté* - couple avec enfant	45,4 %	10,84 %	4,19

Les part des mineurs dont les parents n'ont pas d'emploi et ne sont ni retraités ni étudiants, est de 36.7 % contre 9.3 % en France métropolitaine. Cette proportion passe à 67.1 % pour les enfants réunionnais vivant dans une famille monoparentale, contre 31.1% des enfants métropolitains.

Enfants dont les parents ne sont ni en emploi, ni retraité, ni étudiant

Champ : population au lieu de résidence âgée de 0 à 17 ans

Source : Insee, RP2009 exploitation complémentaire.

	Part des enfants (1) dont les parents (2) n'ont pas d'emploi et ne sont ni retraité, ni étudiant en 2008		
	Parmi l'ensemble des enfants	Parmi les enfants vivants dans une famille monoparentale	Parmi les enfants vivant dans une famille constituée d'un couple
La Réunion	36,7	67,1	22,2
Province	9,7	33,0	4,7
France métropolitaine	9,3	31,1	4,6
France	10,4	33,4	5,1

(1) Il s'agit ici des enfants mineurs uniquement.

(2) "le parent" dans le cas d'une famille monoparentale.

Les projections à l'horizon 2020

Selon l'INSEE³, d'ici 2020 La Réunion comptera près de 80 000 ménages supplémentaires qu'il faudra loger.

Tableau 1 - Les ménages à La Réunion : plus du double en 30 ans

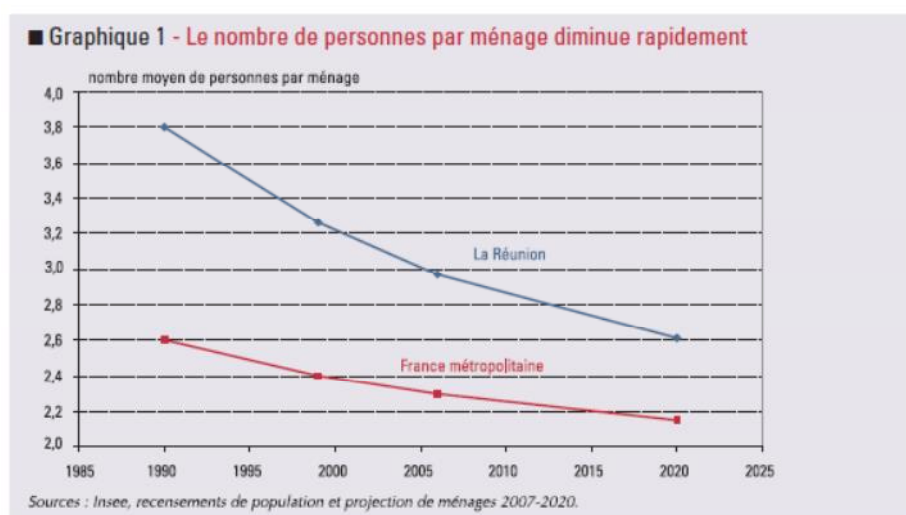
en nombre

Année	2020	2007	1999	1990
Ménages	347 400	268 700	215 000	157 900

Sources : Insee, recensements de population et projection de ménages 2007-2020.

Les ménages seront plus petits encore

Le nombre moyen de personnes qui vivent dans un ménage ne sera plus que de 2,6 en 2020, ce qui était le niveau de la France métropolitaine en 1990. Le nombre de ménages augmentera deux fois plus vite que la population (+ 2 % contre + 1,1 % par an).



Le vieillissement de la population et l'évolution des modes de vie transformeront la composition des ménages : davantage de personnes seules et de couples sans

³ INSEE, Economie de la Réunion, n°138 mars 2012

enfant, moins de familles avec enfant(s). La part des adultes qui vivent seuls avec leur(s) enfant(s) restera sensiblement la même qu'aujourd'hui.

Dans le même temps, la répartition des modes traditionnels de cohabitation (couple, famille, personne seule...) sera modifiée. Les ménages de personnes seules seront beaucoup plus nombreux. À l'inverse, le nombre de couples avec enfants diminuera sensiblement. Ils resteront néanmoins plus nombreux que les couples sans enfant, qui eux vont fortement augmenter. Les familles monoparentales s'accroîtront dans les mêmes proportions que la population.

Plus de personnes seules, surtout des femmes

En 2020, les ménages de personnes vivant seules seront 99 600 (+ 43 500 par rapport à 2007), dont 57 % de femmes. Les personnes seules représenteront 29 % des ménages alors qu'elles ne sont que 21 % en 2007.

Les personnes seules augmenteront massivement, principalement en raison du vieillissement de la population. Plus de la moitié des personnes seules supplémentaires auront plus de 60 ans. Les deux tiers d'entre elles seront des femmes. En effet, les femmes âgées se retrouvent souvent seules, malgré un veuvage plus tardif dû à l'augmentation de l'espérance de vie. Chez les moins de 30 ans, les personnes seules seraient plus nombreuses parmi les étudiants, les jeunes actifs (particulièrement les femmes) et les hommes (après à une séparation).

Le modèle familial s'effrite

En 2020, les couples avec enfant(s) seront 92300. Bien que la population augmente, ils seront 15200 de moins qu'en 2007. En 2020, ils ne représenteront plus que 27 % des ménages – soit autant qu'en France métropolitaine aujourd'hui – alors qu'en 1990 la moitié des ménages réunionnais étaient des couples avec enfant(s).

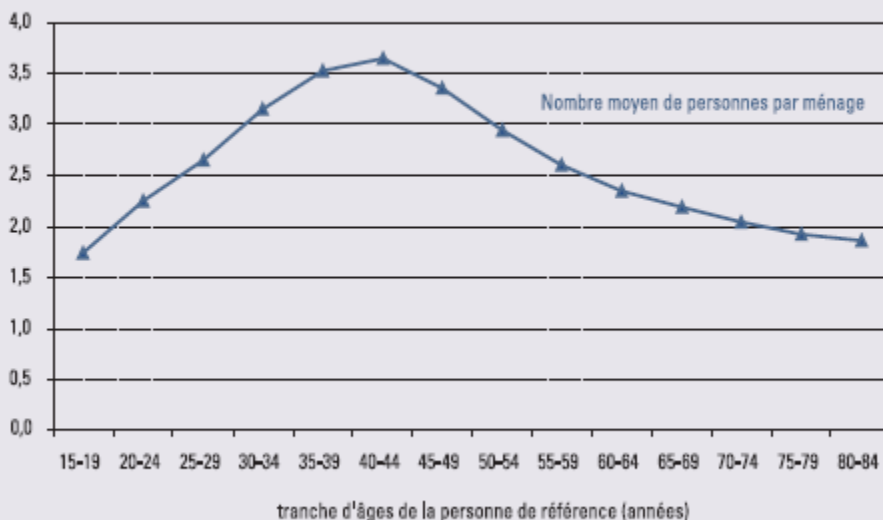
Le vieillissement de la population et le changement des modes de vie expliquent ce recul. Les couples avec enfants vieillissent et deviennent des couples sans enfants. Les jeunes couples auront en outre moins d'enfants et un peu plus tard.

La vie de couple attire également moins les jeunes. En 2020, 26 % des moins de 30 ans vivront en couple contre 40 % en 2007. Un tiers des jeunes de plus de 15 ans vivront seuls ou au sein d'une famille monoparentale.

La population vieillissant, les couples sans enfant deviendront plus nombreux : ils représenteront alors un ménage sur cinq, dont la moitié aura plus de 60 ans. Les

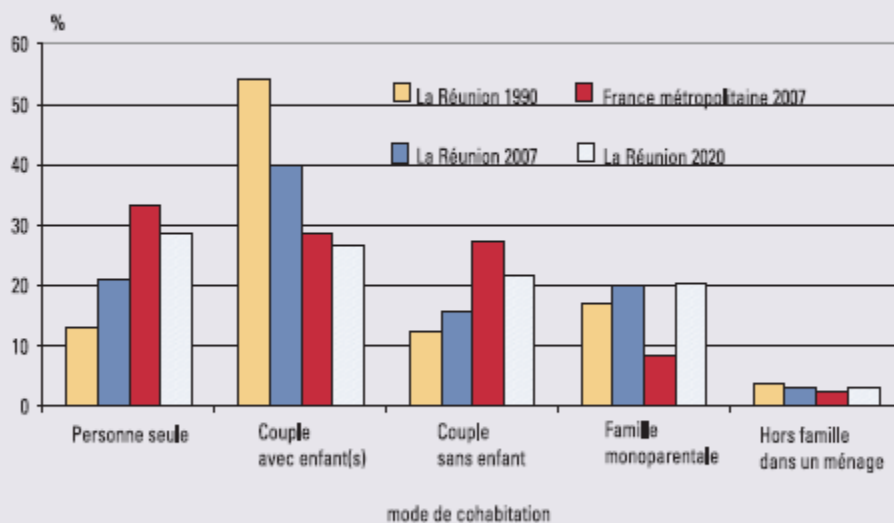
génération nombreuses nées dans les années soixante arriveront aux âges où les enfants ont quitté le domicile familial.

Graphique 2 - Le nombre de personnes par ménage décroît lorsque la personne de référence dépasse 40 ans



Source : Insee, recensement de la population 2007.

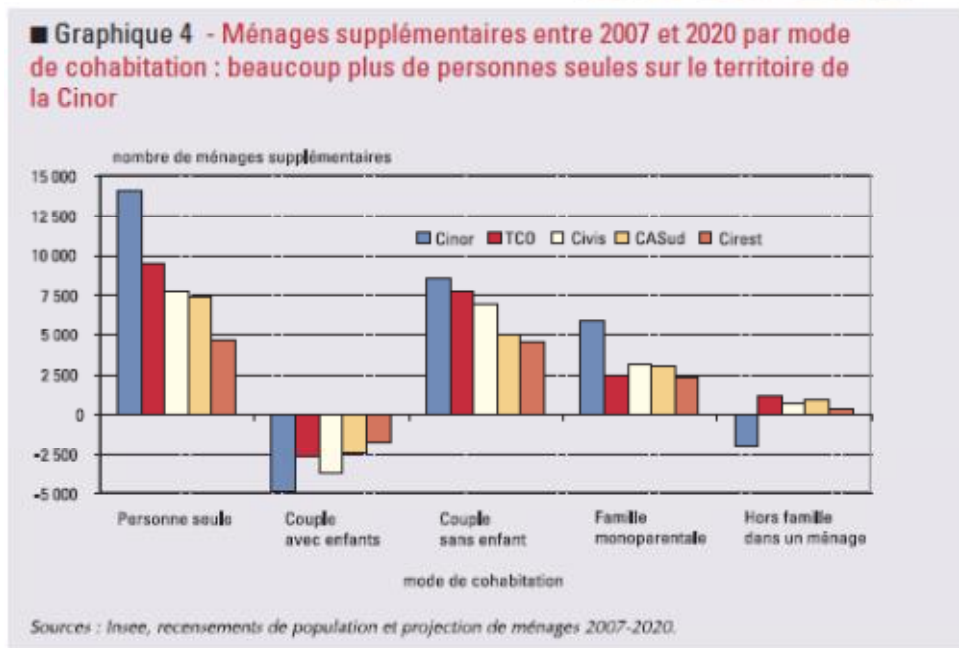
Graphique 3 - Modes de cohabitation : les ménages réunionnais de 2020 proches de la France métropolitaine d'aujourd'hui



Sources : Insee, recensements de population et projection de ménages 2007-2020.

Répartition géographique

Dans les années qui viennent, chaque communauté d'agglomération devra accueillir de nouveaux ménages, aux particularismes marqués : plus de jeunes et de personnes seules au Nord, davantage de couples avec enfant(s) à l'Est et à l'Ouest, des personnes âgées au Sud.



3. CARACTERISTIQUES SOCIO-ECONOMIQUES

Un développement réel mais insuffisant⁴

Depuis la départementalisation, la dynamique des transferts publics et la capacité d'innovation des Réunionnais ont permis un rattrapage fulgurant avec la Métropole mais les effets leviers sur le développement économique et social ont été insuffisants.

Depuis 1946, La Réunion, région française et européenne dans l'océan Indien, a connu une véritable métamorphose passant d'une société traditionnelle de pénurie à une société de consommation, de relative abondance.

En effet, avec près de 830 000 habitants et une croissance annuelle moyenne de 5 % en volume durant les deux dernières décennies, notre île n'a aujourd'hui plus rien de comparable avec la colonie appauvrie qui s'apprêtait à devenir Département français. Cependant, ce développement, essentiellement assis sur la croissance des transferts publics, s'est également accompagné d'une augmentation quasi continue et structurelle du nombre des demandeurs d'emplois. Aujourd'hui, le taux de chômage à un niveau trois fois supérieur à la moyenne nationale, soit le plus élevé des régions européennes.

Ainsi, notre île reste une terre de contrastes où se conjuguent un taux de croissance économique relativement élevé et un fort niveau de précarité sociale, avec 42% de la population vivant en dessous du seuil de pauvreté national.

Ce modèle de développement dont le caractère « soutenable » portait déjà à caution en période d'expansion est fortement remis en question par la crise profonde des finances publiques et la récession qui ont fait irruption en 2008 et dont les effets se font déjà sentir: la multiplication des situations d'urgence entraîne une sollicitation croissante des services d'action sociale.

⁴ Source : Livre Blanc des Assises de l'Urgence Sociale (2011)

Un taux de chômage élevé, des jeunes toujours plus exposés

Le taux de chômage au sens du BIT s'établit à 28,9% à La Réunion au deuxième trimestre 2010. Il demeure le plus élevé des départements d'outre-mer : 23,5 % en Guadeloupe, 22,0 % en Martinique et 20,5 % en Guyane. En 2010, le nombre de chômeurs a dépassé les plus hauts niveaux jamais atteints depuis plus de 15 ans. Au 2ème trimestre 2011, le taux atteint 29,5 % de la population active.

Le taux de chômage est trois fois plus élevé qu'en Métropole et deux fois plus que dans les Pyrénées Orientales, département métropolitain le plus touché⁵.

Évolution du taux de chômage

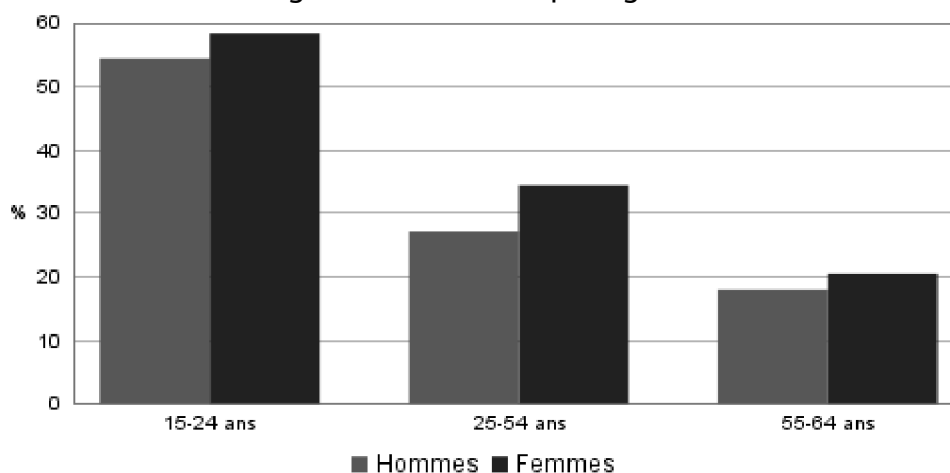
	La Réunion						Métropole 2009
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	
Nombre de chômeurs							
Ensemble	96 200	88 900	86 700	75 900	78 000	88 200	2 570 000
Hommes	52 300	45 700	46 800	39 900	39 300	44 700	1 308 000
Femmes	43 900	43 200	39 900	36 000	38 700	43 500	1 262 000
Taux de chômage (%)							
Ensemble	32,2	29,5	27,5	24,2	24,5	27,2	9,1
15 - 24 ans	55,6	53,2	48,0	49,1	48,9	51,1	23,5
25 - 49 ans	30,7	27,5	25,8	22,3	22,1	26,3	8,1
50 ans ou plus	16,7	16,2	15,8	13,8	15,8	15,8	5,9
Hommes	30,7	26,6	26,5	22,9	22,8	25,6	8,8
15 - 24 ans	54,2	50,6	48,1	48,4	47,0	49,7	24,7
25 - 49 ans	28,8	24,2	24,0	20,1	20,0	24,2	7,6
50 ans ou plus	17,0	15,0	16,6	13,9	15,3	14,9	5,6
Femmes	34,1	33,3	28,8	25,9	26,5	29,1	9,3
15 - 24 ans	57,3	56,6	48,0	50,2	51,2	52,9	22,1
25 - 49 ans	33,2	31,9	28,0	25,0	24,5	28,6	8,7
50 ans ou plus	16,2	17,8	14,8	13,7	16,3	16,8	6,2

Source INSEE

Les jeunes de 15 à 24 ans sont les plus concernés par le chômage : le taux progresse de 2,2 points en un an, et s'élève à 55,3 % en 2010. Le taux de chômage est également très important chez les jeunes de 25- 49 ans (28% de la population active) et diminue sensiblement chez les 50 - 64 ans (16.1%). Pour les femmes, la hausse du taux de chômage est particulièrement importante chez les jeunes de 15 à 24 ans (+ 6,9 points), chez les hommes, ce sont les 25-49 ans qui sont le plus touchés, avec une hausse du taux de chômage de 2,2 points.

⁵ « Une situation sociale hors norme », Insee Partenaires n° 25, août 2013, en partenariat avec le Conseil général de la Réunion

Taux de chômage des 15-64 ans par âge et sexe en 2009



Source : Insee, RP2009 exploitation principale

Ainsi, la moitié des jeunes de moins de 20 ans (34% de la population, soit 277 000 jeunes) est en situation de pauvreté en 2010⁶.

La part des jeunes de 18 à 25 ans non insérés représente 44,1 % de la classe d'âge en 2009 contre 19,1 % en France métropolitaine, plaçant la Réunion au 99^e rang sur les 101 départements français.

Part des jeunes de 18 à 25 ans non insérés en 2009

974	La Réunion	44,1 %
PRO	Province	19,8 %
M	France métropolitaine	19,1 %
F	France	19,8 %

Champ : population au lieu de résidence âgée de 18 à 25 ans qui n'ont pas d'emploi et ne sont ni étudiants, ni élèves, ni stagiaires

Source : Insee : Recensement de la population, Exploitation principale

Date de mise à jour : 05/07/2012

⁶ « Une situation sociale hors norme », Insee Partenaires n° 25, août 2013, en partenariat avec le Conseil général de la Réunion

Une situation de grande précarité financière

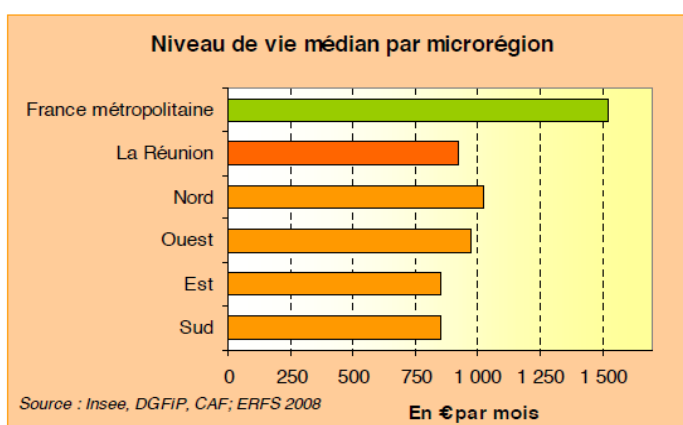
Une précarité 7 fois plus importante que la moyenne nationale

	Guadeloupe	Martinique	Guyane	Réunion	France
Part des familles monoparentales (% nb de ménages)	23,7	26	25,1	20,2	8,1
Proportion d'allocataires de minima sociaux dans la population âgées de 20 ans et plus (%)	27,1	24,4	17,8	26,2	7,2
Part de la population bénéficiant de la CMU de base (%)	17	22	19	14	3
Part des allocataires du minimum vieillesse dans la population de 60 ans et plus (%)	30,7	25,5	15,9	30,6	4,1

Source DREES, INSEE (données de population au 01/01/2009 ; projection OMPHALE 2010)

2011 est marquée par une forte augmentation du nombre de bénéficiaires de la CMU de base (34,2% de la population).

Près de la moitié des réunionnais vit sous le seuil de pauvreté nationale, soit 964 euros par mois. La Réunion se distingue par un niveau de vie par individu inférieur à la moyenne nationale ainsi que par des inégalités plus marquées. Occuper un emploi ne met pas toujours à l'abri de la pauvreté, 30% des personnes ayant un emploi vivant sous le seuil de pauvreté nationale. La pauvreté touche avant tout les familles monoparentales et les familles nombreuses.



« Les 20% plus aisés perçoivent 44% de la masse des revenus alors qu'en France ce pourcentage n'est que de 37%. »

Par ailleurs, la pauvreté croît avec la taille de la famille. Alors qu'un tiers des ménages réunionnais compte au moins quatre personnes, ce taux est de 1/5 en Métropole⁸.

⁷ « Economie de la Réunion », INSEE, n°134, avril 2009

⁸ « Une situation sociale hors norme », Insee Partenaires n° 25, août 2013, en partenariat avec le Conseil général de la Réunion

Les bénéficiaires du RSA

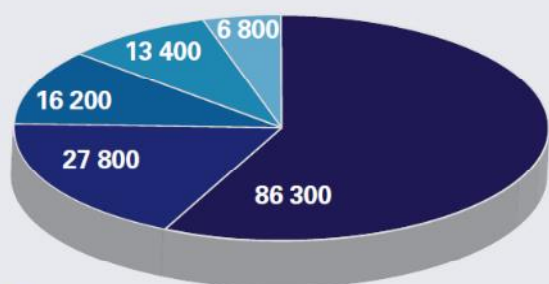
Le revenu de solidarité active (RSA) est entré en vigueur le 1^{er} janvier 2011 dans les DOM. Le RSA remplace le RMI, l'API (allocation de parent isolé) et la PF (prime forfaitaire d'intéressement). Seule une partie du RSA (le RSA socle) est considérée comme un minimum social.

Le RSA est la prestation la plus diffusée sur l'île avec 16% d'allocataires parmi les 15-64 ans en 2011, contre 3.5% en Métropole. En comptabilisant les allocataires, leurs conjoints et leurs ayants droit, 209 000 réunionnais sont couverts par ce dispositif.

Rapportées à la population, les dépenses brutes du RSA socle représentent 455 € par habitant en 2010, soit deux fois la dépense de la Seine Saint Denis, premier département métropolitain pour cette dépense.

Le RSA premier minimum social

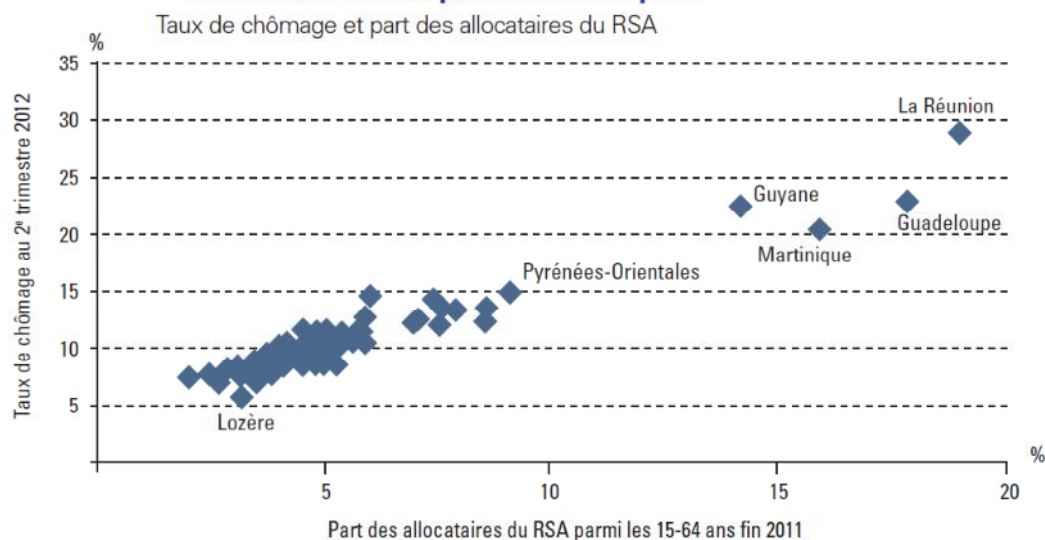
Répartition des allocataires des principaux minima sociaux selon les dispositifs au 31/12/2011



- Revenu de solidarité active (socle, socle et activité) (RSA)
- Allocation du minimum vieillesse (Aspa ou ASV)
- Allocation spécifique solidarité (ASS)
- Allocation adulte handicapé (AAH)
- Revenu de solidarité (RSD)

Sources : CAF, Pôle emploi, CGSS

Les DOM : des départements à part



Sources : CNAF ; MSA ; Insee, taux de chômage localisé pour la Métropole et enquête emploi pour les DOM, estimations de la population.

Les données de l'action sociale comparée Réunion/Métropole

Le tableau ci-dessous révèle la structure de l'action sociale, avec un nombre d'allocataires chômage et personnes âgées largement supérieur aux moyennes nationales.

Tableau 2 Données de l'action sociale pour La Réunion et la France métropolitaine en %

Part au 31/12/2011 des :	Parmi les :	La Réunion	France métropolitaine	
			Moyenne	Valeur maximale
Allocataires du RSA ¹	15-64 ans	17,1	3,5	6,8
Allocataires du minimum vieillesse ²	60 ans ou plus	30,0	3,5	12,8
Bénéficiaires de l'APA	75 ans ou plus	42,6	20,3	35,1
Mesures d'ASE (placements et actions éducatives)	0-20 ans	1,7	1,8	3,4
Allocataires de l'AAH	20-64 ans	2,7	2,5	5,6
Bénéficiaires de la PCH et de l'ACTP	Pour 1 000 habitants	4,5	4,1	12,5

1 - RSA socle, socle et activité y compris allocataires du RSA pour La Réunion
 2 - au 31/12/2010
 Sources : Drees, estimations et enquête bénéficiaires de l'aide sociale départementale au 31/12/2011 ; CNAF ; MSA ; Insee, estimations de population
 Lecture : À La Réunion, fin 2011, 17,1 % de la population de 15 à 64 ans est allocataire du RSA, contre 3,5 % en Métropole et 6,8 % dans le département métropolitain le plus concerné.

Un manque crucial de logements

La situation de la Réunion est particulièrement alarmante dans le domaine du logement. En 2009, 6 000 logements relèvent de l'habitat insalubre.

S'y ajoute un retard important dans le domaine du logement social : 22 000 ménages sont en attente d'un logement social et seulement 27 % des demandes de logement dans ce parc sont satisfaites.

Cette situation est d'autant plus criante que :

- la population disposant de faibles ressources, 80% de celle-ci est éligible au logement social, soit plus de 200 000 ménages alors que le parc social se compose de 52 000 logements en 2010 ;
- la croissance démographique continuera à impacter la demande.

Les niveaux de loyers du marché libre sont trop élevés pour 1/4 des réunionnais qui se retrouvent en situation de sur-occupation ou d'insalubrité. Au total, 69 000 ménages sont concernés par le surpeuplement.

Les freins au développement du logement social sont multiples :

- le coût du foncier et de la construction ;
- l'absence de revalorisation des paramètres de financement de la Ligne Budgétaire Unique (LBU) sur les opérations de constructions de logements sociaux (la part des subventions dans le financement de la construction de ces logements a diminué au cours du temps sous l'effet de la hausse du coût des terrains et de la construction) ;
- le manque de foncier aménagé : 4000 hectares devraient être ouverts à l'urbanisation, soit environ 200 hectares par an dont 120 pour le logement social.

*Un niveau éducatif en cours de rattrapage*⁹

Si les progrès sont certains dans ce domaine, des retards importants persistent en comparaison avec la moyenne nationale. La progression du taux d'alphabétisation des personnes de plus de 15 ans est lente: un seul point entre 1985 et 2005 passant de 97 à 98 %. Les statistiques des journées d'appel révèlent que la part des jeunes qui ne savent pas lire ne diminue pas : 28 % ont des difficultés de lecture contre 12% au plan national.

Dans le même temps, l'écart de taux de scolarisation des 6 - 22 ans a progressé de plus de 7 points sur la période : en 1985, le taux de scolarisation était de 75 % à La Réunion contre 80 % au plan national ; en 2005, il était de 84 % à La Réunion contre 96 % au plan national.

La population de 15 ans ou plus sortie du système scolaire représente plus de 500 000 personnes en 2009. Près de la moitié de ces personnes n'a aucun diplôme (47.8%), contre une personne sur cinq en Métropole. La proportion de femmes sans diplôme est légèrement supérieure (48.4%) à celle des hommes (47.1%).

Même s'il reste important, ce taux est en régression puisqu'en 1999 les sans diplôme étaient près de 58 %. Seuls 12.8 % de cette population non scolarisée ont le baccalauréat ou un brevet professionnel, laissant présager des perspectives d'avenir limitées.

⁹ Source : « La précarité à la Réunion », INSEE, mars 2010

4. CONSEQUENCES : LA MONTEE DE L'EXCLUSION SOCIALE

Celle-ci tient à plusieurs facteurs.¹⁰

La croissance économique de l'île n'a pas permis d'employer l'ensemble de son capital humain, laissant de côté une frange importante de la population.

L'essoufflement du rattrapage économique est combiné à un essoufflement du rattrapage des retards en matière de revenu, de santé et d'éducation, renforçant encore les phénomènes d'exclusion.

Les acteurs sociaux peinent à se coordonner entre eux, au détriment des usagers perdus dans les méandres d'un système trop complexe : « *On a plein de coordonnateurs mais toujours pas de coordination...il n'y a pas de politiques ou de dispositifs réellement partenariaux* ». (Assises de l'Urgence Sociale).

Certains maillons du système de prise en charge sont défailants, par exemple l'accompagnement du handicap psychique et la question de la santé mentale, ou encore d'accompagnement des familles étrangères.

Les lacunes du dispositif global de prévention sont lourdes de conséquences. Les effets d'une politique préventive sont certes difficilement mesurables à court terme, mais l'insuffisante mise en œuvre de cette politique engendre des conséquences visibles qui impactent le travail des acteurs au quotidien : augmentation des situations traitées dans l'urgence au détriment de la prévention et de l'accompagnement social.

Dans ce contexte déjà excessivement précaire, l'irruption de la crise économique de 2008 a multiplié les situations d'urgence sociale.

Les familles monoparentales et les familles nombreuses sont particulièrement touchées par la pauvreté : 144 000 enfants vivent en-dessous du seuil.

Certes, la Réunion a déjà connu des crises. Mais la situation actuelle se distingue par l'intensité des formes d'urgence sociale et par les défis posés aux collectivités qui en ont la responsabilité, au premier rang desquelles figure le Conseil général.

La demande sociale exprimée par les ménages auprès des services du Département a connu une très forte augmentation en 2010. La pression s'accroît sur les arrondissements, et le nombre de personnes s'adressant aux permanences de la collectivité est en constante progression. Cette situation est d'autant plus prégnante

¹⁰ Source : Livre Blanc des Assises de l'Urgence Sociale, 2011

que le Conseil général est désormais le seul à assurer une réception de polyvalence sociale. Cela se traduit par une explosion des aides d'urgence à budget constant.

L'indice synthétique de la demande sociale suivi par le Conseil général montre une augmentation de plus de 9 % de la demande exprimée par les ménages auprès des services de la collectivité entre 2007 et 2010.

Les aides d'urgence instruites ont augmenté de 115 % depuis 2007, passant de 8 512 dossiers à 18 271 en 2010. Ainsi, ces aides ont plus que doublé et le recours aux colis alimentaires et aides distribuées via des associations caritatives et les CCAS ont progressé.

	2007	2008	2009	2010
Aides financières départementales	3 743	4 207	4 766	5 344
Colis alimentaires			4 604	6 117
Aides financières caritatives	1 780	2 783	1 258	1 494
Aides instruites pour les CCAS	2 989	3 891	5 597	5 316
Total	8 512	10 881	16 225	18 271

Source Département - ODISSEE-DPEC

Au final, les situations d'urgence sociale auparavant conjoncturelles (un accident de la vie appelant une réponse circonscrite et ponctuelle), sont devenues structurelles, amplifiant durablement les situations d'exclusion.



Même si les politiques publiques cherchent à mettre en œuvre des dynamiques de parcours, la mise en place et l'efficacité d'un accompagnement personnalisé se heurtent au trop grand nombre de cas à traiter et à l'absence de solutions aisées, notamment en matière d'emploi (120 000 demandeurs d'emplois) et de logement (plus de 25 000 demandes de logement social en attente).

Les solutions apportées par l'ensemble des acteurs de la protection de l'enfance et de la famille, même insuffisantes, sont menacées par l'impact budgétaire et la compensation imparfaite des dépenses d'action sociale transférées à la collectivité dans le cadre de la décentralisation. Suivant les hypothèses les moins alarmistes, le déficit annuel de compensation des dépenses de RSA et d'APA devrait atteindre 120 millions d'euros en 2013.

Il est urgent et indispensable de se donner collectivement les moyens d'enrayer l'exclusion car la cohésion sociale est la seule base solide sur laquelle peut se construire notre société. Redonner leur place à la prévention et parvenir à une coordination efficace sont deux impératifs.



Le schéma départemental pour l'enfance et la famille 2013-2017 s'inscrit dans un contexte d'éclatement du modèle familial traditionnel, de fragilisation de la cellule familiale et d'une précarisation massive et chronique qui touche les jeunes et leurs parents.

Il est nécessaire dans ce contexte de renforcer la prévention des difficultés éducatives et sociales qui tendent à s'amplifier, et de réduire la vulnérabilité des enfants, des jeunes et des familles par un accompagnement renforcé.

Chapitre II

LA PROTECTION DE L'ENFANCE ET DE LA FAMILLE A LA REUNION

1. DEPENSES COMPAREES DE L'ACTION SOCIALE ET DE L'AIDE SOCIALE A L'ENFANCE

En 2010, l'ensemble des départements français a consacré 28,9 milliards d'euros nets à l'aide sociale (aide sociale aux personnes âgées, aux personnes handicapées, à l'enfance et dépenses liées au RMI). La France métropolitaine a dépensé 26 milliards d'euros, dont 6,5 milliards pour l'aide sociale à l'enfance.

Les dépenses brutes d'aide sociale des départements d'outre-mer se sont élevées à 1,5 milliard d'euros en 2010, en baisse de 1,2 % en euros constants par rapport à 2009. Malgré cette baisse, les dépenses nettes de l'aide sociale à l'enfance sur la période 2006-2010 ont globalement augmenté de 11 %, représentant 202 millions d'euros en 2010.

Tableau 7 - Évolution des dépenses par catégorie d'aide sociale* – DOM

	2 006	2 007	2 008	2 009	2 010	évolution 2010/2009 en euros constants	évolution 2010/2006 en euros constants
Aide sociale aux personnes âgées							
dépenses brutes	268	280	286	282	281	-1,9%	-1%
dépenses nettes	254	265	271	268	267	-2,0%	-1%
Aide sociale aux personnes handicapées							
dépenses brutes	72	79	92	100	108	6,5%	41%
dépenses nettes	71	79	92	97	105	6,1%	40%
Aide sociale à l'enfance							
dépenses brutes	174	179	189	208	206	-2,0%	12%
dépenses nettes	172	177	186	206	202	-3,2%	11%
Dépenses totales d'allocation et d'insertion liées au RMI **							
dépenses brutes	870	881	895	877	875	-1,6%	-5%
dépenses nettes	849	868	865	846	833	-2,9%	-7%
dont, dépenses nettes d'allocation du RMI	756	740	731	725	743	0,9%	-7%
Total							
dépenses brutes	1 385	1 419	1 463	1 467	1 471	-1,2%	0%
dépenses nettes	1 346	1 388	1 413	1 417	1 407	-2,2%	-1%

* hors services communs et autres interventions sociales. Hors frais de personnel, à l'exception de ceux liés au RMI.

** Dépenses d'allocation et d'insertion liées au RMI, aux Ci-RMA et aux contrats d'avenir ; le RSA étant mis en oeuvre dans les DOM à partir du 1^{er} janvier 2011.

Notes : Les dépenses d'ACTP et de PCH pour les personnes de 60 ans ou plus sont intégrées aux dépenses à destination des personnes âgées.

Champ : Départements d'Outre-mer ; les dépenses du département de la Guadeloupe ont été estimées.

Sources : DREES - enquête Aide sociale

Dans les DOM, la répartition des dépenses entre les quatre catégories d'aide sociale conserve une structure très différente de celle observée en Métropole.

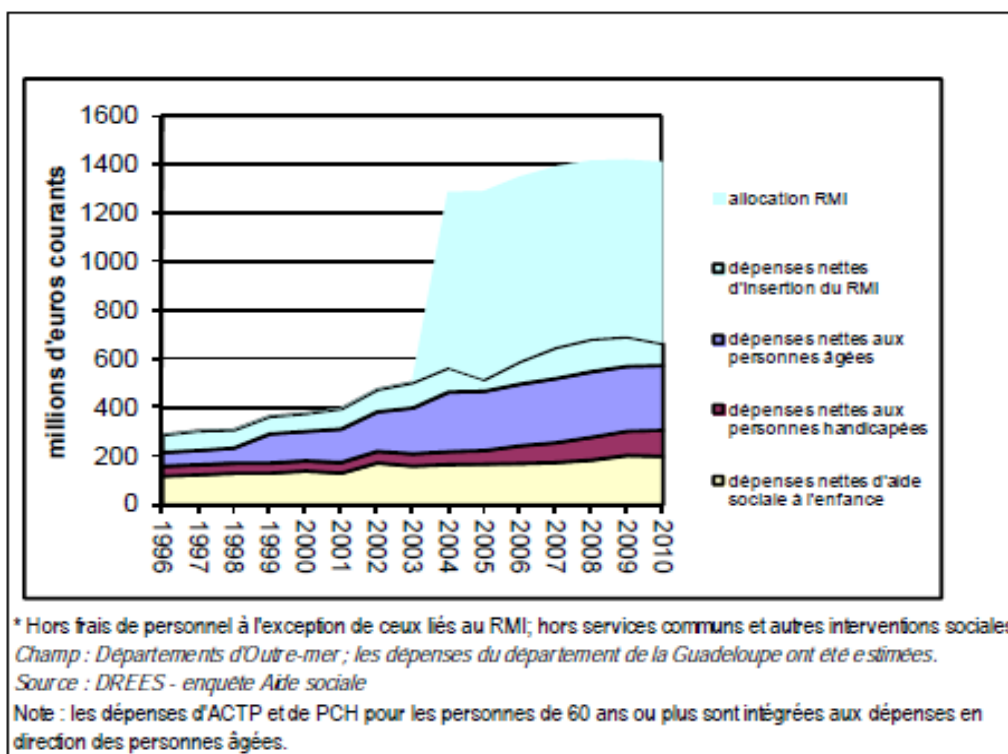
En effet, l'aide sociale à l'enfance, qui représente en France métropolitaine 25 % des dépenses d'aide sociale, ne compte que pour 15 % des dépenses nettes dans les DOM, loin derrière le RSA et les aides aux personnes âgées.

De plus, la structure des dépenses d'aide à l'enfance est différente. Les dépenses liées aux mesures de placement en famille d'accueil sont relativement plus importantes :

- la part des placements familiaux est plus élevée dans les DOM (40 %, contre 25 % en Métropole) ;
- les dépenses de placement en établissement sont moins importantes dans les DOM (38 % contre 48 % en Métropole), de même que les dépenses liées aux actions éducatives (3 % contre 6 %) ;

Enfin, les allocations mensuelles, secours, bourses et autres aides financières ont un poids similaire dans les DOM et en Métropole, autour de 5 %.

Graphique 2 - Évolution des parts des dépenses nettes d'aide sociale* - DOM



La situation réunionnaise

A la Réunion, les dépenses nettes d'action sociale sont passées de 654 millions d'euros en 2006 à plus de 682 millions d'euros en 2010.

Dépenses totales nettes d'aide sociale, y compris les frais communs et les dépenses de personnel / France métropolitaine et DOM (en milliers d'euros)

Département	2006	2007	2008	2009	2010
Réunion	654 050	690 881	724 872	721 864	682 601
Estimation DOM	14 210 650	14 778 000	14 989 140	15 241 560	15 037 660
France hors DOM	23 702 933	24 787 664	25 884 942	27 328 433	28 938 883
TOTAL France ENTIERE	251 239 980	262 654 640	273 838 560	288 525 890	304 426 490

La part des dépenses brutes consacrée à l'aide sociale à l'enfance est passée de 73 899 000 d'euros en 2006 à 81 421 000 d'euros en 2010.

Dépenses totales brutes d'aide sociale à l'enfance
France métropolitaine et DOM (en milliers d'euros)

Département	2006	2007	2008	2009	2010
Réunion	73 899	73 575	76 735	80 744	81 421
Estimation DOM	174 420	179 075	188 602	207 599	206 496
France hors DOM	5 562 061	5 736 722	6 051 767	6 382 090	6 634 917
TOTAL France ENTIERE	5 736 481	5 915 796	6 240 368	6 589 689	6 841 413

La part des dépenses brutes d'actions éducatives (AECD et AEMO) a connu une hausse annuelle régulière entre 2006 et 2009 (de 3 238 000 € à 4 265 000 €), suivie d'une baisse en 2010 avec 3 881 000 €. Il est à souligner que ces dépenses réalisées à la Réunion, représentent à elles seules plus de la moitié des dépenses d'actions éducatives dans l'ensemble des DOM.

Dépenses brutes d'actions éducatives – AED et AEMO
France métropolitaine et DOM (en milliers d'euros)

Département	2006	2007	2008	2009	2010
Réunion	3 238	3 542	3 945	4 265	3 881
Estimation DOM	6 195	6 495	6 995	7 012	6 569
France hors DOM	354 801	370 915	390 296	392 782	400 983
TOTAL France ENTIERE	360 996	377 411	397 291	399 794	407 551

Les dépenses d'accueil en établissement et en famille à la Réunion ont fortement augmenté, passant de 61 449 000 € bruts en 2006 à 71 132 000 € bruts en 2010. L'ensemble des dépenses en 2012 représente plus de 82 millions d'euros, ce qui représente une hausse de 33% sur la période 2006-2012.

Dépenses brutes totales de placement
France métropolitaine et DOM (en milliers d'euros)

Département	2006	2007	2008	2009	2010
Réunion	61 449	61 144	64 719	69 010	71 132
Estimation DOM	140 590	149 207	149 719	161 209	162 243
France hors DOM	4 277 441	4 471 848	4 699 158	4 909 685	5 081 149
TOTAL France ENTIERE	4 418 031	4 621 056	4 848 877	5 070 894	5 243 392

L'accueil familial à la Réunion représente à lui seul 45 millions € en 2012 (contre 34 millions en 2006), soit environ la moitié des dépenses d'accueil familial pour l'ensemble des DOM.

Dépenses brutes de placement familial (assistants familiaux)
France métropolitaine et DOM (en milliers d'euros)

Département	2006	2007	2008	2009	2010
Réunion	34 000	35 471	37 003	38 865	39 620
Estimation DOM	63 346	67 782	73 711	80 321	82 037
France hors DOM	1 389 410	1 485 380	1 536 960	1 632 567	1 673 885
TOTAL France ENTIERE	1 452 756	1 553 163	1 610 671	1 712 888	1 755 922

La part des dépenses d'accueil en établissement social à la Réunion s'élève à 37 millions en 2012 contre 26 millions environ en 2006.

Dépenses brutes de placement en établissements
France métropolitaine et DOM (en milliers d'euros)

Département	2006	2007	2008	2009	2010
Réunion	25 947	24 108	26 216	28 698	30 187
Estimation DOM	73 364	78 708	72 530	78 916	77 745
France hors DOM	2 697 731	2 839 622	2 969 365	3 071 862	3 203 275
TOTAL France ENTIERE	2 771 095	2 918 330	3 041 895	3 150 778	3 281 020

Les dépenses dans le cadre de l'ASE en 2010 représentent 30 321 € bruts par bénéficiaire à la Réunion, contre 34 991 € en France métropolitaine.

Cependant, rapportées au nombre d'habitants, ces dépenses sont plus importantes à la Réunion : elles représentent 85.90 € par habitant, contre 80.90 € en France métropolitaine.

Dépenses totales brutes de placement dans le cadre de l'aide sociale à l'enfance (ASE) en 2010
(frais de personnel hors assistants familiaux)

Date de mise à jour : 16/07/2012

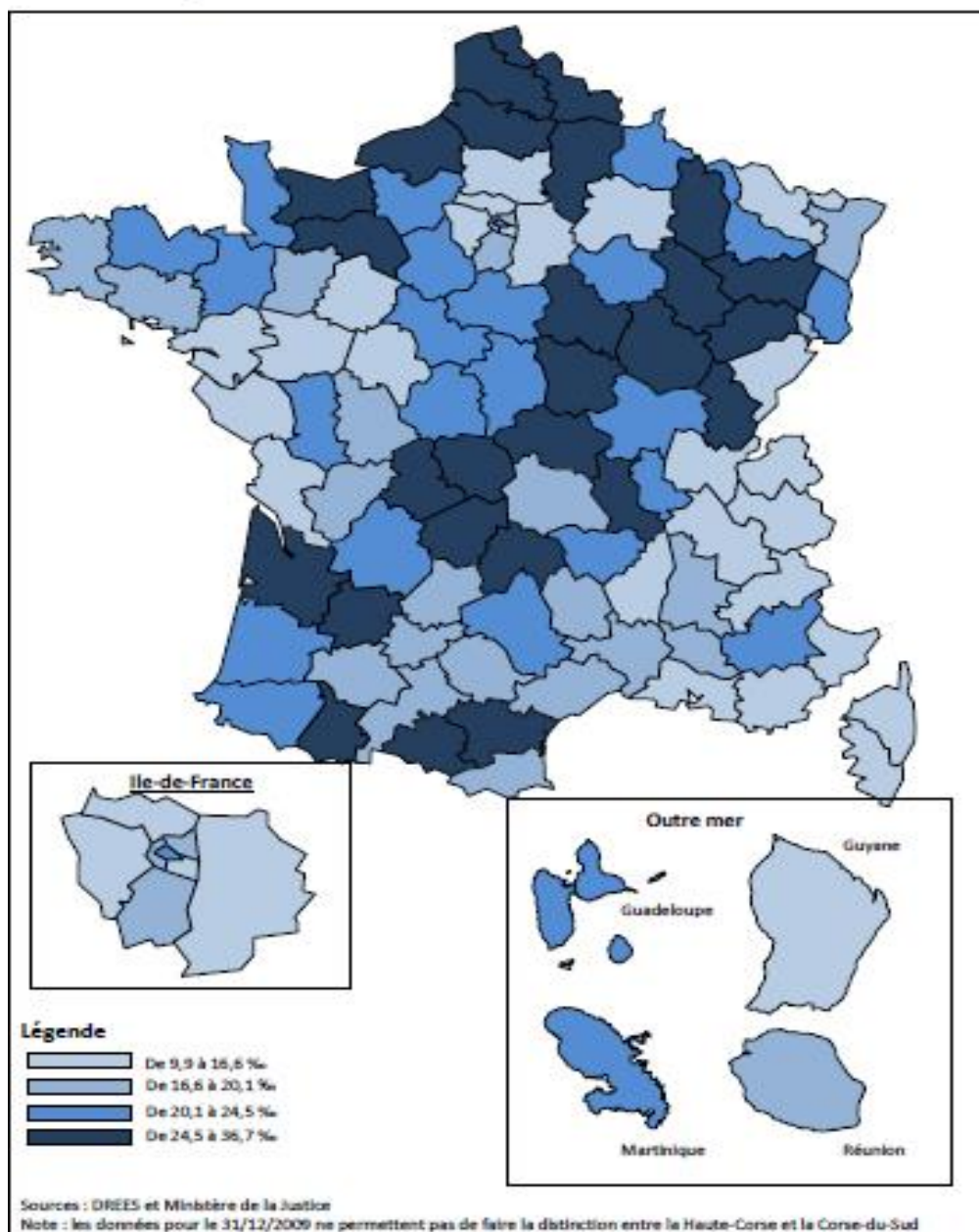
Département		Dépenses totales brutes de placement dans le cadre de l'aide sociale à l'enfance (ASE), frais de personnel hors assistants familiaux exclus			
		" par habitant	Rang	" par bénéficiaire	Rang
974	La Réunion	85,9	71	30 321	29
M	France métropolitaine	80,9		34 991	
F	France*	81,0		34 792	

Sources : Drees, enquêtes annuelles sur l'aide sociale; Insee, estimations de population au 01/01/2010, à la date de mise à jour du tableau

2. EVOLUTION COMPAREE DES PRISES EN CHARGE

Sur la France entière on constate de fortes disparités départementales, à la fois dans les niveaux de prises en charge et dans leur évolution.

Carte 1 : Part des mineurs pris en charge (au moins une mesure au 31 décembre 2009), pour 1000 mineurs dans le département

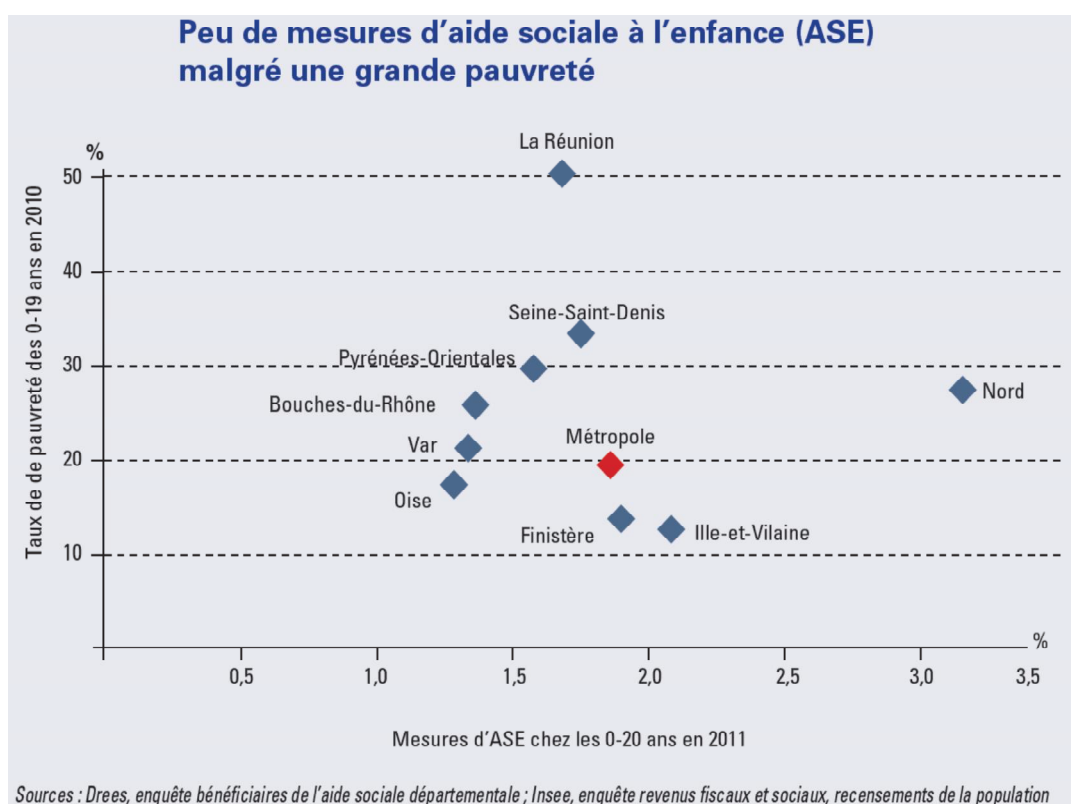


Extrait du 7^{ème} rapport de l'ONED – mars 2012

Le taux estimé de prise en charge des mineurs varie de 9,9 % à 36,7 %, avec une médiane à 20,1 %. La Réunion se situe légèrement en dessous de cette médiane.

Compte tenu de la fragilisation de la cellule familiale liée au contexte de pauvreté, les jeunes Réunionnais pourraient se trouver plus souvent dans une situation de risques que les jeunes des autres départements.

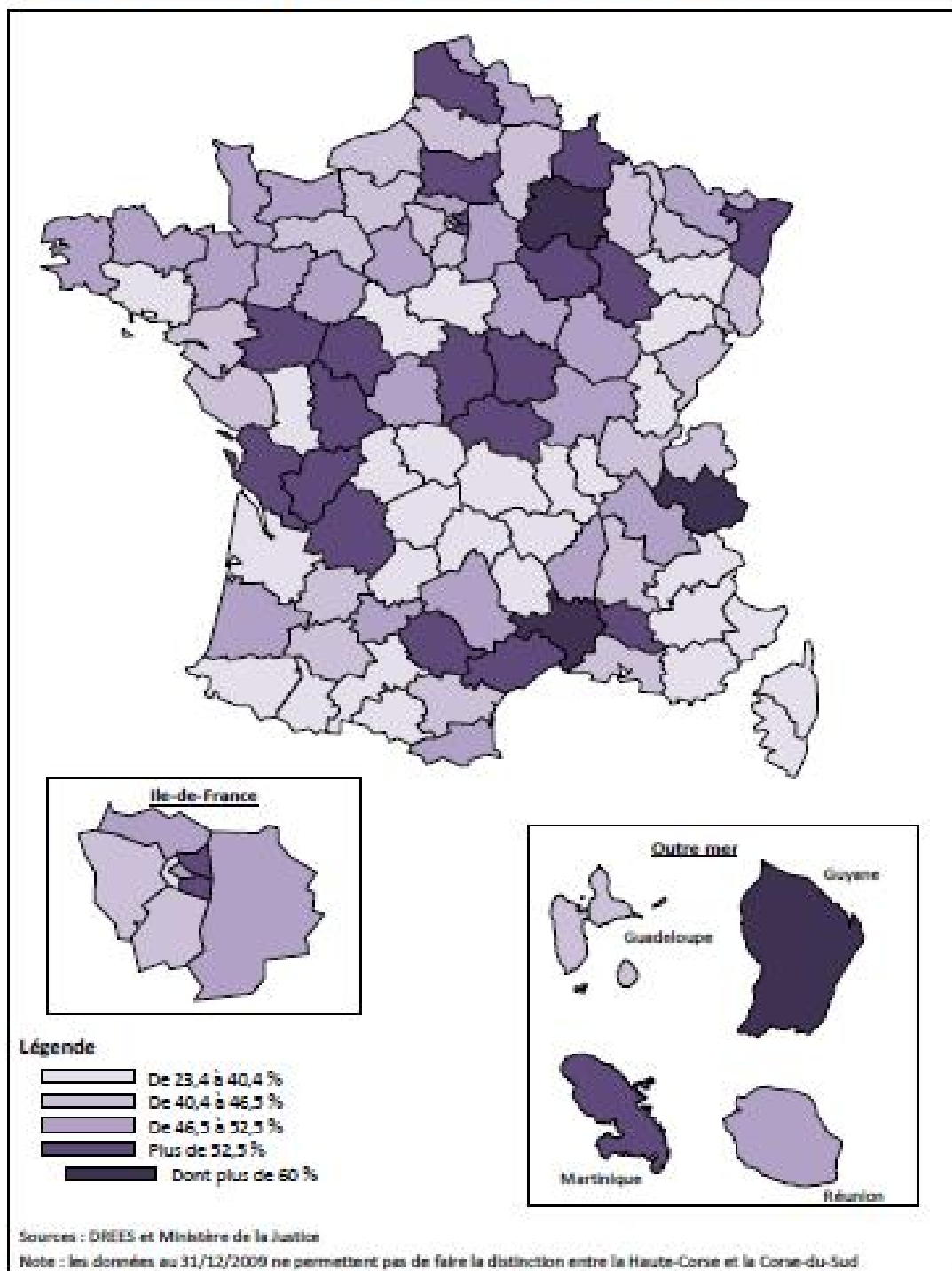
Pour autant, seuls 1,7 % des moins de 21 ans ont bénéficié d'une action éducative ou d'un placement fin 2011, soit une situation proche de la moyenne métropolitaine (1,8 %). Ce constat également posé dans d'autres départements confirme qu'il est difficile d'établir un lien systématique entre pauvreté et risque de mise en danger des enfants¹¹.



¹¹ « Une situation sociale hors norme », Insee Partenaires n° 25, août 2013, en partenariat avec le Conseil général de la Réunion

Pour les mineurs, la part des mesures d'accueil en établissement ou en famille parmi l'ensemble des mesures, varie de 23,4 % à 76,9 % selon les départements, la médiane se situant à 46,4 %. La Réunion se situe légèrement au-dessus de la médiane nationale.

Carte 3 : Part des mesures d'accueil parmi l'ensemble des mesures au 31/12/2009



A la Réunion en 2010, 49.4 % des mesures sont des mesures de placement (contre 50.2 % en Métropole). Parmi les mesures éducatives, 40.5 % sont des actions éducatives à domicile (contre 30.5 % en France métropolitaine).

Mesures d'aide sociale à l'enfance au 31/12/2010

Champ : population au lieu de résidence âgée de 0 à 20 ans

Département		Mesures ASE (en % des 0-20 ans)		Part des mesures de placement dans le total des mesures	Part des actions éducatives à domicile, dans l'ensemble des mesures éducatives
		en %	Rang	en %	en %
974	Réunion	1,6	35	49,4	40,5
M	France métropolitaine	1,8		50,2	30,5
DOM	DOM	1,6		55,6	40,9
F	France entière	1,8		50,4	30,8

Source : Drees, Enquête Bénéficiaires de l'aide sociale départementale au 31/12/2010 ; Insee, estimation de population au 01/01/2010, à la date de mise à jour du tableau

Date de mise à jour : 16/07/2012

En 2012, 5845 enfants ont bénéficié d'un accompagnement par le Département :

- 1215 dans le cadre d'une mesure d'AECD (989 en 2009)
- 1755 dans le cadre d'une mesure d'AEMO (1489 en 2009)
- 2016 dans le cadre d'une prise en charge physique (1990 en 2009)
- 859 dans le cadre d'une prise en charge financière

Le tableau ci-dessous donne une photographie de la répartition des enfants pris en charge par type d'accueil au 31 décembre 2012.

Placement des enfants accueillis à l'ASE au 31 décembre 2012

Mode de placement dominant	Pupilles	Placements sur décision judiciaire	Accueil provisoire de mineurs	Accueil provisoire jeunes	TOTAL ENFANTS CONFIES A L'ASE	Placements directs
Famille d'accueil	28	1385	96	75	1584	355
Famille d'accueil + établissement d'éducation spéciale	0	2	0	31	33	0
Etablissement d'éducation spéciale	0	8	0	2	10	2
MECS	3	96	75	27	201	4
Foyer départemental	0	64	32	1	97	5
Pouponnière	8	12	0	0	20	0
Etablissement sanitaire	0	0	1	0	1	0
Adolescents et jeunes majeurs autonomes	0	0	0	22	22	0
TOTAL	39	1567	204	158	1968	366

3. L'ACTION DU CONSEIL GENERAL

3.1 Les missions de la Protection Maternelle et Infantile au niveau central et déconcentré

La Direction de la Santé Publique, créée en février 2005, a pour mission la Protection Maternelle et Infantile (mission obligatoire) et les actions de prévention (mission facultative) liées à l'importance de certaines pathologies sur l'île (alcoolisme, tabagisme, infections sexuellement transmissibles...) ou à l'émergence de nouveaux fléaux en matière de santé (diabète, obésité surtout infantile, maladies cardio-vasculaires..). Elle regroupe le Service départemental de PMI le Service Gestion Administrative et Financière, la mission Education Prévention Santé, le Service d'Epidémiologie et de Statistiques Médicales.

Budget global de la DSP
De 11 889 200 € en 2006
à 11 302 000 € en 2012
(diminution liée à la
réorganisation de services
transférés vers d'autres
directions)

Budget de la PMI au sein de la DSP
9 387 400 € en 2006 contre
10 386 000 € en 2012

Le service départemental de PMI se compose de la PMI centrale, des services de PMI sur les territoires et des centres de planification familiale (CPF). Il est constitué de 234 agents dont la répartition est la suivante : 20 médecins, six responsables, 37 puéricultrices, 17 sages-femmes, 26 infirmières, 34 auxiliaires 69 administratifs, 11 Educateurs de Jeunes Enfants, 4 conseillères conjugales et 6 assistants sociaux.

1. Les activités dans les centres de Protection Maternelle et Infantile et les centres de Planification Familiale

- Les actes médicaux et entretiens
- L'intervention des conseillères conjugales
- Les visites à domicile

2. Les actions de prévention en école maternelle

- Les bilans de santé
- Les projets d'accueil individualisé
- Les séances d'éducation sanitaire

- Les centres de loisirs sans hébergement (CLSH)
3. L'accueil des jeunes enfants
 - Les «permanences modes d'accueil»
 - Les assistantes maternelles
 - L'agrément des assistants familiaux
 - L'agrément et les aides aux établissements d'accueil du jeune enfant
 4. Les établissements d'accueil du jeune enfant
 5. Les aides financières du Département
 6. La cellule Certificats de Santé

1. Les activités dans les centres de Protection Maternelle et Infantile et les centres de Planification Familiale

En 2011, 48 076 actes médicaux ou entretiens, ont été réalisés dans les différents centres du service (56 764 en 2009) :

- ♦ 37 283 dans les centres de PMI
- ♦ 10 793 dans les Centres de Planification Familiale

Par ailleurs, quatre conseillères conjugales interviennent dans les centres de planification familiale mais également en partenariat avec des associations, dans des institutions (centres d'aide par le travail, centres médico-psychologiques), et dans les collèges en lien avec les services de l'Education nationale (infirmière, professeurs, CPE). Ces interventions portent par exemple sur l'accueil et l'information sur la contraception (groupes de formation ou en individuel, groupes de paroles), l'accompagnement à l'IVG auprès des mineures, l'aide méthodologique dans la mise en place de projets éducatifs destinés à des populations cibles (handicapés, assistantes maternelles, jeunes)...

En 2010, 20 704 visites à domicile (VAD) ont été effectuées par un professionnel de PMI (22 222 en 2009).

7160 visites en maternité ont été effectuées par les puéricultrices ou les sages-femmes.

Type d'usagers concernés
par les VAD :
87 % enfants
12 % femmes
1 % Assistantes Maternelles

2. Les actions de prévention en école maternelle

Les bilans de santé

Les actions de prévention en école maternelle sont une priorité. Assurées par les médecins et les infirmières, elles permettent le dépistage de problèmes de santé avant l'entrée en école primaire, participant ainsi à la lutte contre l'échec scolaire et l'illettrisme.

En 2010, le Département a poursuivi cette politique de prévention et de dépistage chez l'enfant en vue d'aider et d'informer les familles. Ainsi, 11 081 enfants scolarisés principalement en petite section (3-4 ans) ont bénéficié de bilans de santé effectués pour la plupart d'entre eux par les infirmières, ce qui représente 80 % d'une tranche d'âge (11 902 en 2009). 62 % de ces enfants ont été examinés par un médecin en plus des dépistages effectués par l'infirmière (73 % en 2009).

Les résultats révèlent l'importance du dépistage précoce et de la prise en charge de ces troubles :

- 3% de ces enfants (331) présentaient des troubles auditifs
- 10,5% de ces enfants (1169) présentaient des troubles visuels
- 10% de ces enfants (1111) présentaient des troubles du langage
- 12,5 % de ces enfants (1385) présentaient d'autres troubles

Les projets d'accueil individualisé

Certains enfants en situation de handicap, de maladie chronique (allergie simple, asthme, etc...) ou en difficultés scolaires ont besoin d'un projet scolaire personnalisé (PAI), défini dans le cadre de réunions multi partenariales auxquelles assistent les personnes concernées par la prise en charge de ces enfants. Le PAI est établi au sein de l'établissement scolaire. Il consiste à faciliter l'intégration des enfants.

Les médecins de PMI ont été cosignataires de 550 PAI en 2011 (419 en 2009).

Un protocole est défini par le médecin traitant et validé par le responsable d'établissement, le médecin de la PMI, les parents et la mairie pendant la pause méridienne pour administrer éventuellement les médicaments et définir la conduite à tenir en cas de problème.

Les séances d'éducation sanitaire

955 séances d'actions collectives ont été organisées (Lieux d'Accueil Parents/Enfants etc.), et 11 concernant les femmes enceintes (24 en 2010).

Les thèmes abordés : l'hygiène bucco-dentaire, la prévention des accidents domestiques, le sommeil, le petit-déjeuner, l'alimentation.

Les centres de loisirs sans hébergement (CLSH)

Pour le fonctionnement des CLSH, les textes parus en 2002 demandent l'avis du médecin responsable du service de PMI pour le fonctionnement. Il doit aussi en assurer la surveillance.

3. L'accueil des jeunes enfants

Les «permanences modes d'accueil»

Elles sont assurées par les puéricultrices de PMI qui y accueillent les parents souhaitant des renseignements sur les modes d'accueil.

Les assistantes maternelles

Le service de PMI est chargé :

- d'organiser des réunions d'informations sur le métier (1177 personnes invitées au cours de 47 réunions, 919 personnes informées)
- de recevoir les demandes d'agrément (200), de les instruire et d'effectuer l'évaluation des candidates. Il a ainsi contribué à la création de 272 places supplémentaires (212 en 2010) auxquelles s'ajoutent celles créées par le biais des extensions (166) par les PMI de secteur.
- de leur assurer 120 heures de formation initiale obligatoire ainsi que 10 heures d'initiation aux gestes de secourisme et 9 heures d'initiation aux spécificités de l'organisation de l'accueil collectif. Le coût global de la formation en 2011 s'élève à 90 323 euros.
- d'effectuer leur suivi : 621 (404 en 2010) visites d'évaluation réalisées à domicile par les 28 infirmières puéricultrices.

Au 31 décembre 2011 :
1309 (1244 en 2010) assistantes maternelles agréées
offrant 3209 (3244 en 2010) places d'accueil.
Cependant, environ 689 (21 %) de ces places restent
inoccupées.

Les assistants familiaux

L'instruction des dossiers est assurée par deux rédacteurs, deux adjoints administratifs, six travailleurs sociaux, quatre psychologues et un médecin. Les assistants familiaux peuvent être employés par les particuliers, les hôpitaux ou le Département.

L'agrément et les aides aux établissements d'accueil du jeune enfant

Le service de PMI :

- accueille les personnes ayant un projet de structure d'accueil
- accompagne les porteurs de projets de création de structure
- apporte une aide technique aux professionnels de la Petite Enfance
- étudie les projets et assure le suivi du dossier sur le terrain
- prépare les agréments
- effectue le suivi des structures

Le suivi est assuré par le médecin responsable du service et par délégation du médecin responsable, par les médecins ou aux puéricultrices de secteur qui effectuent au minimum une visite annuelle

4. Les établissements d'accueil du jeune enfant

L'essor démographique de la Réunion nécessite de multiplier les structures d'accueil de la petite enfance, sachant de nombreuses mamans exercent une activité professionnelle.

Durant l'année 2011, 438 places ont été créées, 84 places ont été supprimées. Cela représente un accroissement de la capacité d'accueil de 354 places pour l'ensemble de l'île.

- 4 structures ont retrouvé leur agrément, après amélioration de la qualité d'accueil (+104 places)
- 10 structures expérimentales sont devenues des micro crèches de droit commun (+10 places)
- 1 structure a fermé pour raisons économiques (-9 places)
- 3 structures ont vu leur capacité réduite pour restructuration (-75 places)

Le nombre de structures est en nette augmentation :

La capacité d'accueil est de 4 285 places; ces structures sont gérées dans près de 50 % des cas par des associations loi 1901 ; 25 nouvelles structures ont été agréées en 2011 correspondant à 324 places supplémentaires soit :

- 166 structures agréées (+28) :
 - 22 micros crèches (+219 places)
 - 3 structures multi accueil (+105 places)
- 198 agréments (arrêtés et avis) (+51) signés par l'exécutif du Département, transmis au contrôle de légalité, après visite des médecins de PMI de secteur et avis du médecin responsable du service départemental de PMI (94 agréments en 2007, 108 en 2008 d'où un doublement de l'activité en trois ans)

5. Les aides financières du Département

Indemnités journalières (2011)

3 900 000 € versés à 132 établissements au titre des indemnités journalières accordées aux parents dont le quotient familial de la CAF n'excède pas 750 €.

Subventions de fonctionnement (2011)

Structures à gestion privée : 166 780 €

Structures à gestion publique : 91 140 €

Subventions d'équipement (2011)

Structures à gestion privée : 193 800 €

Structures à gestion publique : 36 070 €

6. La cellule Certificats de Santé

Cette cellule assure une des missions obligatoires du service départemental de PMI indiquée dans le code de la Santé Publique. Elle reçoit tous les ans environ 14 000 avis de naissance et autant de certificats de santé du 8^{ème} jour (en 2011, 14 255 avis de naissance et 13 879 CS8). Elle reçoit aussi d'autres certificats de santé tels que ceux du 9^{ème} mois (5 000 /an), du 24^{ème} mois (4 000/an) et des avis de décès des enfants (une centaine/an).

3.2 Les missions des services sociaux territorialisés et de la Direction Famille Enfance

L'action des services sociaux déconcentrés

Les services sociaux déconcentrés sont composés de 338 travailleurs sociaux, dont 143 éducateurs et 195 assistants sociaux. Au sein des 16 Groupements d'Unités Territoriales (GUT) des 4 arrondissements, l'ensemble des travailleurs sociaux est réparti entre les services de polyvalence (174 d'entre eux) et l'enfance-famille (164 d'entre eux). Un projet de modernisation territoriale est expérimenté en 2013.

L'assistant de service social polyvalent a pour objectif l'autonomie des familles et des groupes, en leur permettant de disposer de moyens pour être acteurs de leur développement, de renforcer les liens sociaux et les solidarités dans leurs lieux de vie.

Il élabore un diagnostic social et un plan d'intervention conclu avec la participation des intéressés pour :

- améliorer leurs conditions de vie sur le plan social, sanitaire, familial, économique, culturel et professionnel ;
- développer leurs propres capacités à maintenir ou restaurer leur autonomie et faciliter leur place dans la société ;
- mener avec eux toute action susceptible de prévenir ou de surmonter leurs difficultés.

Les travailleurs sociaux polyvalents agissent dans plusieurs domaines : logement, protection de l'enfance, santé, lutte contre les exclusions et insertion sociale.

Leurs principales missions: accueil, prévention et protection de l'enfance, formation des étudiants en travail social, participation à la mise en œuvre et à l'impulsion des politiques sociales.

Il contribue aux actions de prévention, d'expertise ainsi qu'à la lutte contre les exclusions et au développement social.

L'action de la Direction Famille Enfance (DFE)

La DFE assure le pilotage départemental dans le domaine de la protection de l'enfance et de la famille.

1. Une mission obligatoire de prévention

- Le recueil des informations préoccupantes relatives à l'enfance en risque de danger et en danger
- La mise en place de mesures éducatives en direction des enfants et des familles confrontées à des difficultés
- L'aide à domicile pour les familles fragilisées
- Les actions d'accompagnement à la fonction parentale

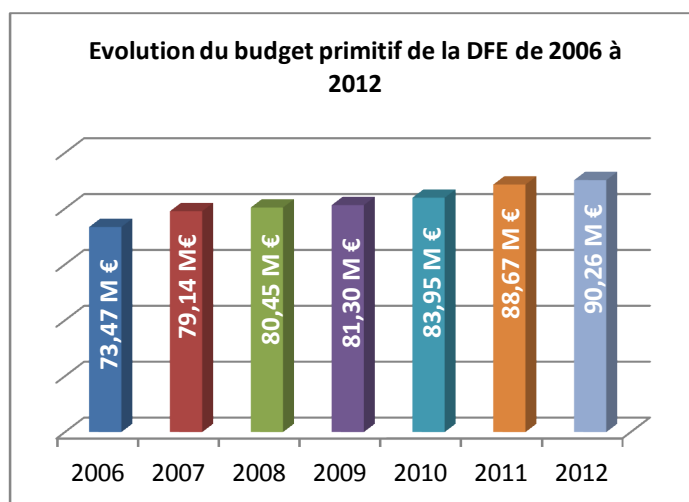
2. Une mission obligatoire de protection

- L'accueil, hébergement et prise en charge des enfants qui sont confiés au Conseil général :
 - ✓ chez les assistants familiaux
 - ✓ dans les foyers départementaux de l'enfance
 - ✓ dans les établissements sociaux (maisons d'enfants à caractère social et relais familiaux)
- L'administrateur ad hoc
- L'adoption

3. Des missions facultatives

- La participation aux dispositifs d'hébergement d'urgence et temporaire
- Le cofinancement des actions d'accompagnement des victimes de violences intrafamiliales
- La participation aux dispositifs d'aide alimentaire

Le budget de la Direction Famille Enfance a augmenté de plus de 16 millions d'euros entre 2006 et 2012, passant de 73 470 000 € à 90 260 000 €.



Cette évolution s'explique par :

- une politique de recrutement d'assistants familiaux ;
- la revalorisation annuelle automatique du salaire des assistants familiaux liée à l'augmentation du Smic ;
- la revalorisation ponctuelle de certaines indemnités pour les enfants et les assistants familiaux (entretien, allocation habillement, argent de poche) ;
- la mise en place en 2011 d'une politique incitative de départ à la retraite pour 41 assistants familiaux de plus de 65 ans ;
- la création de structures d'accueil en établissement.

1. Une mission obligatoire de prévention

Le recueil des informations préoccupantes relatives à l'enfance en risque de danger et en danger

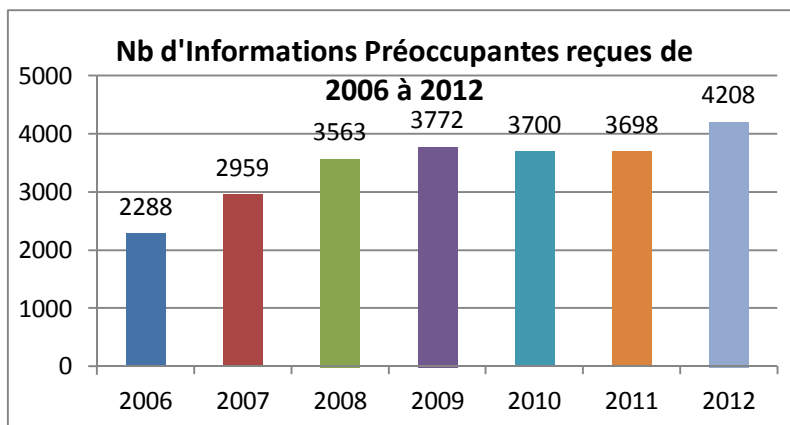
En 2009, le Département a mis en place la cellule de recueil des informations préoccupantes : la CRIP 974.

Les informations préoccupantes sont transmises aux services sociaux déconcentrés pour une évaluation pluridisciplinaire avec un retour à la CRIP 974 dans un délai maximum de trois mois.

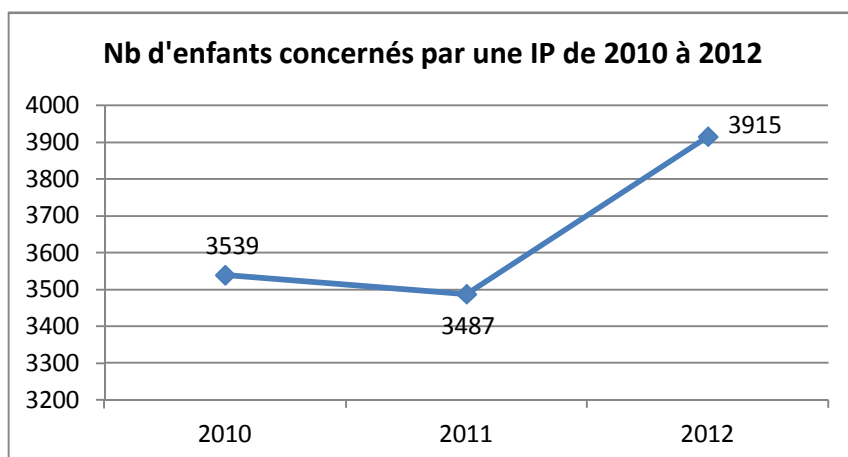
Loi du 5 mars 2007
le Président du
Conseil général
pilote le dispositif de
recueil des
informations
préoccupantes
relatives aux enfants
en danger

Après une relative stabilisation du nombre d'informations préoccupantes de 2008 à 2011, on note une augmentation sensible de 14 % des IP en 2012.

Plusieurs informations préoccupantes peuvent concerner un même enfant ; ainsi, le nombre d'enfants est sensiblement inférieur au nombre d'IP reçues. Corrélativement au diagramme précédent, l'année 2012 marque une augmentation importante du nombre d'enfants concernés par une information préoccupante (3915 enfants).



Le nombre d'enfants en danger se stabilise autour de 20 % entre 2009 et 2011, puis s'élève à 34 % en 2012. Cette tendance démontre la nécessité de renforcer le travail de prévention, la détection du risque et la coordination en matière d'enfance en danger.



Un quart des IP concerne des jeunes enfants, mais la tranche des 11-15 ans est la plus importante (32 %). En 2012, la part des 0-6 ans augmente de 5 % alors que celle des 7-10 ans diminue d'autant. La classe d'âge 11-15 ans connaît une hausse encore plus sensible de 7 % de 2011 à 2012 alors que les 16 ans et plus diminuent de 8 %.

L'ONED définit l'enfance en danger selon deux catégories :

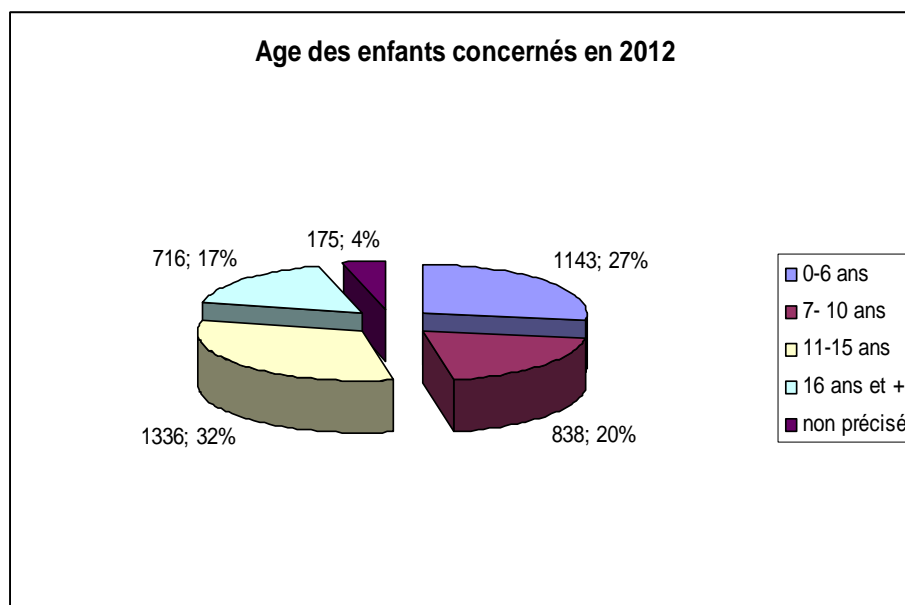
Enfant en risque :

"Celui qui connaît des conditions d'existence qui risquent de compromettre sa santé, sa sécurité, sa moralité, son éducation ou son entretien, mais qui n'est pas pour autant maltraité".

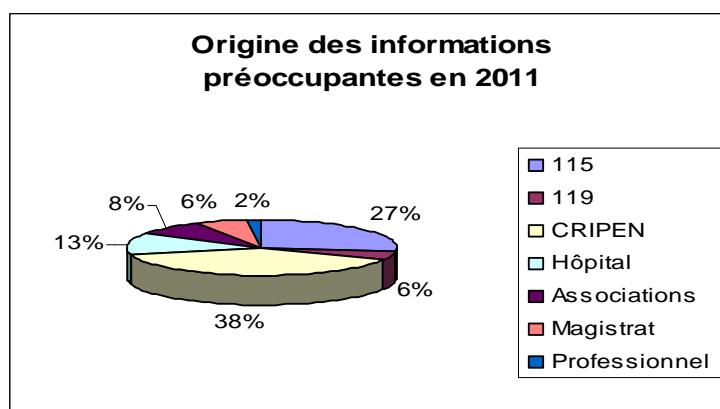
Enfant en danger :

"Enfant victime de violences physiques, d'abus sexuels, de violences psychologiques, de négligences lourdes ayant des conséquences grave sur son développement physique et psychologique"

Autant de filles que de garçons sont potentiellement en risque de danger ou en danger.

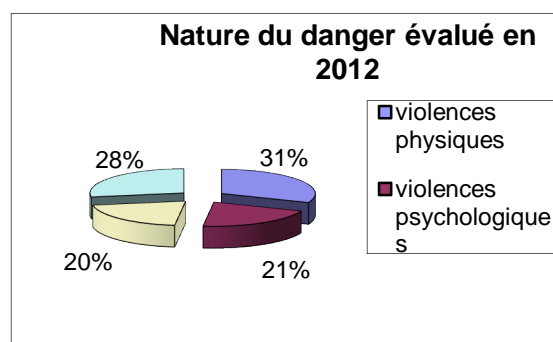


Comme à l'échelle nationale, l'Education nationale est chaque année le plus gros pourvoyeur d'IP.



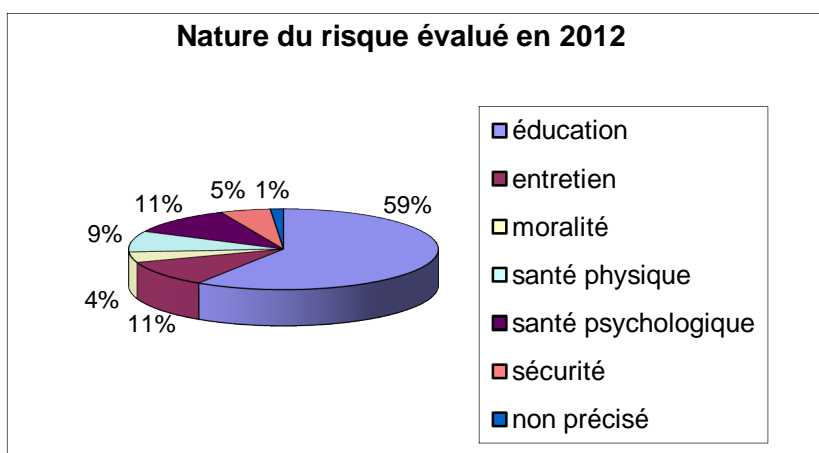
Depuis 2009, les arrondissements Ouest et Sud recueillent plus de 60 % des informations préoccupantes, l'arrondissement Est étant celui qui en recueille le moins. Cette proportion plus importante d'IP sur le sud et l'ouest s'explique par la concentration démographique importante de ces deux microrégions.

Les enfants en danger sont majoritairement victimes de violences physiques (31% en 2012 contre 32% en 2011) et de violences sexuelles (28% contre 25 % en 2011). Les violences psychologiques représentent 21% des cas en 2012, contre 18 % en 2011, et 20% des situations concernent des cas de négligences lourdes (25 % en 2011).



Les auteurs de la mise en danger sont très majoritairement les parents (55 %), puis l'entourage familial (16%).

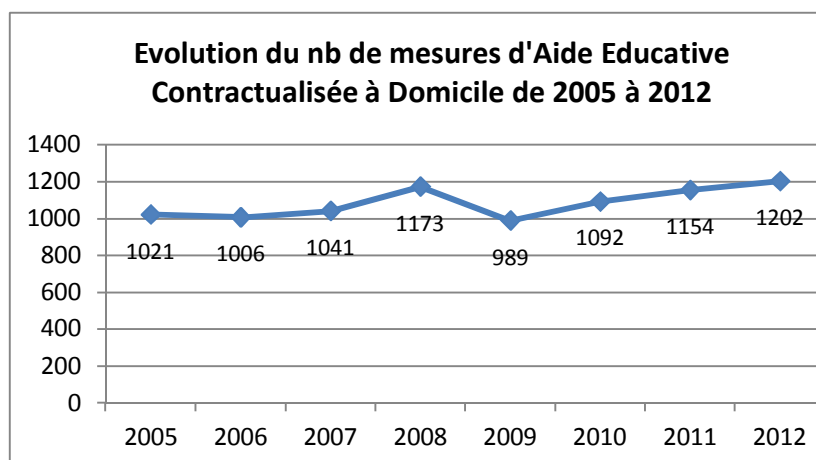
Pour les enfants en risque de danger, les carences éducatives comme nature du risque continuent de prédominer largement (59 % en 2012 contre 61 % en 2011) par rapport aux facteurs « entretien » (11% en 2012 contre 8% en 2011), « santé psychologique » (11% en 2012 contre 13% en 2011) ou encore santé physique (9% en 2012 contre 7% en 2011). Les situations de conflit de couple, voire de violences conjugales, sont la deuxième cause (après les carences éducatives des parents) identifiée dans les problématiques familiales, impactant ensuite les enfants.



La mise en place de mesures éducatives en direction des enfants et des familles confrontées à des difficultés

Les mesures éducatives au domicile familial peuvent être administratives ou judiciaires. Le Département est garant de l'articulation et de la coordination entre les acteurs de la Justice, la Protection Judiciaire de la Jeunesse, et les associations dans l'exercice de ces mesures.

Les mesures administratives sont assurées par les services sociaux déconcentrés. La mesure éducative contractualisée à domicile (AECD) est prise en accord avec le parent et le travailleur social qui assure le suivi de l'enfant à domicile, sur la base d'un projet individualisé. Un référentiel a été créé et validé le 8 avril 2009. Ces mesures sont en augmentation globale sur la période 2005-2012 (+ 181 mesures), avec un « pic » en 2008.



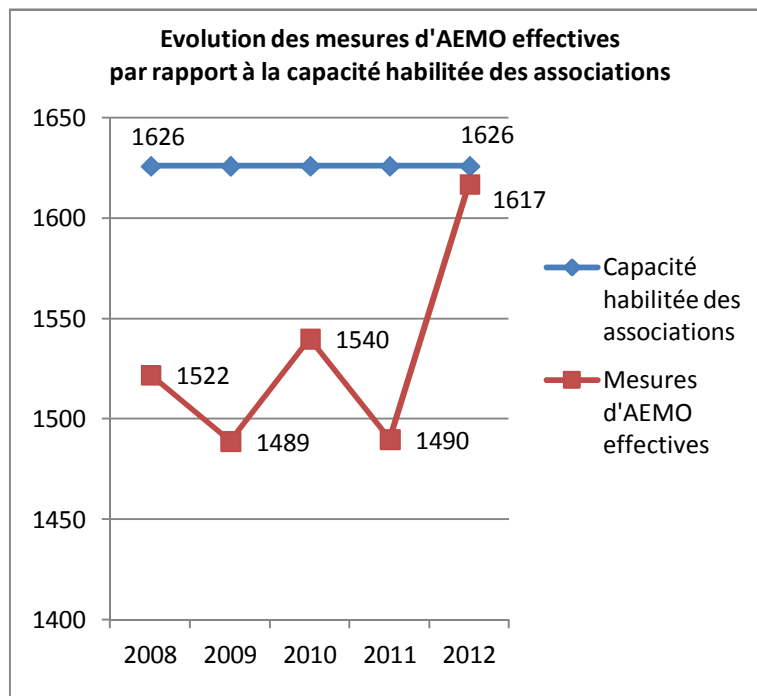
La loi du 5 mars 2007 consacre le principe de priorité à l'action administrative et de subsidiarité de l'intervention judiciaire

Le Président du Conseil général doit saisir l'autorité judiciaire si, et seulement si le service départemental: n'a pu remédier au danger par la mise en œuvre d'un accompagnement préventif ou d'une mesure administrative ; est dans l'impossibilité d'évaluer la situation; est confronté au refus des parents de coopérer.

Les mesures d'Assistance Educative en Milieu Ouvert (AEMO) sont assurées par deux associations habilitées, sur décision du juge des enfants, lorsque le parent refuse la collaboration avec les services sociaux et lorsque l'enfant est en danger. Le responsable de GUT peut alors saisir le Juge qui imposera aux parents une mesure d'accompagnement. Il s'agit de favoriser le maintien à domicile des jeunes en accompagnant la famille, en développant les actions de prévention dans le milieu naturel de vie, et en apportant un soutien à la fonction parentale.

Un protocole relatif aux modalités de collaboration entre les associations habilitées, le Département et la DTPJJ pour la prise en charge des mesures d'AEMO, a été validé le 6 mai 2009.

La capacité habilitée des associations gestionnaires des mesures d'AEMO est de 1626 mesures depuis 2008. L'année 2012 est marquée par une augmentation de près de 24 % des mesures effectives (de 1490 en 2011 à 1617 mesures en 2012). Pour faire face à la saturation de la capacité des associations et mener à bien sa mission de coordination, le Département prévoit de créer une mission d'AEMO intervenant en complément des deux associations.



Le budget consacré aux mesures d'AEMO est en augmentation constante : il est passé de 3 158 377 € (2006) à 5 137 648 € (2012).

L'aide à domicile pour les familles fragilisées

Les prestations

Le Département propose aux familles en difficulté une intervention sociale de proximité. Cette aide individuelle peut être dispensée par des techniciens d'intervention sociale (TISF), des conseillers en économie sociale et familiale (CESF) et des aides ménagères.

De 2004 à 2009, le Département a financé l'intervention de TISF (2 744 000 € de 2004 à 2005, puis 2 168 000 € par an jusqu'en 2009). Les prestations d'aide à domicile sont à nouveau en place depuis le mois d'août 2012.

L'objectif :
Favoriser l'autonomie des personnes, leur intégration, restaurer et créer du lien social par une intervention sociale préventive et éducative.

Les modalités :
Soutien éducatif, aide quotidienne à domicile, aide relationnelle, démarches administratives, gestion du budget familial, tâches ménagères.

Les aides financières

Deux types d'aides sont accordés par le Département, après évaluation par les services sociaux déconcentrés :

- Le secours d'urgence : 719 398.23 € pour 2955 ménages en 2012
- L'allocation mensuelle : 505 264.63 € pour 801 ménages en 2012

Le sud bénéficie à lui seul plus de plus de la moitié de ces deux enveloppes.

Les actions d'accompagnement à la fonction parentale

Le Département cofinance une dizaine d'associations pour la mise en place d'actions d'accompagnement à la fonction parentale, en complément des actions menées par les services sociaux territorialisés.

L'objectif :
Favoriser l'implication des parents dans l'éducation de leurs enfants, valoriser le parent dans son rôle éducatif, assurer un suivi individualisé des familles, intervenir auprès des

Sont mises en place des actions d'animation pour les enfants, des actions d'éducation à la vie et à la citoyenneté. Des activités pédagogiques avec la participation des parents, des groupes de parole et de soutien et des conférences débat sont organisés.

Par ailleurs, la collectivité accompagne les familles mafataises ayant un enfant collégien scolarisé sur le littoral. En 2012, 42 familles ont été bénéficiaires d'une aide financière départementale.

2. Une mission obligatoire de protection

Sont pris en charge par le Département dans le cadre d'une mesure de protection au titre de l'Aide Sociale à l'Enfance :

- les mineurs qui ne peuvent demeurer provisoirement dans leur milieu de vie habituel et dont la situation nécessite une prise en charge permanente ou à temps partiel (accueil familial et accueil en établissement).
- les jeunes femmes enceintes et les mères isolées avec enfants de moins de trois ans et qui ont besoin d'un soutien psychologique et matériel.

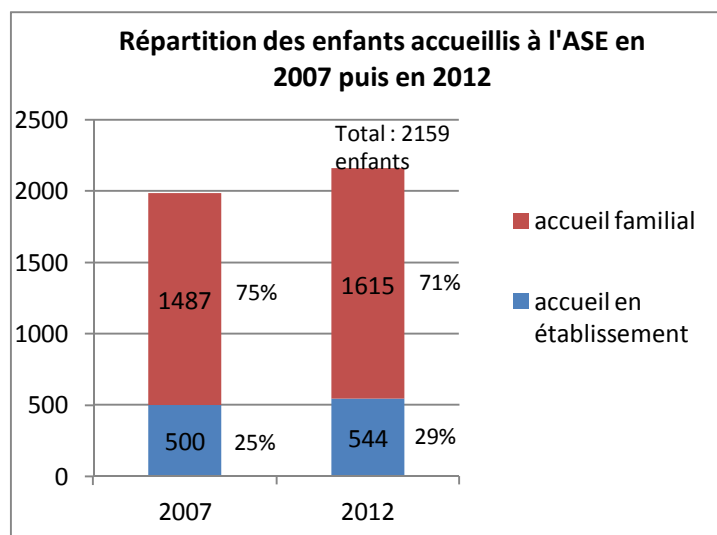
L'objectif du placement:
- Offrir à l'enfant un cadre structurant et contenant ;
Travailler sur les raisons à l'origine du placement auprès de l'enfant et de sa famille ;
- Permettre de maintenir, de restaurer, ou de renforcer les liens parents/enfants et enfants/réseau de parenté.

Le placement constitue un moyen et un outil pour protéger l'enfant lorsque les conditions de vie de ses parents mettent en danger sa santé, sa moralité, sa sécurité ou son éducation lorsque le maintien à domicile ne peut être envisagé. Pendant la durée du placement, le service est chargé de préserver l'enfant du danger, d'aider et de soutenir ses parents afin de leur permettre d'exercer leur fonction parentale.

L'accueil, l'hébergement et la prise en charge des enfants

En 2012, 2159 enfants sont accueillis, dont 1615 par 810 assistants familiaux et 544 placés en établissement.

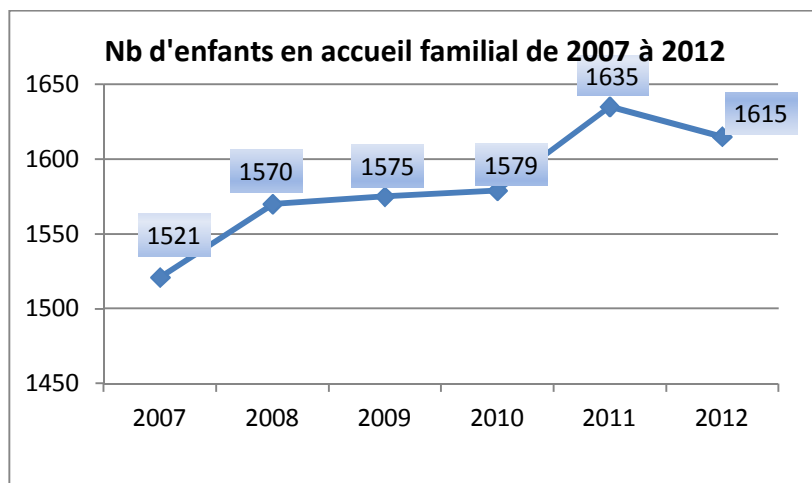
On dénombre de 2007 à 2012, 167 enfants supplémentaires pris en charge à l'aide sociale à l'enfance, soit une augmentation de 7 % dont une large majorité (123) est orientée en accueil familial.



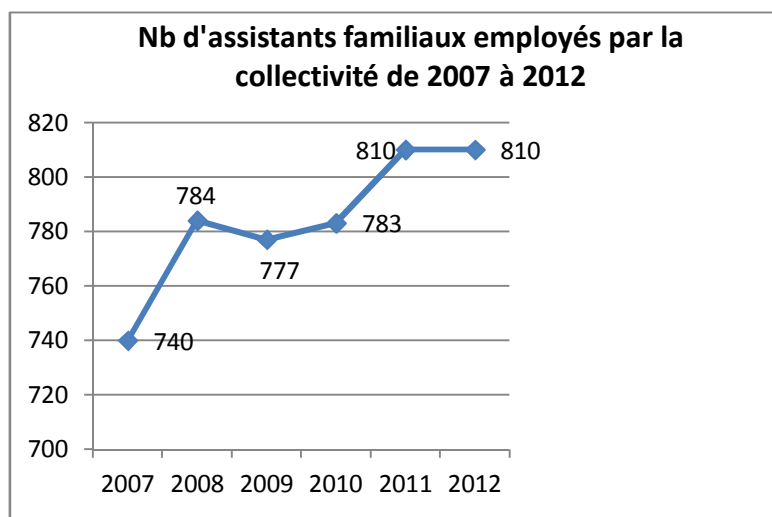
- L'accueil chez les Assistants Familiaux

1728 places d'accueil sont agréées en 2012. Le Département emploie près de 800 assistants familiaux en 2012, contre 740 en 2007, et recrute 105 nouveaux

assistants familiaux en 2013. Ce mode d'accueil représente 71 % des enfants accueillis.



Sur la période 2007–2012, 200 recrutements d'assistants familiaux ont permis de compenser les nombreux départs à la retraite. Ainsi, on dénombre 70 postes supplémentaires par rapport au nombre de postes existants en 2007, soit une augmentation de 9% du nombre d'assistants familiaux.



Conformément à la loi de 2005, le dispositif d'accueil familial s'est professionnalisé :

- création d'une équipe de neuf référents professionnels ;
- formation diplômée d'Etat mise en place pour plus de 200 assistants familiaux diplômés.

La majorité des enfants accueillis en famille a entre 7 et 17 ans. On dénombre 339 enfants de 7 à 10 ans, 307 de 11 à 13 ans, et 465 de 14 à 17 ans. 137 jeunes majeurs âgés de 18 à 21 ans sont pris en charge en 2012.

*Répartition des enfants et des assistants familiaux
par tranche d'âge et par arrondissement (2012)*

ARR.	0-3 ans	4-6ans	7- 10 ans	11- 13 ans	14-17 ans	18-21 ans	TOTAL
NORD	35	37	73	69	76	24	314
EST	32	41	64	70	110	35	352
OUEST	29	43	85	66	114	42	379
SUD	60	82	117	102	165	36	562
TOTAL	156	203	339	307	465	137	1607*

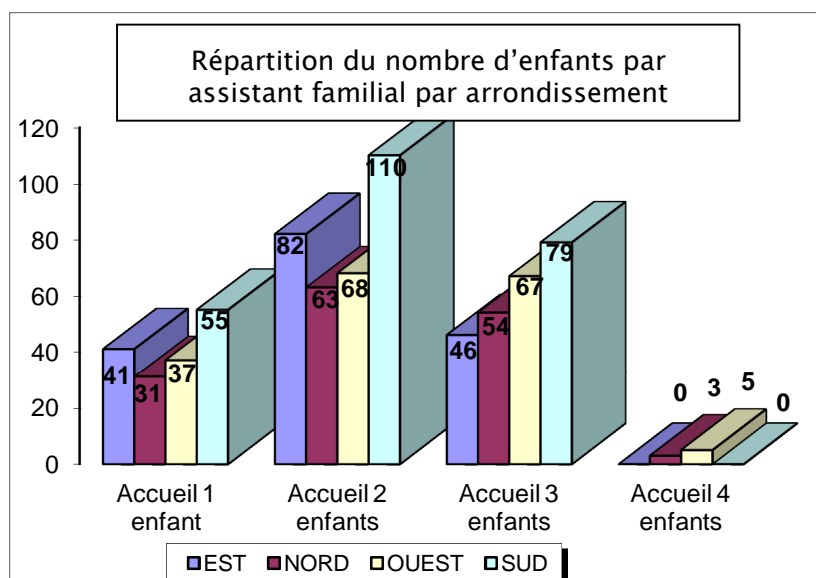
**hors pupilles de l'Etat*

Pour 215 enfants, la prise en charge est particulièrement complexe (situation de handicap, problématiques complexes sanitaires et sociales...)

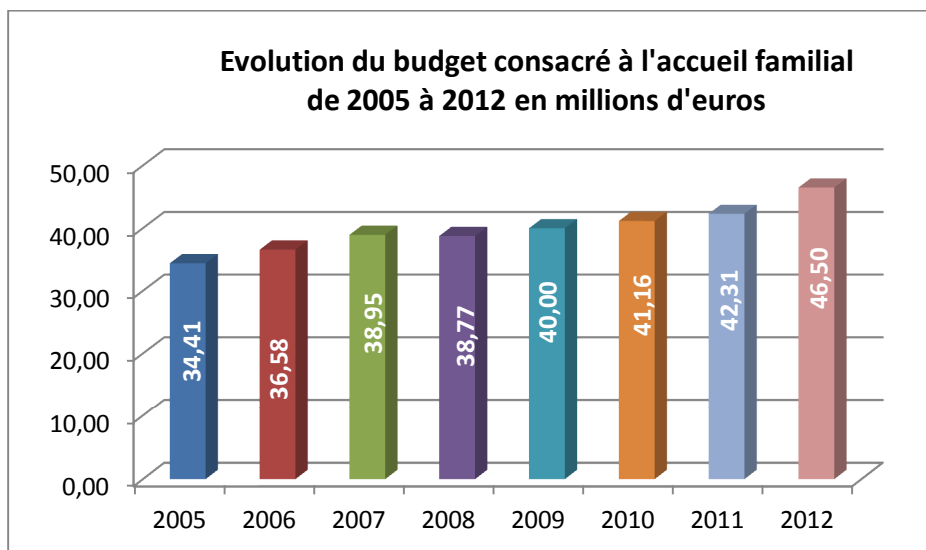
Les enfants sont plus nombreux à être accueillis dans le sud : on en recense 562, contre 379 dans l'Ouest, 352 dans l'Est et 314 dans le Nord (2012).

La répartition des assistants familiaux est inégale sur le territoire. Les bassins géographiques du Sud et de l'Est, notamment les zones rurales, restent les secteurs concentrant une majorité d'assistants familiaux agréés. Une campagne de recrutement a été lancée en 2010 afin de rééquilibrer l'offre d'accueil sur le territoire.

Plus de la moitié des assistants familiaux accueille deux enfants.



L'ensemble de ces améliorations s'accompagne d'une montée en charge de l'enveloppe budgétaire dédiée au dispositif.



- L'accueil, l'hébergement et la prise en charge des enfants en établissement (Maisons d'Enfants à Caractère Social et Relais familiaux)

L'accueil des mineurs confiés à l'aide sociale à l'enfance est assuré dans les Foyers départementaux de l'enfance, les Maisons d'Enfants à Caractère Social, les Relais Familiaux et à la Pouponnière pour les enfants de moins de cinq ans. Le Département a habilité neuf associations pour accueillir des enfants confiés à l'aide sociale à l'enfance, mais également des mères mineures et majeures enceintes ou avec enfants.

La capacité globale habilitée est de 638 places ouvertes pour 713 places au 1^{er} juin 2013.

- Dans les deux foyers départementaux de l'enfance : 123 places ouvertes pour 189 places autorisées
- Dans les six MECS et la Pouponnière : 415 places ouvertes pour 424 places autorisées
- Dans les cinq Relais Familiaux : 100 places ouvertes pour 100 places autorisées

Etat des lieux des places en établissement au 1^{er} juin 2013

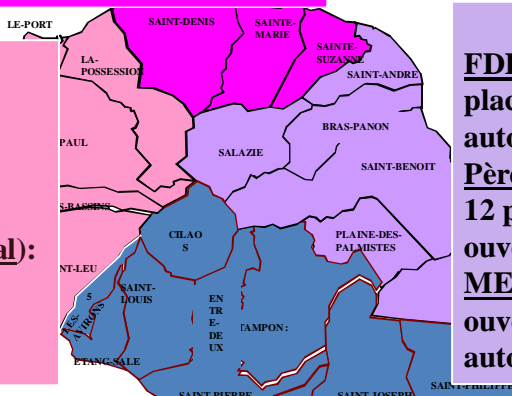
NORD

Pouponnière : 30
AMARE (relais familial) : 32 places
 ouvertes et autorisées
Rose des Bois (relais fam.) : 25 places
 ouvertes et autorisées

Etablissements sociaux
*Localisation en fonction du
 siège des associations*
Etat des lieux / juin 2013

OUEST

MECS Les Filaos : 48
 ouvertes et autorisées
GIED Nord : 64 places
 ouvertes et autorisées
Père Favron (relais familial) :
 15 places ouvertes et
 autorisées
Maison des Familles



EST

FDE Nord Est (6 unités) : 79
 places ouvertes pour 93 places
 autorisées
Père Favron (relais familial) :
 12 places autorisées et
 ouvertes
MECS La Trinité : 71 places
 ouvertes pour 71 places
 autorisées

SUD

FDE Terre Rouge (4 structures) : 44 places ouvertes pour 96 places
 autorisées
GIED Sud : 75 places ouvertes pour 82 places autorisées
MECS Marie Poittevin : 77 places ouvertes et autorisées
Foyer 150 : 50 places ouvertes pour 52 places autorisées
SOS Détresse (relais familial) : 16 places ouvertes et autorisées

2

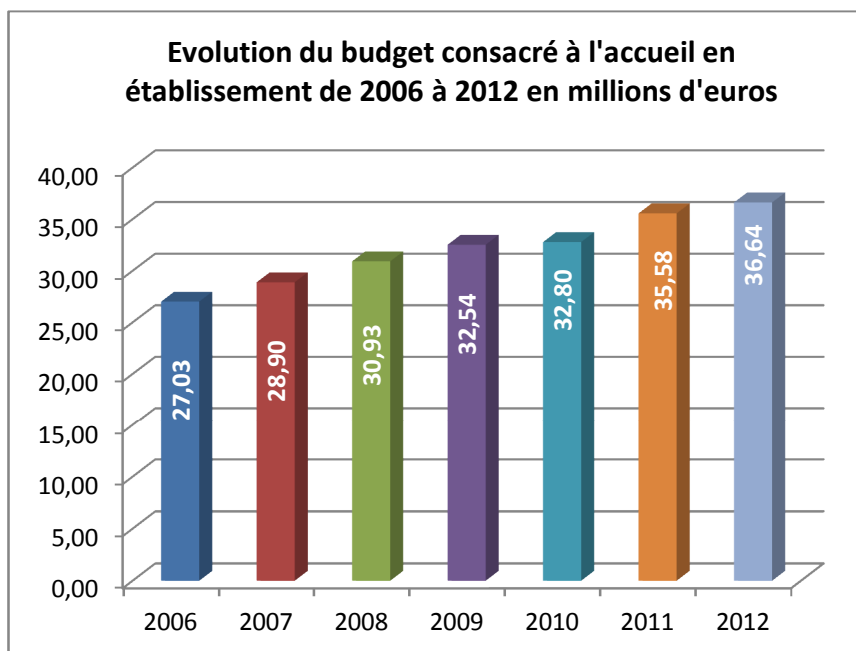
Capacité d'accueil et nombre d'enfants accueillis en 2012 dans Les Maisons d'Enfants à Caractère Social

Etablissement	Nombres d'enfants Accueillis	Accueil de jour	Internat
GIED SUD	108	58	50
GIED NORD	108	26	82
LA TRINITE	201	16	194
LES FILAOS	54	29	25
FOYER 150	547	252	295
PERE FAVRON	115	0	115
POUPONNIERE	44	0	44
TOTAL	1177	381	805

Capacité d'accueil et nombre de personnes accueillies en 2012 Dans les relais familiaux

ETABLISSEMENT	PUBLIC	CAPACITE HABILITEE	Nombre d'enfants Accueillis
AMARE	Jeunes mères mineures et majeures enceintes ou avec enfants de - 3 ans	32	45
ROSE DES BOIS	Jeunes mères majeures enceintes ou enfants de - 3 ans	25	45
PERE FAVRON DE SAINT PAUL		15	31
PERE FAVRON SAINT BENOIT		12	33
SOS DETRESSE		16	36
TOTAL		100	190

Le budget consacré à l'accueil en établissement est passé de 27 millions à près de 37 millions d'euros entre 2006 et 2012.



L'administrateur ad hoc

Le Conseil général est désigné administrateur ad hoc, que l'enfant soit placé ou non. Il est le représentant provisoire du mineur. Il est chargé d'assurer l'accompagnement éducatif et psychologique du mineur depuis le dépôt de plainte jusqu'au recouvrement des dommages et intérêts. La collectivité a passé une convention avec l'association ARAJUFA pour constituer le dossier d'aide juridictionnelle en vue de la désignation de l'avocat chargé d'assurer la défense des intérêts du mineur.

La loi n° 98-468 du 17 juin 1998 relative à la prévention et à la répression des infractions de nature sexuelle et la protection des mineurs a élargi les conditions d'intervention de l'administrateur ad hoc afin d'assurer une meilleure prise en compte des intérêts des mineurs victimes.

Entre 2009 et 2012, on recense 62 désignations du Département comme administrateur ad hoc pour représenter le mineur au cours de la procédure

Année de désignation	2009	2010	2011	2012	Total
Nombre	16	17	14	15	62

judiciaire en tant que partie civile. Un agent est affecté à temps complet sur cette mission depuis 2010.

L'adoption

L'agrément des familles

Le Département est compétent pour l'agrément des familles qui souhaitent adopter un enfant. En France, la démarche d'adoption comprend deux étapes : administrative puis judiciaire. L'étape administrative correspond à la procédure d'agrément, préalable indispensable à la réalisation du projet d'adoption. Toute personne qui souhaite adopter un enfant pupille de l'Etat ou un enfant étranger doit être titulaire de cet agrément.

Le Service de l'Aide Sociale à l'Enfance- mission adoption, est chargé des investigations en vue de

– Articles L 225-1 à 225-8 du CASF relatifs à l'agrément et à l'adoption.
– La loi 96-604 du 5 juillet 1996 stipule dans son article 348-4 : « Le choix de l'adoptant est laissé au tuteur avec l'accord du Conseil de Famille des pupilles de l'Etat ou du conseil de Famille ».

son obtention. Une fois les investigations menées, une commission d'agrément émet un avis sur les demandes avant décision du Président du Conseil général. L'agrément est accordé pour une durée de cinq ans.

L'obtention de l'agrément permet de postuler pour adopter un enfant pupille de l'Etat en France et/ou de s'orienter vers l'adoption internationale. Ces familles agréées sont proposées par le service de l'ASE au Tuteur et au Conseil de famille, qui consentent à l'adoption et choisissent la famille qui accueillera l'enfant.

Les pupilles

Depuis une dizaine d'années, le Département assiste à une baisse significative du nombre d'admissions de pupilles de l'Etat alors que le nombre d'agréments reste important. Ainsi, sur les 55 pupilles de l'Etat confiés à l'Aide Sociale à l'Enfance, seuls 13 ont pu bénéficier d'un projet d'adoption en 2011, alors que plus de 220 familles agréées en vue d'adoption attendent l'arrivée d'un enfant.

Les motifs :

- l'adoption ne peut être envisagée pour les autres enfants en raison de leur état de santé physique et psychologique dégradé, de leur handicap, de leur âge, des liens institués avec les fratries et/ou avec leur famille ;
- les candidats détenteurs d'un agrément à la Réunion se positionnent pour l'adoption d'enfants âgés de 2 mois à 5 ans, de préférence sans particularités. Or, les enfants pupilles sont plus âgés et présentent des particularités.

Compte tenu de la situation locale, beaucoup de candidats font le choix d'une démarche à l'étranger. Certains d'entre eux souhaiteraient adopter des enfants d'origine indienne, chinoise...compte tenu de leur propre culture, mais ne peuvent s'engager dans cette démarche faute d'organisme agréé pour l'adoption dans le Département.

En 2012 on recense :

- 120 nouvelles demandes d'agrément pour instruction ;
- 173 dossiers agréés en instance d'adoption ;
- 5 placements en vue d'adoption nationale ;
- 6 adoptions à l'étranger (Maurice essentiellement);
- 4 placements d'enfants étrangers ;
- 29 demandes de recherches des origines.

3. Des missions facultatives

Le Plan de lutte contre les violences intrafamiliales

De 2004 à 2011, le Département a assuré une mission d'écoute, d'information, d'orientation et la mise à l'abri des enfants en danger, des femmes victimes de violences et des personnes en situation d'exclusion.

En 2007, l'Etat, le Conseil général et les Autorités Judiciaires ont signé une convention départementale précisant les engagements de chaque partenaire dans ce domaine, avec une volonté commune de coordonner les moyens pour une meilleure assistance et accompagnement.

En 2010, l'Etat, le Conseil général, la Police et la Gendarmerie ont signé une convention pour la mise à disposition de deux assistantes sociales dans deux gendarmeries de l'île.

En 2011, le Département se recentre sur son public prioritaire en assurant l'écoute et l'accompagnement des enfants en danger et des femmes victimes de violences intrafamiliales. Il a pour cela mis à la disposition de la population réunionnaise un numéro vert : le 0800 22 55 55.

Par ailleurs, le Département soutient à hauteur de plus d'un million d'euros par an, les associations assurant l'hébergement et l'accompagnement des personnes victimes de violences et en situation d'exclusion.

La participation aux dispositifs d'aide alimentaire

L'aide alimentaire repose sur deux dispositifs :

- La Banque Alimentaire des Mascareignes avec son réseau de distribution
- Des initiatives distinctes reposant sur les CCAS de certaines communes ou des associations qui interviennent dans la distribution de repas, de colis.

Les principaux acteurs locaux sont les associations caritatives qui fournissent colis et repas et les épiceries sociales qui proposent également un accompagnement social. Les

Les modalités d'attribution
Le travailleur social repère, lors de l'évaluation :
- les situations de ruptures alimentaires imminentes pour les aides directes (colis, repas) ou indirectes (bon/ticket alimentaire ou secours d'urgence)
- les situations de déséquilibre budgétaire pouvant être réglées à moyen terme

CCAS contribuent aussi à la distribution de tickets et bons alimentaires. Le Conseil général de manière indirecte délivre des aides financières à caractère alimentaire (les secours d'urgence).

Le Département finance depuis 2005 la Banque alimentaire des Mascareignes, des épiceries sociales et des boutiques de solidarités.

Le soutien financier accordé à la BAM a doublé entre 2011 et 2012, la collectivité souhaitant soutenir plus fortement le maillon central de stockage et de redistribution des denrées. En 2009, 25 000 bénéficiaires ont été aidés, représentant en moyenne une livraison de 400 colis par mois sur la base de critères de rupture de ressources, de difficultés de gestion budgétaire et de charges imprévisibles.

Les bénéficiaires vivent majoritairement dans le sud et l'ouest. Il s'agit plus particulièrement de familles monoparentales et de personnes seules.

Les épiceries sociales

L'épicerie sociale est un espace alimentaire et socio-éducatif mais aussi un lieu d'écoute et d'échange. Elle est aménagée en libre service où les usagers peuvent faire leurs achats.

Elle s'adresse à un public en difficultés, fragilisé ou exclu et a pour mission d'apporter une aide alimentaire en :

- fournissant des produits alimentaires de 1^{er} nécessité à 10 % du coût réel du marché (produits frais, huile, pâte...)
- offrant aux bénéficiaires un accompagnement social individuel et collectif par le biais d'un Conseiller en Economie Sociale et Familiale (CESF) en vue d'un retour à l'autonomie. Ce CESF apporte notamment une aide éducative budgétaire.

Les objectifs

Apurer les dettes de la famille et stabiliser sa situation budgétaire en dégageant la part de son budget destinée à l'alimentation

Développer la responsabilité du bénéficiaire de l'aide

Promouvoir l'autonomie et la dignité des personnes

Impliquer l'ensemble des partenaires sociaux pour apporter des réponses cohérentes.

Les boutiques de solidarité

Il s'agit d'accueillir des personnes en grande difficulté sociale, voire même en voie de marginalisation.

Les actions se déclinent en 3 volets :

- Un lieu : pour l'hygiène corporelle et vestimentaire, la distribution de petit déjeuner, d'écoute, l'information et l'accompagnement social et la vie en société.
- Une adresse : les personnes en situation d'exclusion ou en difficulté d'insertion par l'emploi ou l'insertion, bénéficient d'une domiciliation pour la réception de leur courrier et de rester en lien avec les administrations.
- Des ateliers : pour favoriser leur insertion et redécouvrir les savoirs et les savoirs faire.

4. LES MISSIONS DES PARTENAIRES DE LA PROTECTION DE L'ENFANCE ET DE LA FAMILLE

4.1 La Direction Territoriale de la Protection Judiciaire de la Jeunesse (DTPJJ)

Priorité à l'éducatif

Il appartient à la PJJ, service déconcentré de l'Etat, d'assurer la réinsertion dans la vie sociale des jeunes en danger et des jeunes délinquants qui ont fait l'objet d'une décision de justice. Cela se traduit par des prises en charge assurées directement par le secteur dit " public " de la Protection judiciaire de la Jeunesse et par le secteur dit " associatif habilité " (SAH) regroupant les associations mandatées, contrôlées et financées par la PJJ.

Quelle que soit la décision d'un magistrat de la jeunesse (juge des enfants ou parquet), la prise en charge des jeunes assurée par les services de la PJJ poursuit un but éducatif, servi par des équipes pluridisciplinaires (éducateurs, psychologues, infirmiers, assistants de service social, professeurs techniques, assistants techniques d'éducation) et leurs partenaires.

Les objectifs

Restaurer le lien social avec les jeunes, lutter contre la délinquance juvénile en perpétuelle évolution, protéger efficacement les mineurs en danger, suivre leur évolution pour mieux favoriser leur intégration.

Le cadre de son intervention

Dans le cadre de ses missions, la PJJ prend en charge trois catégories de jeunes : les mineurs en danger, les mineurs délinquants et les jeunes majeurs en difficulté d'insertion sociale.

L'ordonnance du 2 février 1945 relative à l'enfance délinquante affirme la priorité de la mesure éducative sur la sanction pénale et marque la reconnaissance d'un droit à l'éducation pour les mineurs délinquants.

Puis, l'ordonnance du 23 décembre 1958 relative à l'enfance en danger étend l'intervention du juge des enfants et de la PJJ auprès des mineurs dont la santé, la sécurité ou la moralité sont en danger ou dont les conditions d'éducation sont gravement compromises.

Un décret du 18 février 1975 est venu tempérer certains effets de la loi du 5 juillet 1974 ramenant l'âge de la majorité à 18 ans. Il permet à des jeunes de moins de 21 ans qui éprouvent des difficultés d'insertion sociale de solliciter eux-mêmes des mesures de protection judiciaire auprès du juge des enfants.

Les mesures décidées par le juge sont prises en charge par la Protection judiciaire de la Jeunesse ou le secteur associatif habilité et financées par l'Etat.

Les mineurs en danger

L'intervention judiciaire en matière d'enfance en danger

Les articles 375 à 375-8 du Code civil organisent l'intervention judiciaire en faveur des mineurs en danger. "Si la santé, la sécurité ou la moralité d'un mineur sont en danger ou si les conditions de son éducation sont gravement compromises, des mesures d'assistance éducative peuvent être ordonnées par justice..." (Art. 375 du Code civil).

Ils posent des principes clairs : le juge doit s'efforcer de privilégier le maintien du mineur dans sa famille et de recueillir l'adhésion de la famille à la mesure envisagée.

La procédure et les mesures de prise en charge

La procédure débute par une phase d'instruction au cours de laquelle le juge peut ordonner diverses mesures afin d'avoir une meilleure connaissance du mineur et de son milieu familial : enquête sociale, mesure d'investigation et d'orientation éducative, expertise.

Des mesures urgentes de protection peuvent aussi être décidées comme le placement provisoire du mineur.

Puis, deux types de prises en charge sont possibles :

– l'action éducative en milieu ouvert (AEMO) : elle consiste à apporter aide et conseil à la famille pour lui permettre de surmonter les difficultés éducatives et morales qu'elle rencontre. Elle présente un caractère impératif pour le mineur comme pour sa famille. Elle permet le plus souvent le maintien du mineur dans son milieu actuel, maintien que le juge des enfants peut par ailleurs subordonner à des obligations telles que celles de fréquenter un établissement sanitaire ou d'éducation ou d'exercer une activité professionnelle.

- le retrait du mineur de son milieu naturel : s'il s'avère nécessaire de retirer le mineur de son milieu actuel, le juge des enfants peut le confier :
 - à l'un des parents qui n'en avait pas la garde ;
 - à un autre membre de la famille ou à un tiers digne de confiance ;
 - à un service ou à un établissement sanitaire ou d'éducation, ordinaire ou spécialisé;
 - à un service départemental de l'aide sociale à l'enfance.

Le juge des enfants peut confier ces différentes mesures :

- soit à la direction de la Protection judiciaire de la Jeunesse (secteur public ou associatif habilité),
- soit au service d'Aide sociale à l'Enfance du Conseil général.

Les mineurs délinquants

Les principes de la justice pénale des mineurs

Tout mineur peut être poursuivi pour une infraction dès lors qu'il est reconnu capable de discernement. L'ordonnance du 2 février 1945 pose le principe de la responsabilité atténuée du mineur ayant commis une infraction. A ce titre, les juridictions pour enfants prononcent en priorité des mesures éducatives. Néanmoins, lorsque les circonstances et la personnalité du mineur l'exigent, une sanction éducative peut être prononcée à l'égard des mineurs âgés de 10 ans au moins et une peine à l'encontre des mineurs de plus de 13 ans.

Depuis 1945, diverses lois ont modifié le texte initial (cf. Loi d'orientation et de programmation pour la justice).

La procédure et les mesures judiciaires

Le parquet, s'il ne classe pas sans suite une procédure, peut directement décider de mesures alternatives aux poursuites, notamment pour les mineurs primo-délinquants, ne contestant pas les faits et ne présentant pas de difficultés personnelles, impliqués dans des affaires d'une gravité relative.

Dans ces cas, les mesures suivantes sont possibles :

- rappel à la loi par le procureur ou son délégué, ou avertissement délivré par un service de police ;
- orientation vers une structure sanitaire, sociale ou professionnelle ;
- injonction de soins ;
- régularisation d'une situation constitutive d'une infraction ;

– mesure de réparation (du dommage résultant des faits reprochés, réparation directe au bénéfice d'une victime, réparation indirecte au profit d'une collectivité)

Hors les cas d'intervention du parquet, l'instruction, obligatoire pour les mineurs, sera conduite :

– en cas de crime, par un juge d'instruction spécialisé ;
– en cas de délit, par le juge des enfants ou un juge d'instruction spécialisé saisi par décision du procureur de la République.

Les mineurs poursuivis pour un délit sont jugés par le juge des enfants, en cabinet, ou par le tribunal pour enfants. Le tribunal pour enfants est présidé par le juge des enfants, secondé par deux assesseurs non professionnels choisis pour l'intérêt qu'ils portent aux questions de l'enfance et de l'adolescence.

Les mineurs accusés de crime sont jugés par le tribunal pour enfants (s'ils avaient moins de 16 ans à la date des faits) ou par la cour d'assises des mineurs (pour les mineurs âgés de plus de 16 ans) dont les deux assesseurs sont alors des juges des enfants.

A l'égard des mineurs de 10 ans et plus, la juridiction peut décider d'une sanction éducative (confiscation de l'objet de l'infraction, stage de formation civique, mesure d'aide ou de réparation, interdiction de fréquenter certains lieux ou certaines personnes).

A l'égard des mineurs de plus de 13 ans, la juridiction peut décider de prononcer une sanction pénale : emprisonnement assorti ou non du sursis, amende, travail d'intérêt général (pour les mineurs âgés de plus de 16 ans).

Le suivi des mineurs condamnés

Le système judiciaire assure le suivi des décisions de justice et prépare la sortie des mineurs incarcérés. Dans le cadre pénal, le suivi des mesures éducatives et des sanctions pénales est principalement exercé par le secteur public de la Protection judiciaire de la Jeunesse qui dispose d'une variété de structures. Ces mesures sont financées par l'Etat.

Les structures du secteur associatif, lorsqu'elles sont habilitées sur le fondement de l'ordonnance du 2 février 1945, peuvent se voir confier des mesures de placement ainsi que l'exercice de mesures de réparation. Le financement en est alors assuré par l'Etat.

Très exceptionnellement, les services de l'Aide sociale à l'Enfance du Conseil général peuvent assurer et financer une mesure pénale lorsqu'un juge des enfants ou un tribunal pour enfants décide de leur confier un mineur de moins de 13 ans.

Des réponses adaptées

Pour répondre de façon appropriée aux besoins des deux juridictions de l'enfance, dotées chacune de Juges des Enfants et d'un Parquet spécialisé mineurs, le dispositif de la Protection Judiciaire de la Jeunesse est articulé sur deux secteurs, public et associatif.

Le Dispositif ó investigation et suivi en milieu ouvert et activités de jour et d'insertion

I ó Secteur public

Service territorial éducatif de milieu ouvert S.T.E.M.O. de Saint Denis
Directeur : Frédéric DURAND

- Unité éducatif de milieu ouvert (UEMO) de St Denis
- Unité éducatif de milieu ouvert (UEMO) de St Paul
- P.E.A.T et BEX au près du Tribunal de Grande Instance de Saint Denis
- Quartier mineurs ó Mission éducatif en maison d'arrêt (MEMA)
- 2 classes relais (La Possession et Le Port)

Service territorial éducatif de milieu ouvert et d'insertion S.T.E.M.O.I de Saint Pierre
Directeur : Bernard MINATCHY

- Unité éducatif de milieu ouvert (UEMO) de St Pierre
- P.E.A.T. et BEX au près Tribunal de Grande Instance de Saint Pierre
- Unité éducatif d'activité de jour (UEAJ) de St Pierre

II ó Secteur associatif habilité

Association réunionnais pour la protection et l'éducation de la jeunesse (ARPEJE)

Mesures éducatif en milieu ouvert (capacité : 796 mesures) ó Mesures Judiciaires d'Investigation Educative (capacité : 89 mesures)

Association réunionnais d'entraide aux libérés (AREL)

Mesures Judiciaires d'Investigation Educative (capacité : 102 mesures)
Réparations pénales (capacité : 102 mesures)

Association d'action sociale et sanitaire pour la prévention, l'insertion et la formation (AASSPIF)

Mesures éducatif en milieu ouvert (capacité : 830 mesures)

Le dispositif de placement judiciaire et d'insertion

I - Secteur public

Etablissement de placement éducatif et d'insertion (EPEI) de Saint Denis

- Unité éducative d'hébergement collectif (UEHC)
et mission éducative d'hébergement diversifié (MHED)

- Unité éducative d'activité de jour (UEAJ)

II - Secteur associatif habilité

Association réunionnaise pour la protection et l'éducation de la jeunesse (AEJR-ARPEJE)

Foyer 150

Association Aide et protection de l'enfance et de la jeunesse (AAPEJ)

- Groupement d'interventions éducatives diversifiées Félix POTIER

Nantier Didiée : 8 places pour des garçons mineurs de +16 ans

Lataniers : 11 places pour des garçons de 12 à 14 ans

SHI : 20 places pour des jeunes de 16 à 21 ans

- Groupement d'interventions éducatives diversifiées Fernand SANGLIER

Jacarandas : 8 places pour des garçons de 13 à 16 ans

Bassin plat : 10 garçons de 11 à 14 ans

SHI : 15 places pour des jeunes de 16 à 21 ans

- C.E.R. Plaine des Cafres

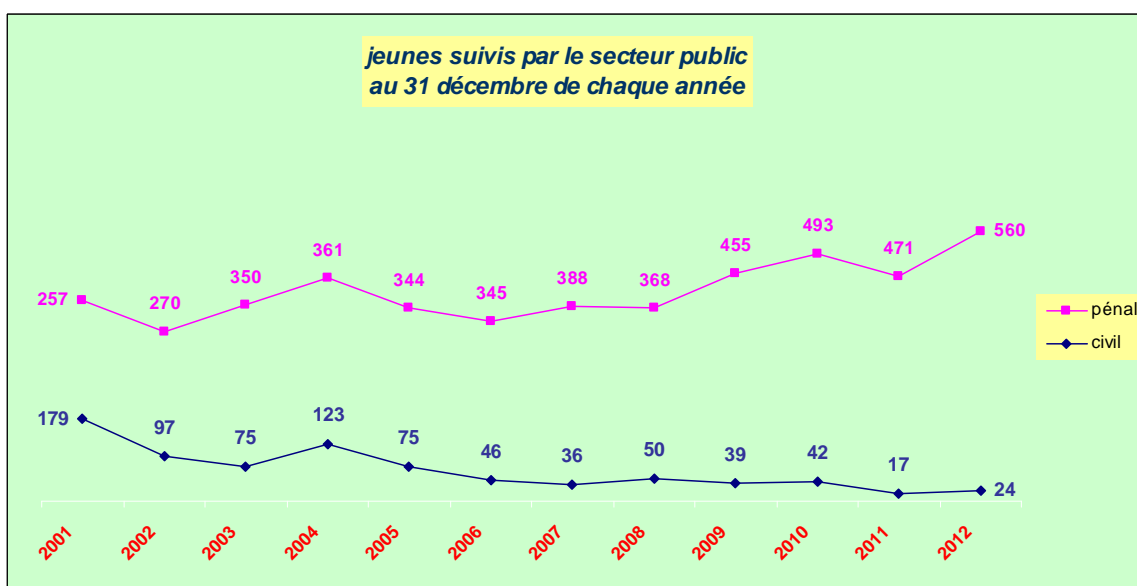
8 places pour des garçons de 16 à 18 ans

- C.E.F Jules PALANT

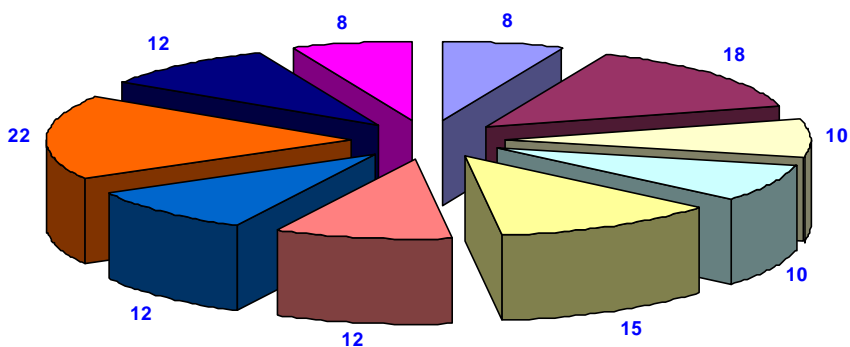
12 places pour des garçons de 13 à moins de 17 ans.

Les mesures et prises en charges assurées par la DDPJJ

Secteur public (SUIVIES)	Mesures suivies en 2010				Mesures suivies en 2011				Mesures suivies en 2012			
	045	375	PJM	Total	045	375	PJM	Total	045	375	PJM	Total
Investigation	548	166		714	567	87		654	730	43		773
Placement judiciaire + AMP	39	4		43	40			40	50			50
Milieu ouvert	1284	17	3	1 304	1139	4	2	1 155	1280	4		1 281
Ensemble	1 871	187	3	2 061	1 749	91	2	1 849	2 060	44	0	2 104
<i>En pourcentage</i>	90,8 %	9,1 %	0,1 %	100,0 %	95,0 %	4,9 %	0,1 %	100,0 %	97,9 %	2,1 %	0,1 %	100,0 %



cartographie et capacité du placement judiciaire de La Réunion



- SP UEHC EPEI de Sr Denis
- AAPEJ Les Jacarandas GIED sud
- AAPEJ Nantier Didier
- AAPEJ Centre d'Education Renforcé (CER)
- SP MHED de l'UEHC EPEI de St Denis
- AAPEJ SHI GIED sud
- AAPEJ SHI GIED nord
- AAPEJ Bassin Plat GIED sud
- AAPEJ les Lataniers
- AAPEJ Centre Educatif Fermé (CEF)

Le Projet Territorial

Afin de piloter la mise en œuvre des orientations, la direction territoriale a élaboré son *Projet Territorial de la Réunion 2012-2014*, validé le 19 décembre 2012. Il porte sur :

- la coordination des acteurs de la justice des mineurs et de la protection de l'enfance ; il prévoit, en lien étroit avec le Département, d'inscrire l'action judiciaire et éducative comme un segment à part entière de la protection de l'enfance dans le cadre du schéma départemental.
- les services et établissements du secteur public et secteur associatif en ce qui concerne la mise en œuvre opérationnelle de l'exercice des mesures judiciaires.

Les six axes du Plan d'action 2012-2014

Axe 1 : Améliorer le placement judiciaire par un schéma directeur de placement territorial et une meilleure complémentarité du Secteur Public et du Secteur Associatif Habilité (accueil des jeunes filles en SAH, et formations communes)

Axe 2 : Améliorer le dispositif de milieu ouvert à travers des actions de formation

Axe 3 : Améliorer le dispositif d'investigation et notamment la mise en œuvre de la mesure judiciaire d'investigation éducative (MJIE)

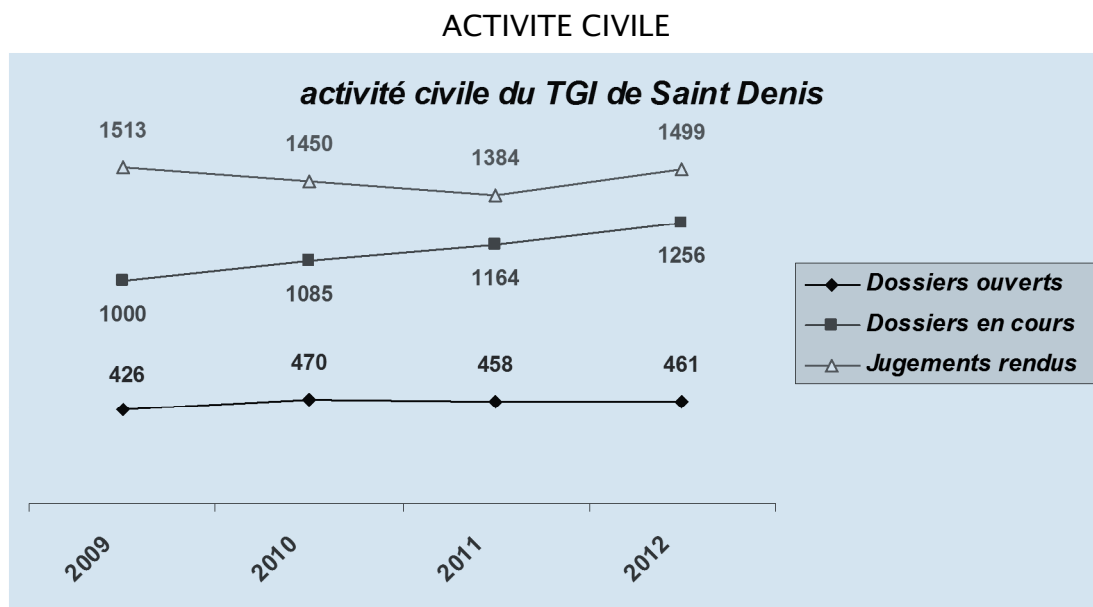
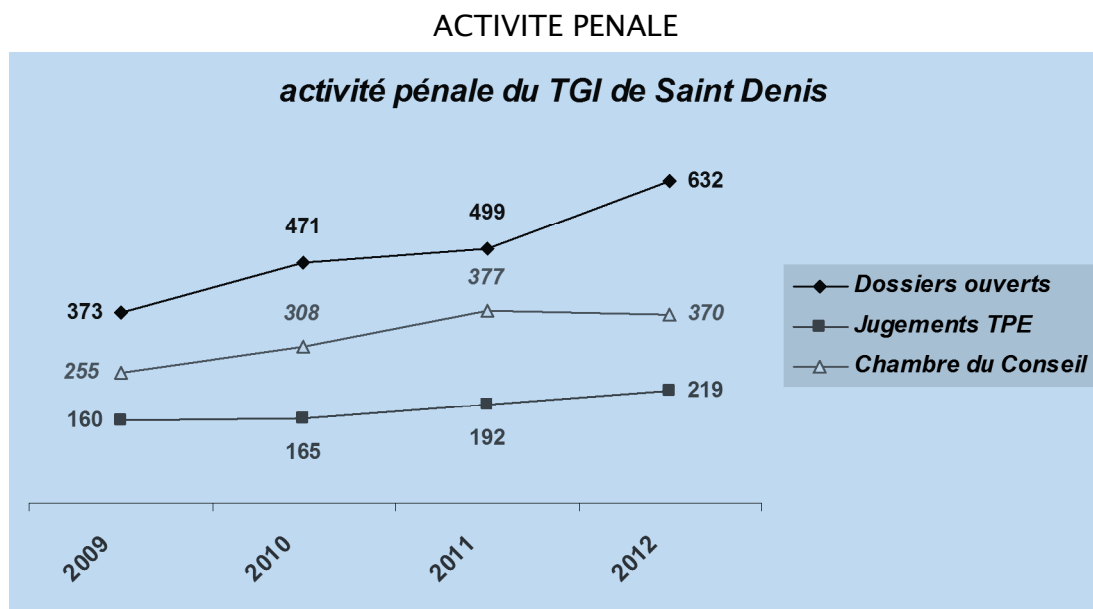
Axe 4 : Améliorer les activités de jour et d'insertion

Axe 5 : Améliorer l'articulation des acteurs de protection de l'enfance, de la justice des mineurs, dans le cadre des politiques institutionnelles

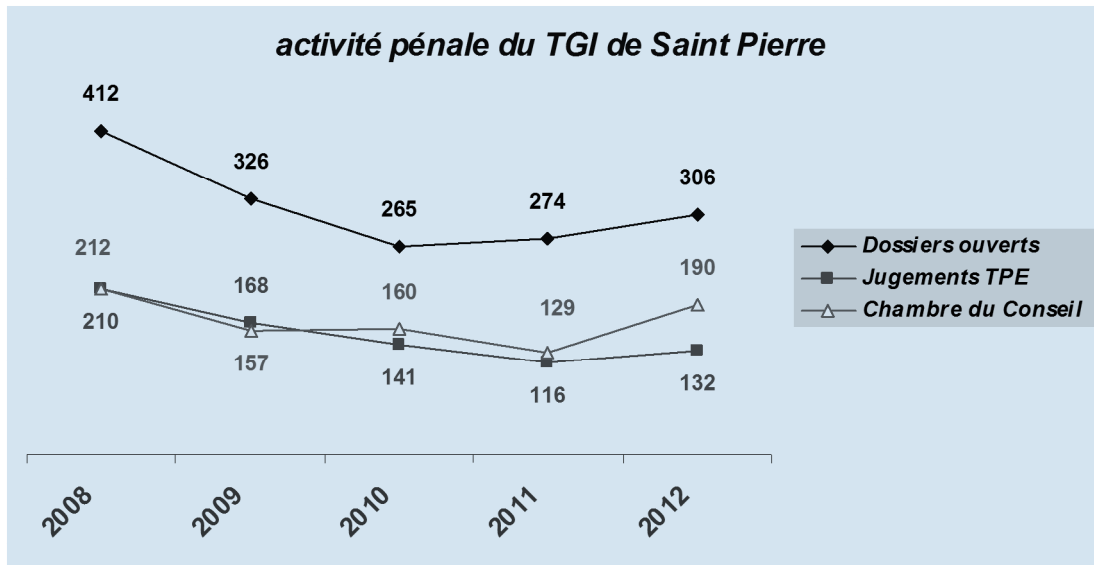
Axe 6 : Renforcer le pilotage et le management des structures

4.2 L'activité des Tribunaux de Grande Instance en matière de juridiction des mineurs

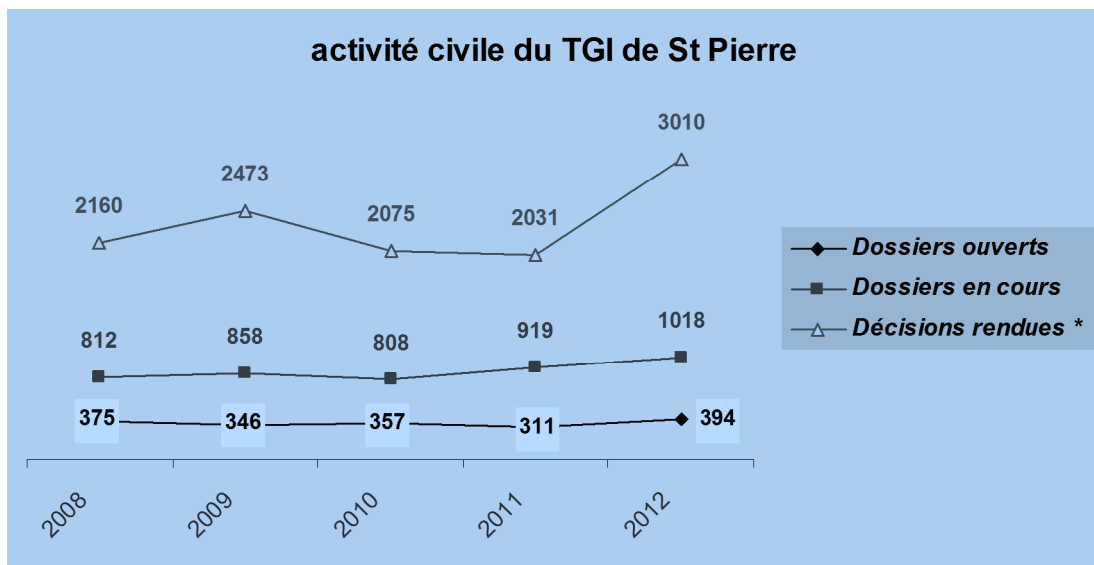
A Saint-Denis



ACTIVITE PENALE



ACTIVITE CIVILE



* ensemble des mesures (nouvelles et renouvelées)

4.3 L'Education nationale

Le Service Social en Faveur des Elèves (SSFE)

Ce service dépend du recteur de l'académie de la Réunion et appartient au Ministère de l'Education Nationale. Défini par la circulaire du 11 septembre 1991, ses missions se situent dans le champ de la prévention. Elles consistent à aider les élèves, les familles ou les groupes connaissant des difficultés, à faciliter leur insertion et à rechercher les causes qui compromettent leurs équilibres psychologique, économique et social.

Le service social s'adresse à tous les collégiens et lycéens et constitue un service de proximité pour ces élèves et leurs familles. Le taux de couverture est de 100 % dans les établissements publics du second degré. 67 assistants sociaux titulaires et contractuels, interviennent dans les 120 établissements scolaires de l'île, auprès de 110 000 élèves.

Ils contribuent à l'accompagnement des élèves les plus en difficultés par des actions personnalisées en rapport avec le contexte. Dans les collèges et les lycées, ils sont en première ligne dans le recueil et l'évaluation des informations préoccupantes ou signalement.

Un rôle renforcé en faveur de la protection de l'enfance en danger

Dans le cadre de la loi du 5 mars 2007 instituant, sous la responsabilité du Conseil général, la CRIP 974 pour les enfants en danger ou en risque de l'être, la mise en place d'un référent unique au sein des services académiques s'est avérée indispensable.

La CRIP-EN est le référent unique des services de l'Education Nationale (1^{er} et 2nd degré) et assure la transmission des recueils d'informations préoccupantes dans les plus brefs délais à la CRIP 974, dont elle est le premier pourvoyeur.

L'école joue un rôle fondamental auprès de tous les élèves en leur offrant un cadre de sécurité face aux violences et aux carences d'adultes qui les entourent.

La CRIP-Education Nationale (CRIP-EN) transmet chaque année scolaire environ 1000 informations préoccupantes à la CRIP 974, permettant ainsi le repérage des élèves en risque de danger et de danger

4.4 La Caisse d'Allocations Familiales

Composée de plus de 618 salariés, la CAF de La Réunion est un organisme de droit privé chargé d'une mission de service public. Sa mission consiste à aider les familles à mieux concilier vie familiale et vie professionnelle et à faire face à des situations de précarité. L'offre de service, tournée vers 229 835 allocataires, touche des familles mais également de nombreuses personnes seules. La CAF verse des prestations légales pour aider les familles à élever leurs enfants, mais aussi des prestations liées au logement et à l'insertion.

Les orientations

- Mettre en œuvre une offre globale de service adaptée à la diversité des besoins des familles sur les territoires, au travers des politiques d'intervention destinées à :
 - ✓ aider les familles à concilier vie familiale, vie professionnelle et vie sociale,
 - ✓ soutenir la fonction parentale et faciliter les relations parents-enfants,
 - ✓ accompagner les familles dans leurs relations avec l'environnement et le cadre de vie,
 - ✓ créer les conditions favorables à l'autonomie, à l'insertion sociale et au retour à l'emploi des personnes et des familles.

- Mettre en œuvre une offre globale de service adaptée à la diversité des attentes au niveau de la relation de service des allocataires dans le cadre d'engagements de qualité visant à :
 - ✓ garantir un accès rapide aux droits et leur exactitude,
 - ✓ assurer une relation de proximité,
 - ✓ mieux écouter,
 - ✓ mieux informer et mieux communiquer.

Les principes d'intervention

Cette offre globale de service se traduit par la réalisation d'interventions coordonnées associant le versement des prestations légales et les interventions sociales. Elle vise à offrir aux allocataires et aux partenaires le paiement des droits et la solvabilisation, de l'information, du conseil et de l'accompagnement, des démarches simplifiées et une coordination des interventions avec les partenaires.

Elle repose sur la poursuite d'une dynamique de progrès axée sur une approche territoriale et transversale des besoins, l'engagement de démarches pro-actives en direction des allocataires et des partenaires, un accompagnement renforcé, à des moments clés, des familles et des partenaires, et l'implication dans l'animation de dispositifs partenariaux et le développement de coopérations accrues dans le cadre de démarches contractuelles.

Les actions

La Caf soutient ses allocataires dans leur vie quotidienne par le versement de plus de vingt prestations légales liées à la famille, au logement, à la précarité et au handicap. Acteur central des politiques familiales et sociales dans le département, elle mène une politique d'action sociale déclinée autour des axes suivants :

- Optimiser la structuration d'une offre de service diversifiée en direction de la petite enfance, de l'enfance et de la jeunesse et accompagner l'autonomie des jeunes
- Favoriser le développement d'actions autour de la parentalité : animer et développer le Réseau d'écoute, d'appui et d'accompagnement des parents, soutenir le départ en vacances des familles, développer des actions d'accompagnement à la scolarité...
- Contribuer à améliorer les conditions de logement des familles : prévenir les impayés de loyer, lutter contre la résorption de l'habitat insalubre...
- Faciliter l'intégration dans la vie collective et citoyenne : soutenir le développement des centres sociaux, soutenir le secteur associatif
- Favoriser l'autonomie l'insertion sociale et le retour à l'emploi : soutenir les familles confrontées à des évènements fragilisants ou au handicap...
- Accompagner les familles en situation de précarité dans leur parcours d'insertion et de retour à l'emploi : proposer une offre de service spécifique aux familles fragilisées ou monoparentales.

4.5 La Direction de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale (DJSCS)

La DJSCS est structurée autour de 5 pôles d'activités :

Le pôle « promotion de la jeunesse, de la vie sociale et de l'égalité des chances » : il intègre les politiques interministérielles de jeunesse, d'éducation populaire et de vie associative, les politiques de promotion de l'égalité des chances, et la politique

de la ville. Il assure les missions régaliennes relatives aux ACM (accueil collectif des mineurs).

Le pôle « prévention et lutte contre les exclusions » : ce pôle assure les mesures en matière d'urgence sociale et d'hébergement et l'accès et maintien au logement, par la gestion des dispositifs du Droit au logement opposable, du contingent préfectoral et de la prévention des expulsions locatives. Il déploie également les mesures de protection des personnes vulnérables, l'accès aux droits, l'aide sociale et handicap.

Le pôle « formations et certification » : il concerne les champs d'intervention des réseaux solidarité (formations sociales et paramédicales), et de la jeunesse et des sports (formations et certifications en matière de jeunesse, d'éducation populaire et de sports). S'agissant des certifications et des formations dans les domaines de la jeunesse, de l'éducation populaire et du sport, la DJSCS est une autorité académique, c'est-à-dire qu'elle organise les jurys, contrôle les organismes de formation et délivre les diplômes sous l'autorité directe des ministres concernés.

Le pôle « sport » : il regroupe les services de soutien et d'animation des politiques sportives régionales, du sport de haut niveau, de l'action conduite en matière de protection de la santé des sportifs, de la prévention et de la lutte contre le dopage.

Le pôle « fonctions supports » : ressources humaines, logistique, informatique, finance...

4.6 Les partenaires médicaux

Ces partenaires sont d'autant plus importants aujourd'hui qu'un certain nombre d'enfants accueillis présentent des problématiques complexes à la frontière du social et du médical.

L'Agence Régionale de Santé (ARS)

Instaurées par la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST), les Agences Régionales de Santé ont pour objectifs d'assurer un pilotage de la santé en région et de réguler l'offre de soins.

Créée le premier avril 2010, l'Agence de Santé de l'Océan Indien met en œuvre la politique de santé à la Réunion et à Mayotte, en coordination avec les différents acteurs. Les instances de l'ARS assurent le dialogue avec les acteurs de santé de la

région pour la définition et la conduite de la stratégie régionale de santé. Cette approche est garantie par le Projet régional de santé (PRS).

« Mieux prévenir, mieux soigner et mieux accompagner les parcours de vie » sont les principes directeurs du PRS adopté le 29 juin 2012. Construit avec les acteurs de santé, il guide les actions de tous au service de la population pour les cinq ans à venir.

Le plan stratégique 2012-2016 est composé du schéma régional de prévention, du schéma régional d'organisation des soins et du schéma régional d'organisation médico-sociale.

<p>Axe I : Bien connaître pour mieux agir</p> <p>Guider et évaluer les actions de santé publique nécessitent de développer l'observation et l'analyse en santé en particulier dans la détermination des facteurs explicatifs des inégalités sociales en santé dans deux îles où cette connaissance fait largement défaut, notamment à Mavotte</p>
<p>Axe II : Affirmer la démocratie sanitaire</p> <p>Permettre à tous les acteurs de santé (patients, usagers, professionnels de santé, membres des instances représentatives) de participer activement à la gouvernance de la santé dans l'Océan Indien, c'est une priorité pour l'ARS OI.</p>
<p>Axe III : Promouvoir un espace favorable à la santé</p> <p>Créer du « capital santé » ; générer du bien vivre en mobilisant tous les acteurs sur les déterminants suivants : habitudes de vie, alimentation, nutrition, éducation, promotion des activités physiques et sportives, logement, transport, aménagement urbain, environnement physique, environnement social.</p>

La prise en charge et l'accompagnement des enfants accueillis à l'ASE

Outre les médecins du service départemental de PMI en interne et les médecins du service médical en faveur des élèves, les mineurs pris en charge par les services de protection de l'enfance peuvent être orientés et/ou amenés à consulter :

- des professionnels de santé libéraux ;
- des professionnels de santé hospitaliers et en particulier ceux des services d'urgences pédiatriques, de pédiatrie générale, de pédopsychiatrie et d'urgences médico-judiciaires.

Localisation des services hospitaliers d'urgences pédiatriques et de pédiatrie
Centre Hospitalier Universitaire Félix Guyon (Saint-Denis) où se trouve l'Unité de Victimologie (ouverte à tout le public de l'île)
Groupe Hospitalier Est Réunion (Saint-Benoît)
Groupe Hospitalier Universitaire Sud Réunion (Saint-Pierre) où se trouve l'Unité de psychotraumatologie (accueillant en particulier le public de la région sud de l'île)
Centre Hospitalier Gabriel Martin (Saint-Paul)
Localisation des services de pédopsychiatrie
Etablissement Public de Santé Mentale de la Réunion (EPSMR) pour les secteurs Nord, Ouest et Est ; Groupe Hospitalier Sud Réunion (GHSR) pour le Sud

Chapitre III

LE BILAN DU SCHEMA DE 2007 A 2012

Le SDOSMS 2007–2012 est le troisième schéma de la Réunion pour l'enfance et la famille. Il a été élaboré au cours de l'année 2006 avec l'appui d'un prestataire extérieur, puis approuvé en séance publique en mars 2007.

Le volet Enfance–Famille comporte 5 chapitres et 27 fiches–action :

CHAPITRE I : LA PREVENTION EN DIRECTION DE L'ENFANT ET L'ACCOMPAGNEMENT PARENTAL

- Fiche–action 1 : Développer le suivi systématique des familles en situation de fragilité dans le cadre de la prévention très précoce
- Fiche–action 2 : Développer la formation et l'accompagnement des professionnels intervenant dans le champ de la prévention
- Fiche–action 3 : Renforcer et développer la prévention dans les modes d'accueil du jeune enfant
- Fiche–action 4 : Encourager le développement des actions d'aide à la parentalité
- Fiche–action 5 : Systématiser les bilans de santé en école maternelle
- Fiche–action 6 : Poursuivre les actions de sensibilisation des travailleurs sociaux à la place de l'histoire culturelle et familiale dans la construction de l'enfant

CHAPITRE II : LA CIRCULATION DE L'INFORMATION ENTRE LES PROFESSIONNELS AUTOUR DU SIGNALEMENT

- Fiche–action 7 : Disposer d'une cartographie de l'activité des territoires dans le champ du signalement
- Fiche–action 8 : Développer une culture commune et formaliser les modalités de coordination entre les acteurs intervenant dans le cadre du signalement
- Fiche–action 9 : Développer l'analyse des pratiques partenariales autour des situations complexes et améliorer l'accompagnement des professionnels

CHAPITRE III : L'ADAPTATION DU DISPOSITIF D'ACCUEIL ET D'HEBERGEMENT

- Fiche-action 10 : Adapter le nombre de places aux besoins actuels
- Fiche-action 11 : Développer des prises en charge souples, alternées, et favoriser la continuité du suivi des situations
- Fiche-action 12 : Renforcer l'accompagnement des assistants familiaux
- Fiche-action 13 : Harmoniser les pratiques des professionnels et la coordination des interventions des équipes de placement familial
- Fiche-action 14 : Favoriser les prises en charge relais entre les établissements et le placement familial
- Fiche-action 15 : Mettre en place de l'accueil familial spécialisé
- Fiche-action 16 : L'accueil des jeunes femmes enceintes et des jeunes mères avec enfant
- Fiche-action 17 : Mettre en place un annuaire actualisé et décliné par territoire de l'ensemble des partenaires du champ de la protection de l'enfance à la Réunion
- Fiche-action 18 : La mise en place d'un outil décrivant en temps réel les places disponibles dans les établissements

CHAPITRE IV : L'EVOLUTION DES REPONSES ET DES PRATIQUES DIVERSIFIEES

- Fiche-action 19 : Développer un dispositif spécifique en direction des adolescents en grande difficulté
- Fiche-action 20 : Améliorer les articulations entre les associations intervenant dans le cadre des AEMO et les services publics du CG et de la PJJ
- Fiche-action 21 : Préparer et accompagner les mineurs de 16 ans et les jeunes majeurs de 18 à 21 ans à leur sortie du dispositif de protection de l'enfance
- Fiche-action 22 : Améliorer la prise en compte des intérêts de l'enfant victime lors de la nomination du Département en qualité d'administrateur ad hoc
- Fiche-action 23 : L'accompagnement des établissements et services habilités dans la démarche d'auto-évaluation

CHAPITRE V : LA MISE EN ŒUVRE DU SCHEMA

- Fiche-action 24 : Constituer un comité d'évaluation et de suivi du schéma départemental
- Fiche-action 25 : Favoriser la mise en place d'un Observatoire départemental de protection de l'enfance
- Fiche-action 26 : Conforter la coordination justice-département
- Fiche-action 27 : Promouvoir les formations inter institutionnelles et/ ou un réseau d'échange des pratiques professionnelles

Les actions prévues dans ce schéma ont été inégalement mises en œuvre.

Cependant, ces dernières années, l'engagement du Conseil général dans le domaine de la protection de l'enfance et de la famille n'a fait que croître, ce qui témoigne d'une forte volonté politique et d'un large panel d'actions menées.

Le budget de la Direction Famille Enfance a augmenté de près de 14 millions d'euros entre 2006 et 2012, passant de 73 470 000 € à 87 292 000 €.

Le budget de la Direction de la Santé Publique est passé de 11 889 200 € en 2006 à 11 302 000 € en 2012. Cette diminution est liée à la réorganisation de services transférés vers d'autres directions (Laboratoire départemental d'épidémiologie, Points Info Santé).

La part consacrée à la Protection Maternelle et Infantile a augmenté de près d'un million d'euros sur la période, passant de 9 387 400 € en 2006 à 10 386 000 € en 2012.

Les cinq chapitres présentés ci-dessous comportent tous un bilan général et un bilan détaillé par fiche-action.

1. LA PREVENTION EN DIRECTION DE L'ENFANT ET L'ACCOMPAGNEMENT PARENTAL

BILAN GENERAL

1. LES ACTIONS REALISEES : UN EFFORT IMPORTANT POUR L'ACCOMPAGNEMENT A LA PARENTALITE

- La prévention très précoce s'est développée (fiche-action 1):
 - ✓ Depuis 2008 les puéricultrices de PMI rencontrent les femmes ayant accouché dans la majorité des maternités de l'île (7160 visites en maternité en 2011, 9000 en 2012).
 - ✓ La PMI participe aux actions d'évaluation des enfants porteurs de handicap dans le cadre des Projet d'Accueil Individualisé (P.A.I) (560 P.A.I. en 2012 contre 419 en 2009).
 - ✓ Quatre conseillères conjugales interviennent dans les centres de planification familiale, centres d'aide par le travail, centres médico-psychologiques et dans les collèges pour sensibiliser les jeunes aux questions liées à la sexualité.

- Les lieux d'écoute sont consolidés depuis 2007, tant au niveau des consultations de PMI qu'au sein des Lieux d'Accueil Parent/Enfants (LAPE) (fiche-action 3).
 - ✓ Plusieurs expérimentations locales ont été développées en complément des modes de garde : 21 micro-crèches, relais d'assistants maternels multipliés, et aide technique à la création de Maison des Assistants Maternels (M.A.M). La première M.A.M a été mise en place en 2012.
 - ✓ Le nombre de places en structures de petite enfance est en nette augmentation (+1273 places): 4807 places en 2012 contre 3534 en 2007.

- Le soutien aux actions d'aide à la parentalité s'est renforcé (fiche-action 4):
 - ✓ Les actions collectives et individuelles menées par les services sociaux et médico-sociaux se sont développées : groupes d'échanges avec parents et enfants par les GUT, développement des visites à domicile (VAD)...
 - ✓ Soutien important aux associations avec un budget annuel de 850 000 à 1 million d'euros depuis 2007.

2. LES DIFFICULTES RENCONTREES

- Diminution du taux de couverture des bilans de santé en école maternelle (fiche-action 5)
- Accompagnement insuffisant et inadapté des enfants et familles migrantes (fiche-action 6)
- la formation et l'accompagnement des professionnels de prévention n'ont pas été suffisants (fiche-action 2)
- Les actions de prévention précoce menées ne permettent pas de toucher l'ensemble des familles fragilisées
- Dispersion des intervenants et des actions menées
- Fort besoin de partage et d'harmonisation entre les acteurs

PRECONISATIONS POUR LE NOUVEAU SCHEMA

- Renforcer la prévention en général
- Maintenir l'objectif des bilans de santé en école maternelle systématiques, porte d'entrée essentielle pour le dépistage des enfants en difficultés
- Mieux prendre en compte la place du père dans l'accompagnement à la parentalité (absence de structures proposant des thérapies familiales accessibles, manque d'informations sur les droits des pères, obstacles socioculturels)
- Face au rajeunissement des publics en difficultés (addictions, comportements sexuels à risque...), mettre en place des actions de prévention en direction des pré-collégiens
- Etendre les entretiens d'intermédiation culturelle avec les familles en difficultés issues de la zone océan indien, pour un accompagnement approprié à leurs besoins
- Renforcer la coordination, la mise en réseau et les formations interinstitutionnelles des acteurs sociaux et médico-sociaux.

Fiche-action 1 : Développer le suivi systématique des familles en situation de fragilité dans le cadre de la prévention très précoce

Cette action est menée au quotidien par la PMI, et ce, à plusieurs niveaux.

Cela passe d'abord par une activité classique d'accompagnement régulier des familles par les équipes de terrain.

En faveur d'un dépistage le plus précoce possible, les puéricultrices de PMI rencontrent depuis 2008, les femmes accouchées dans la majorité des maternités de l'île. 9000 visites en maternité ont été effectuées en 2012 par les puéricultrices et les sages femmes.

La collectivité participe également aux actions d'évaluation des enfants porteurs de handicap. En effet, certains enfants porteurs de handicap, de maladie chronique (allergie simple, asthme...) ou en difficultés scolaires ont besoin d'un projet d'Accueil Individualisé (P.A.I). Ce projet est défini dans le cadre de réunions partenariales auxquelles assistent les personnes concernées par la prise en charge de ces enfants. Le P.A.I est établi au sein de l'établissement scolaire. Il consiste à faciliter l'intégration des enfants. Un protocole est défini par le médecin traitant et validé par le responsable d'établissement, le médecin de la PMI, les parents et la mairie pendant la pause méridienne pour administrer éventuellement les médicaments et définir la conduite à tenir en cas de problèmes.

Ainsi, les médecins de PMI ont été cosignataires de 560 P.A.I. en 2012 contre 419 en 2009.

Par ailleurs, un plan de lutte contre les grossesses précoces a été initié par le Préfet en 2008, auquel la PMI participe par la mise en place de consultations, de visites à domicile en faveur des mineures enceintes, et de séances d'informations collectives.

Autre action de prévention précoce : quatre conseillères conjugales interviennent dans les centres de planification familiale, mais également dans d'autres institutions en partenariat avec des associations (centres d'aide par le travail, centres médico-psychologiques), et dans les collèges en lien avec les services de l'Education nationale (infirmière, professeurs, CPE). Ces interventions portent par exemple sur l'accueil et l'information sur la contraception (groupes de formation ou en individuel, groupes de paroles), l'accompagnement à l'IVG auprès des mineures, l'aide méthodologique dans la mise en place de projets éducatifs destinés à des populations cibles (handicapés, assistantes maternelles, jeunes)...

Le schéma prévoyait la mise en place de psychologues. Cette action n'a pas été réalisée. Cependant, le partenariat mis en place au cas par cas avec les services de pédopsychiatrie permet d'offrir cet accompagnement.

Fiche-action 2 : Développer la formation et l'accompagnement des professionnels intervenant dans le champ de la prévention

La mise en place de formations communes, tel que le préconisait le schéma, n'a pas abouti. Des formations sur la prévention périnatale ont été organisées à la demande des professionnels intéressés de façon ponctuelle. Une série de formations ont été mises en place par la collectivité, dont les professionnels de PMI ont pu bénéficier.

Enfin, les rencontres régulières entre partenaires ont permis d'assurer un partage de l'information (hôpitaux, associations, médecins libéraux).

Les difficultés rencontrées dans la mise en place de cette action sont :

- la disponibilité des professionnels, non nécessairement garantie ;
- le report de certaines formations qui devaient être assurées par des intervenants extérieurs.

Surtout, face à l'importance des coûts de formation il est indispensable aujourd'hui de prioriser les formations et développer/mutualiser les formations entre les services de PMI et services sociaux sur les thématiques communes.

Fiche-action 3 : Renforcer et développer la prévention dans les modes d'accueil du jeune enfant

Les lieux d'écoute sont opérationnels et consolidés depuis 2007, tant au niveau des consultations de PMI qu'au sein des Lieux d'Accueil Parents Enfants (LAPE).

Ces dernières années, plusieurs expérimentations locales ont été développées en complément des modes de garde : micro-crèches, relais d'assistants maternels multipliés, et aide technique à la création de Maison des Assistants Maternels (M.A.M).

La première M.A.M a été mise en place en 2012, et de nombreux projets de création de M.A.M sont en cours de montage.

Globalement, le nombre de structures est en nette augmentation : la capacité d'accueil est de 4807 places en 2012, contre 3534 places en 2007.

Par ailleurs, la « Maison Ouverte » a été réorganisée pour proposer des types d'accueil adaptés aux besoins.

Concernant la prévention de la maltraitance en particulier, une formation sur ce thème est prévue dans le corpus de formation initiale des assistants maternels et familiaux, ainsi que des professionnels. Cependant, ce thème mériterait de faire l'objet d'un module de formation continue.

Ainsi, la prévention est effectivement renforcée à travers l'optimisation, le développement et la diversification des modes d'accueil du jeune enfant.

Pourtant, de nombreuses places restent disponibles chez les assistants maternels. Cela peut s'expliquer par une méconnaissance de ce dispositif de la part de certains parents.

Fiche-action 4 : Encourager le développement des actions d'aide à la parentalité

Ces actions se sont développées à la fois dans le champ de la PMI et de la DFE.

En premier lieu, les actions collectives et individuelles menées par les services sociaux et médico-sociaux sont multiples et se sont développées.

Les actions menées par les GUT consistent en groupes d'échanges et de parole avec parents et enfants / adolescents, actions de sensibilisation à l'éducation, à la citoyenneté, au respect de l'environnement, à la lutte contre les conduites addictives.

Les actions menées par la PMI portent essentiellement sur :

- Les visites à la maternité systématiques par un professionnel de la PMI
- le développement des visites à domicile (VAD), destinées à échanger avec tout parent/futur parent, à offrir un temps d'écoute et à développer la prévention primaire. En 2010, 20 704 visites à domicile ont été effectuées par un professionnel de PMI.
- Le développement des Lieux d'Accueil Parents Enfants (LAPE) depuis 2009, avec l'organisation de 955 séances d'actions collectives pour l'éducation sanitaire des enfants, notamment dans les LAPE, contre 869 en 2010.

En second lieu, l'accompagnement à la fonction parentale mené par le réseau association en partenariat avec les services sociaux, est fortement soutenu par le Département. Les actions menées sont diverses : groupes d'échanges, espaces d'accueil et d'écoute, médiation familiale, ateliers de prévention, d'éveil, de bien être avec les parents et les enfants, aide à l'accès aux droits et à l'institution judiciaire aux familles en situation de rupture, soutien des enfants et des familles de détenus, accompagnement et soutien aux familles dans le cadre du dispositif de l'aide alimentaire.

Ainsi, la mobilisation des partenaires est plus forte et la couverture départementale s'est améliorée.

Cependant, la coordination des acteurs doit être améliorée et les professionnels médico-sociaux rencontrent des difficultés à mobiliser les parents dans le cadre des rencontres.

Fiche-action 5 : Systématiser les bilans de santé en école maternelle

En 2010, 11 081 enfants scolarisés principalement en petite section (3-4 ans) ont bénéficié de bilans de santé, effectués majoritairement par les infirmières, ce qui représente 80 % d'une tranche d'âge (11 902 en 2009).

L'objectif fixé était de 100 % (76 % avaient été effectués en 2007) mais la vacance des postes d'infirmières est venue contrarier cet objectif : en effet, 62 % de ces enfants ont été examinés par un médecin en plus des dépistages effectués par l'infirmière (73 % en 2009).

On constate que de nombreux troubles sont dépistés, d'où l'importance du dépistage précoce pour prévenir les troubles de l'apprentissage:

- 3% de ces enfants (331) présentaient des troubles auditifs
- 10,5% de ces enfants (1169) présentaient des troubles visuels
- 10% de ces enfants (1111) présentaient des troubles du langage
- 12,5 % de ces enfants (1385) présentaient d'autres troubles

Il y a aujourd'hui nécessité de renforcer les moyens pour systématiser totalement le dépistage et atteindre une couverture de 100% au plan quantitatif. Il faut également souligner les difficultés rencontrées dans la prise en charge des enfants post dépistage, qui n'est pas nécessairement assurée.

Fiche-action 6 : Poursuivre les actions de sensibilisation des travailleurs sociaux à la place de l'histoire culturelle et familiale dans la construction de l'enfant

Une convention de partenariat a été signée le 7 juillet 2009 entre le Département, le Tribunal de Grande Instance et le Centre Médico-psychologique (CMP) Henri Wallon (Ste Clotilde), pour la mise en place de consultations d'intermédiation culturelle et familiale.

Le dispositif a été conduit à titre expérimental sur le secteur judiciaire Nord-Est.

Vingt familles en ont bénéficié entre 2009 et 2011.

L'expérimentation du dispositif de consultation a été concluante : concrètement, le placement des enfants a pu être évité dans certains cas, grâce une meilleure compréhension et une meilleure réponse aux besoins et problématiques particulières des familles concernées.

L'expérimentation mérite d'être reconduite et étendue.

2. LA CIRCULATION DE L'INFORMATION ENTRE LES PROFESSIONNELS AUTOUR DU SIGNALEMENT

BILAN GENERAL

Le dispositif d'enfance en danger est à présent structuré et peut être amélioré sur le plan de la coordination/harmonisation organisationnelle entre les acteurs.

1. ACTIONS REALISEES

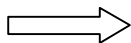
La Cellule de Recueil des Information Préoccupantes (CRIP) a été mise en place et est opérationnelle (article 12 de la loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance et article L 226-3 du CASF) (fiche-action 8).

Un cadre de collaboration partenariale entre les acteurs a été formalisé :

- Signature de la Convention Justice/Education Nationale/Département le 25 avril 2007 pour la définition des modalités de coordination des acteurs ;
- Signature du « Protocole Etat/Département/Justice/Rectorat relatif à la prévention et à la protection de l'enfance » le 4 mai 2009 ; une annexe au protocole a été signée entre l'Education Nationale et le Département lors de la création de la CRIPEN.

2. DIFFICULTES RENCONTREES

- Des disparités territoriales importantes (équipes plus ou moins spécialisées dans la gestion des IP selon les GUT) et un besoin d'harmonisation organisationnelle (fiche-action 7) ;
- Essoufflement de la coordination autour de l'enfance en danger : des réunions d'échanges ont lieu de 2007 à 2009, puis se sont arrêtées (fiche-action 8).



PRECONISATIONS POUR LE NOUVEAU SCHEMA

- Pour harmoniser les modalités de coordination et d'organisation entre les acteurs (définition et traitement différent des informations préoccupantes d'un GUT à un autre...) et clarifier les procédures, il faut mettre en place un cadre de référence unique pour l'enfance en danger ;
- Trois priorités émergent pour améliorer le traitement des IP : garantir la pluridisciplinarité des équipes de traitement des IP au niveau des GUT ; améliorer l'articulation entre les parquets et les services sociaux (cas d'interférences entre enquêtes pénales et évaluations sociales etc.) ; améliorer la coordination CRIP/CRIPEN sur le délai de transmission des IP et l'optimisation de la fiche de liaison ;
- Les professionnels intervenant auprès des enfants et des parents manifestent un besoin d'information sur le dispositif de l'enfance en danger ; il convient d'améliorer la communication ;
- Dans la lutte contre les violences intrafamiliales et leur impact sur les enfants, mettre en place des actions de communication et de sensibilisation en direction des publics scolaires ;
- Le traitement des cas complexes nécessite la mise en place d'instances spécifiques en interne et avec les partenaires. Les professionnels sont demandeurs de groupes d'analyse des pratiques (fiche-action 9).

BILAN DETAILLE PAR FICHE-ACTION

Fiche-action 7 : Disposer d'une cartographie de l'activité des territoires dans le champ du signalement

Dès 2008, des réunions de travail par territoire (Nord, Est, Sud, Ouest) ont été menées avec les GUT et les PMI pour faire l'état des lieux des pratiques. Un projet de directive interne a été travaillé, pour servir de référentiel commun pour le recueil et le traitement des informations préoccupantes.

Il n'y a pas eu, à l'issue de ces réunions, de « cartographie » formalisée de l'activité comme prévu au schéma. Cependant, l'objectif d'harmonisation des pratiques a été engagé en interne. Des réunions de travail partenariales ont été organisées dès 2007, avec pour objectif de clarifier les rôles de chaque partenaire : Justice, Education nationale, Police et Gendarmerie, Services de santé publique.

Au final, une cartographie du territoire n'apparaît pas nécessaire pour répondre au besoin prioritaire d'harmonisation organisationnelle dans le traitement des informations préoccupantes (IP). Cette harmonisation devra être assortie d'un cadre de référence unique opérationnel pour les professionnels. Par ailleurs, il convient d'améliorer la coordination avec la Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes de l'Education Nationale (CRIPEN).

Fiche-action 8 : Développer une culture commune et formaliser les modalités de coordination entre les acteurs intervenant dans le cadre du signalement

En matière de coordination, les actions menées sont nombreuses :

- Signature de la Convention Justice/Education Nationale/Département le 25 avril 2007 pour la définition des modalités de coordination des acteurs ;
- Signature du « Protocole Etat/Département/Justice/Rectorat relatif à la prévention et à la protection de l'enfance » le 4 mai 2009 ;
- Une annexe au protocole a été signée entre l'Education Nationale et le Département lors de la création de la CRIPEN ;
- Mise en place en avril 2009 de la Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes (CRIP 974), conformément à la loi du 5 mars 2007 (article 12 de la loi et article L 226-3 du CASF).

L'équipe CRIP est composée d'un coordonnateur, un secrétaire et deux gestionnaires. Fin 2011, une instance pluri-professionnelle interne à la CRIP 974 a été mise en place, réunissant le coordonnateur CRIP, un médecin et un psychologue.

Le cadre partenarial est aujourd'hui posé. La cellule CRIP 974 est globalement bien identifiée par la majorité des partenaires. La collaboration avec l'Education Nationale à travers l'articulation CRIP-CRIPEN, est étroite et globalement efficace.

La CRIP étant à présent structurée et opérationnelle, il convient aujourd'hui de :

- renforcer le rôle de coordination et de centralisation de la CRIP 974 ;
- développer la communication sur le rôle et les missions de la CRIP au niveau des associations et du secteur hospitalier et sur l'impact des violences intrafamiliales sur les enfants ;
- Construire un référentiel commun sur les procédures, circuits, définitions de l'information préoccupante etc.

Fiche-action 9 : Développer l'analyse des pratiques partenariales autour des situations complexes et améliorer l'accompagnement des professionnels

Des réunions d'échanges se sont tenues au début de la mise en place du schéma pour la création de la cellule de recueil des informations préoccupantes avec les principaux partenaires. La mise en place fin 2011 d'une instance pluri-professionnelle interne à la CRIP, pour le repérage et l'analyse des situations particulières est un atout pour le traitement de ces situations.

Cependant, un cadre de référence pouvant difficilement couvrir la totalité des situations, il est nécessaire de mettre en place des instances d'analyse des cas complexes et des échanges réguliers en interne comme avec les partenaires. On constate une forte demande de la part des professionnels, en faveur de la mise en place de groupes internes d'analyse des pratiques.

Ainsi, si la cellule est un outil pertinent, cela reste insuffisant.

Deux priorités émergent en matière d'harmonisation organisationnelle :

- La pluridisciplinarité des équipes de traitement des IP doit être garantie au niveau des GUT
- Il convient d'améliorer l'articulation entre les parquets et les services sociaux

3. L'ADAPTATION DU DISPOSITIF D'ACCUEIL ET D'HEBERGEMENT

BILAN GENERAL

1. ACTIONS REALISEES

- Une évolution quantitative satisfaisante des modes d'accueil (fiche-action 10)

Le dispositif d'Accueil Familial connaît une importante montée en charge. L'importance de ce mode d'accueil est caractéristique des départements d'outre-mer. Il représente 71% de l'accueil. Le nombre de places habilitées pour l'accueil en établissement est en augmentation et correspond à l'effort de diversification des modes d'accueil.

En 2007, le Département accueillait environ 1987 enfants dont 1487 chez 740 assistants familiaux et environ 500 enfants placés en établissement. En 2012, le Département accueille environ 2159 enfants, dont 1615 accueillis par 810 assistants familiaux et 544 placés en établissement. On compte 1737 places agréées en accueil familial en 2012. Le nombre total de places ouvertes dans les établissements sociaux est passé de 565 en 2008 à 638 en 2012, pour 713 places d'accueil habilitées.

On dénombre 167 enfants supplémentaires pris en charge à l'aide sociale à l'enfance, dont une large majorité en accueil familial (123). 200 recrutements environ ont eu lieu depuis 2007, compensant les nombreux départs à la retraite (ou éventuels licenciements). Ainsi, on compte 70 postes d'assistants familiaux supplémentaires par rapport au nombre de postes existants en 2007.

- Des réponses de plus en plus diversifiées (fiches-action 11 et 16) :

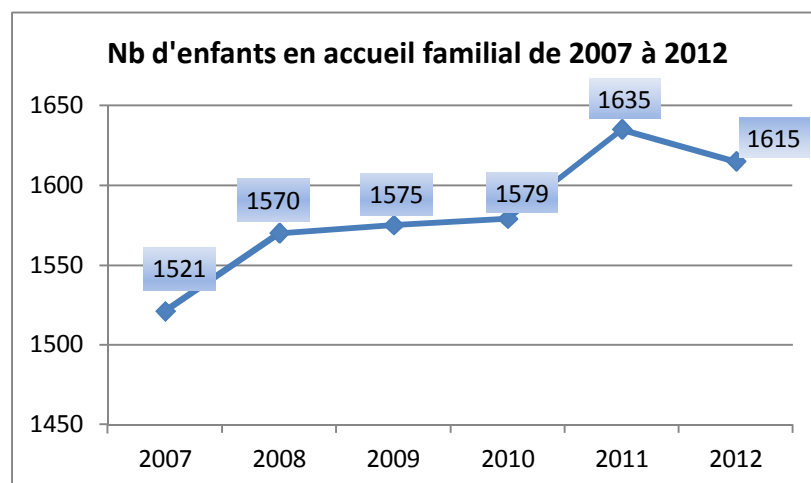
Sur la période 2007-2012, les modes d'accueil se sont largement diversifiés.

- ✓ Des efforts ont été faits pour rééquilibrer la couverture territoriale quantitative et offrir une offre d'accueil qualitative mieux adaptée aux profils et aux besoins des usagers.
- ✓ Ouverture de deux Réseaux d'Accueil Relais (RAR), un Accueil Fratrie, un Accueil Educatif de Jour (AEJ) et une Maison des familles.

- ✓ Unité d'accueil de jeunes mères enceintes et/ou avec enfants de moins de 3 ans au Foyer de l'Enfance de Terre Rouge (Sud) (bâtiment réalisé)
 - ✓ Création du Service d'Accueil Familial d'Urgence (SAFU) expérimental, opérationnel depuis 2007 (12 places supplémentaires)
 - ✓ Amélioration des prises en charge relais : meilleur mixage entre accueil familial, accueil de jour et accueil en internat (fiche-action 14)
- La structuration efficace du dispositif d'accueil familial (fiches-action 12 et 13):

Conformément à la loi de 2005, le dispositif s'est largement professionnalisé :

- ✓ création d'une équipe de référents professionnels
- ✓ renouvellement et renforcement de l'équipe d'assistants familiaux
- ✓ recrutement de nouveaux assistants familiaux
- ✓ amélioration du suivi/accompagnement des professionnels.



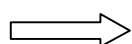
- La mise en place d'instances et d'outils de gestion et de suivi adaptés (fiche-action 11, 14 et 18) :

Des outils ont été mis en place pour améliorer et fluidifier l'offre d'accueil et d'accompagnement :

- ✓ Une commission départementale pluridisciplinaire de traitement des situations complexes qui fonctionne à la demande
- ✓ Des tableaux de suivi des places en établissement et en accueil familial facilitent la gestion au quotidien

2. LES DIFFICULTES RENCONTREES

- Le dispositif d'accueil familial spécialisé n'a pas été mis en place (fiche-action 15) ;
- La gestion des places n'est pas encore optimisée ;
- Les places dédiées à l'accueil fratrie restent insuffisantes ; une meilleure adéquation reste à trouver entre les besoins réels de l'enfant et l'offre d'accueil disponible ;
- Des prises en charge souples existent de manière informelle et doivent être à la fois développées et formalisées, la coordination partenariale étant encore insuffisante
- L'annuaire territorial de l'ensemble des partenaires de la protection de l'enfance n'a pas été mis en place (fiche-action 17)



PRECONISATIONS POUR LE NOUVEAU SCHEMA

- L'accueil familial spécialisé est prioritaire : de plus en plus d'enfants accueillis rencontrent des problématiques à la fois sociales et sanitaires (10%)
- L'effort de diversification des modes de prise en charge doit être poursuivi en faveur d'une continuité des parcours
- Un effort de rééquilibrage de l'offre d'accueil doit être fait en faveur du sud-ouest
- Améliorer la coordination entre les acteurs du placement familial et mieux définir les rôles des référents professionnels et des référents enfants
- Améliorer l'accueil relais
- Développer des initiatives souples et adaptées aux situations complexes, en lien étroit avec les partenaires concernés.

BILAN DETAILLE PAR FICHE-ACTION

Fiche-action 10 : Adapter le nombre de places aux besoins actuels

Le nombre total de places ouvertes dans les établissements sociaux est passé de 565 en 2008 à 638 en 2012 (+ 73 places), pour 713 places d'accueil habilitées.

Les modalités d'accueil se sont accrues et diversifiées sur la période 2007-2012, notamment avec :

- L'ouverture de deux Réseaux d'Accueil Relais (RAR) de 15 places chacun ;
- L'ouverture au sein de la Case Soleil de St André d'un accueil fratrie de 12 places et d'un accueil éducatif de jour (AEJ) de 15 places ;
- La création de la Maison des familles en août 2010 à Savannah (Ouest) ;
- La création d'une unité d'accueil de jeunes mères enceintes et/ou avec enfants de moins de 3 ans au Foyer de l'Enfance de Terre Rouge (Sud) (bâtiment réalisé) ;
- L'ouverture d'une structure d'accueil pour adolescents en 2012 ;
- La création du Service d'Accueil Familial d'Urgence (SAFU) expérimental, opérationnel depuis 2007 (12 places supplémentaires) ;
- L'expérimentation d'un dispositif d'accueil et d'hébergement des jeunes en grande difficulté (MECS Les Filaos).

Tableau récapitulatif des créations de structures d'accueil

Structures	Date d'ouverture	Nb de places créées initialement	Révision du nb de places en 2013
2 Réseaux Accueil Relais	2009 et 2011	30 (2*15)	16
1 unité d'accueil fratrie	2011	12	26
1 Accueil Educatif de Jour	2011	15	12
1 Unité pour adolescents	2012	14	12
1 Unité Mère-Enfant	Prévision 2013 (bâtiment réalisé)	20	20
Nombre de places supplémentaires		91 places	86 places

De plus, des visites et préconisations conjointes Département/DTPJJ ont eu lieu en 2009-2010 pour évaluer les conditions de prise en charge dans les établissements. Les conclusions ont été transmises aux établissements en 2010.

Fiche-action 11 : Développer des prises en charge souples, alternées, et favoriser la continuité du suivi des situations

Les prises en charge multiples se sont développées : accueil de jour, réseaux d'accueil relais.

Un meilleur mixage s'opère entre accueil familial, accueil de jour et accueil en internat.

Une instance pluridisciplinaire de traitement des situations complexes regroupant les acteurs de l'accueil familial et de l'accueil en établissements, a été mise en place en 2011 et mérite d'être formalisée.

Globalement, la qualité de l'accompagnement s'est améliorée sur la période 2007-2012, aussi bien pour l'enfant que pour les professionnels accueillants.

On constate:

- une plus grande souplesse dans l'accompagnement ;
- une meilleure adéquation entre le Projet Pour l'Enfant (PPE) et le mode d'accompagnement éducatif.

Fiche-action 12 : Renforcer l'accompagnement des assistants familiaux

En 2012, le Département emploie 810 assistants familiaux accueillant 1615 enfants. En 2007, 740 assistants familiaux accueillaient 1487 enfants.

Cela représente, outre la compensation des nombreux départs en retraite, une masse salariale de 70 assistants familiaux supplémentaires et l'accueil de 123 enfants de plus.

Ce mode d'accueil connaît une montée en charge, et représente 71 % des enfants accueillis.

Le dispositif s'est largement professionnalisé depuis 2007 :

- Une équipe de neuf travailleurs sociaux a été recrutée en 2007 pour améliorer l'accompagnement professionnel. Cette équipe anime régulièrement depuis 2009 des groupes d'analyse des pratiques ;
- Le dispositif de formation a connu un fort développement en lien avec la loi du 27 juin 2005 qui prévoit la professionnalisation de ce corps de métier. Depuis 2009, 200 assistants familiaux ont obtenu leur diplôme d'Etat et 116 assistants familiaux supplémentaires entrent en formation fin 2012 ;
- Une politique de renouvellement et de rajeunissement des assistants familiaux a été menée, à deux niveaux :
 - ✓ recrutement de 200 assistants familiaux de 2009 à 2012;
 - ✓ mise en place pour les assistants familiaux de plus de 62 et 65 ans, d'une mesure incitative de départ à la retraite en 2010 et 2011 (24 sur 41 en ont bénéficié au 31/12/11), avec un « coup de chapeau » de 8 mois de salaire.

Ainsi, la collectivité a fait de l'accompagnement individuel et collectif des assistants familiaux une priorité. Aujourd'hui, leur statut est mieux reconnu et la professionnalisation de ce corps de métier est en cours. La collaboration entre les assistants familiaux et les autres acteurs socio-éducatifs s'est renforcée.

→ Les priorités identifiées :

La coordination entre les acteurs du placement familial doit être améliorée et les rôles des référents professionnels et des référents enfants doivent être mieux définis.

L'accueil relais doit lui aussi être amélioré, notamment pendant les périodes de congés des assistants familiaux et dans le cadre des prises en charge complexes.

Enfin, il conviendrait de développer des accueils spécifiques prenant en compte les besoins particuliers des adolescents et des jeunes sur le plan de la santé mentale, de la lutte contre les addictions, et des problèmes liés à une sexualité à risque.

Fiche-action 13 : Harmoniser les pratiques des professionnels et la coordination des interventions des équipes de placement familial

Un outil départemental de suivi des places disponibles est opérationnel depuis septembre 2011, alimenté par les arrondissements et centralisé par le service de l'accueil en famille.

La qualité du suivi dépend également de la capacité à se coordonner : une instance départementale composée de professionnels des services sociaux et d'assistants familiaux, se réunit depuis mai 2011. Sa mission première vise à améliorer la coordination entre les partenaires.

Le cadre de référence de l'accueil familial a pour objectif l'actualisation des fiches de procédures pour les assistants familiaux et le renforcement du maillage professionnel assistants familiaux/référents à travers des temps d'échanges au niveau des GUT.

Le suivi du placement familial et le maintien des liens entre les fratries ont été améliorés.

La collectivité a aujourd'hui une vision départementale précise des disponibilités d'accueil qui permet de répondre plus efficacement aux situations particulières.

Le suivi de l'activité s'est amélioré, et le travail partenarial entre la PMI et l'ASE en matière d'extension d'agrément est opérationnel au niveau central et déconcentré.

La Maison des Familles à Savannah (Ouest), créée en 2010 sur financement de la collectivité, et la Maison des Familles du Foyer de Terre Rouge sont des lieux conviviaux qui contribuent à améliorer l'exercice des droits de visite et d'hébergement. Un travail de réflexion est également mené par l'instance départementale sur ce sujet.

Enfin, le Département propose une formation sur la médiatisation des droits de visite et d'hébergement pour l'ensemble des travailleurs sociaux.

→ Les priorités identifiées :

Il est nécessaire de poursuivre l'effort d'amélioration des conditions pour l'exercice des droits de visite et d'hébergement, notamment dans le cadre des visites médiatisées, en développant des lieux d'échanges entre les parents et les enfants.

On peut par ailleurs envisager de mettre en place une formation partagée entre les différents intervenants de l'accueil familial, sur les visites médiatisées et l'accompagnement des tous petits et des adolescents.

Fiche-action 14 : Favoriser les prises en charge relais entre les établissements et le placement familial

Une commission départementale commune de traitement de situations complexes Etablissements/Accueil Familial est en cours de mise en place. Des formules d'accueils alternatifs (prises en charges multiples) entre assistants familiaux et établissements sont opérationnelles, notamment pour les situations complexes.

Le Service d'Accueil Familial d'Urgence (SAFU) est opérationnel depuis 2007. Douze places supplémentaires ont été créées dans ce cadre.

De plus, deux Réseaux d'Accueil Relais (accueils relais week-end et vacances fratries) fonctionnent dans le cadre d'un partenariat formalisé entre les GUT et les RAR.

Ainsi, pour les situations complexes, le maillage entre les établissements, l'accueil de jour et les assistants familiaux fonctionne efficacement.

→ Les priorités identifiées :

La gestion des places n'est pas optimisée et les places dédiées à l'accueil fratrie restent insuffisantes.

Les prises en charge multiples existantes se font au cas par cas dans la gestion de situations de crise, et méritent d'être mieux formalisées et coordonnées.

Fiche-action 15 : Mettre en place de l'accueil familial spécialisé

Ce service n'a pas été mis en place.

Compte tenu de l'évolution des profils d'enfants en difficultés sur la période, le placement spécialisé doit aujourd'hui s'adresser non seulement aux adolescents (public ciblé dans le schéma 2007-2012), mais à tous les jeunes qui présentent de graves troubles de la santé : autisme, psychose, polyhandicap, graves troubles du comportement.

Dans ce cadre :

- un accompagnement orienté vers le soin doit être développé, en lien avec les partenaires de la santé;
- des relais systématiques doivent être organisés pour éviter l'essoufflement des assistants familiaux qui accueillent ces enfants aux profils spécifiques.

La réflexion sur ce volet a été lancée en 2011. En attendant la formalisation d'un projet, le Département a mis en place des formations spécifiques à destination des assistants familiaux qui accueillent des enfants en grande difficulté ou porteurs de handicap, avec l'attribution d'une majoration de salaire significative.

Cette action est une priorité pour le nouveau schéma.

Fiche-action 16 : L'accueil des jeunes femmes enceintes et des jeunes mères avec enfant :

Une unité d'accueil de jeunes mères enceintes et/ou avec enfants est en cours de création au Foyer de l'Enfance de Terre Rouge (Sud). Cette nouvelle structure contribuera à éviter les ruptures de prise en charge tout en améliorant la couverture géographique des besoins de ces publics, dans une démarche de diversification de l'offre d'accueil.

Fiche-action 17 : Mettre en place un annuaire actualisé et décliné par territoire de l'ensemble des partenaires du champ de la protection de l'enfance à la Réunion

Cette action n'a pas été mise en œuvre. Les données et outils disponibles au niveau de chaque institution n'ont pas fait l'objet d'une mise en commun.

Pour l'ensemble des partenaires, l'annuaire constituerait cependant un outil pertinent pour avoir une vision globale des acteurs et actions pour la protection de l'enfance à la Réunion.

Cet outil nécessite des moyens humains, mais surtout techniques et informatiques, avec une mise à jour régulière. La mise en place d'un Observatoire de la Protection de l'Enfance pourrait permettre de répondre à ce besoin.

Fiche-action 18 : La mise en place d'un outil décrivant en temps réel les places disponibles dans les établissements :

Un tableau de bord est en place depuis le premier trimestre 2012, qu'il convient d'améliorer en vue de disposer de données systématiques et régulières. En effet, la transmission des données est encore partielle et irrégulière et contraint les services à une gestion au cas par cas.

Ce tableau permet d'avoir accès à l'information en temps réel des disponibilités des places en établissement, ainsi qu'une meilleure lisibilité pour les différents acteurs.

Il faut à présent prévoir la transmission régulière de cet outil aux GUT et aux partenaires, pour plus de lisibilité et de transparence des places disponibles dans les établissements.

4. L'EVOLUTION DES REPONSES ET DES PRATIQUES DIVERSIFIEES

BILAN GENERAL

1. ACTIONS REALISEES

- Articulation améliorée entre les acteurs intervenant dans le cadre des mesures d'AEMO (fiche-action 20)
- Amélioration réelle du suivi des enfants victimes avec l'affectation d'un travailleur social chargé d'accompagner et soutenir les enfants victimes et leurs familles (fiche-action 22).

2. DIFFICULTES RENCONTREES

- Peu de projets ont été concrétisés en direction des adolescents et des jeunes majeurs, malgré les fortes attentes des professionnels de terrain sur ce sujet (fiches-action 19 et 21). Un dispositif d'AEMO renforcée a été expérimenté dans le sud fin 2010. De plus, une unité d'accueil expérimentale pour huit adolescents en grandes difficultés a été créée dans une MECS en 2009. Ces deux expérimentations n'ont pas donné de résultats probants.
- L'offre doit se développer en faveur des publics à problématiques lourdes et complexes
- L'auto-évaluation des établissements n'a pas été mise en place (fiche-action 23)

➡ PRECONISATIONS POUR LE NOUVEAU SCHEMA

Les dispositifs de prise en charge n'offrent, en droit, que deux solutions : les mesures éducatives au domicile familial (administratives ou judiciaires), ou le placement (famille d'accueil ou internat). Ces options paraissent inadaptées à l'évolution des publics :

- rajeunissement des publics en difficultés, et présentant des situations complexes, notamment les adolescentes et pré adolescentes filles ;
- situations familiales lourdes marquées par la précarité ;
- accroissement des problématiques à la fois sanitaires et sociales ;
- accroissement des situations d'urgence sociale.

Il est nécessaire de tendre vers un traitement individualisé et des solutions évolutives.

L'offre doit ainsi être développée en faveur des publics adolescents à problématiques complexes, et des jeunes majeurs :

- expérimenter un dispositif d'AEMO renforcée (les éducateurs suivent 8 mesures maximum, alors qu'ils en suivent 27 à 30 en AEMO classique) ;
- créer des structures d'accueils et développer les modes d'accueil souples pour répondre aux problématiques complexes rencontrées par les adolescents, notamment les filles ;
- mettre en place l'auto-évaluation des établissements d'accueil ;
- accompagner les jeunes majeurs vers l'autonomisation par un accès facilité au logement et la mobilisation des dispositifs de droit commun ;
- continuer à améliorer l'articulation et la coopération avec la Justice et la DTPJJ autour des situations complexes par la formalisation de l'instance départementale de traitement des situations complexes.

Il convient par ailleurs de mettre en place l'auto-évaluation des établissements.

BILAN DETAILLE PAR FICHE-ACTION

Fiche-action 19 : Développer un dispositif spécifique en direction des adolescents en grande difficulté

Une unité d'accueil expérimentale pour huit adolescents en grandes difficultés a été créée dans une MECS en 2009. L'expérimentation a pris fin compte tenu des difficultés rencontrées dans la mise en œuvre.

De plus, un projet d'AEMO renforcée a été élaboré en 2010-2011 et ne s'est pas concrétisé.

Aujourd'hui, les attentes des professionnels de terrain sont fortes à ce sujet.

C'est une action prioritaire qu'il convient d'élargir à tous les mineurs, compte tenu du rajeunissement des publics présentant des problématiques complexes. Il sera également nécessaire de développer les dispositifs relais pour l'accueil ponctuel des jeunes en situation de crise ou d'errance.

Fiche-action 20 : Améliorer les articulations entre les associations intervenant dans le cadre des AEMO et les services publics du CG et de la PJJ

Le référentiel de l'Aide Educative Contractualisée à Domicile (AECD) a été validé le 8 avril 2009.

De plus, un travail partenarial conjoint DTPJJ-Conseil général a été mené en faveur de l'extension de capacité des deux associations habilitées en 2009-2010.

Le protocole relatif aux modalités de collaboration entre les associations habilitées pour la prise en charge des mesures d'AEMO a été signé le 6 mai 2009.

Deux conclusions principales ressortent de l'évaluation menée avec la DTPJJ, les GUT et les associations:

- la nécessité de réajuster les protocoles afin d'affiner l'articulation entre partenaires lorsque la mesure d'AEMO évolue vers un placement ;
- la nécessité de garantir l'échange d'informations et le partage de bilans entre partenaires.

Fiche-action 21 : Préparer et accompagner les mineurs de 16 ans et les jeunes majeurs de 18 à 21 ans à leur sortie du dispositif de protection de l'enfance

Environ trois cent jeunes de 16 à 18 ans sont placés en famille d'accueil.

En 2012, un état des lieux des projets des jeunes de 16 à 21 ans a été mené sur la base d'un questionnaire de recensement des besoins. Un cadre d'intervention sera proposé et inscrit dans le nouveau schéma.

→ Les priorités identifiées :

- Renforcer l'accompagnement des jeunes majeurs : élaborer les projets en amont et assurer un suivi régulier ;
- Accompagner les jeunes majeurs dans leur insertion scolaire et professionnelle en créant des mesures d'aide, de logement avec le réseau de bailleurs sociaux.

Fiche-action 22 : Améliorer la prise en compte des intérêts de l'enfant victime lors de la nomination du Département en qualité d'administrateur ad hoc

Dans le cadre de sa mission de protection de l'enfance, le Conseil général est désigné administrateur ad hoc. Il est le représentant provisoire du mineur, placé ou non. Il est chargé d'assurer l'accompagnement éducatif et psychologique du mineur du dépôt de plainte au recouvrement des dommages et intérêts.

La collectivité conventionne avec l'ARAJUFA pour l'appui à la constitution du dossier d'aide juridictionnelle et la désignation de l'avocat chargé d'assurer la défense des intérêts du mineur.

La loi n° 98-468 du 17 juin 1998 relative à la prévention et à la répression des infractions de nature sexuelle et la protection des mineurs (articles 706-50 et 706-51 du code de procédure pénale) élargit les conditions d'intervention de l'administrateur ad hoc afin d'assurer une meilleure prise en compte des intérêts des mineurs victimes. Le mandat d'administrateur ad hoc nécessite des connaissances juridiques et psychologiques.

Depuis 2010, la collectivité a affecté un travailleur social à temps complet chargé d'accompagner et soutenir les victimes et leurs familles en lien avec les avocats et les tribunaux.

De 2010 à 2011, on dénombre 34 désignations d'administrateur ad hoc dont 22 décisions du substitut et 12 du juge d'instruction dans le cadre de procédures pénales.

Fiche-action 23 : L'accompagnement des établissements et services habilités dans la démarche d'auto-évaluation

L'accompagnement à l'auto-évaluation n'a pas été réalisé et constitue une action prioritaire fixée par obligation légale, avec échéance des autorisations en 2013 (évaluation interne) et 2014 (évaluation externe).

Les établissements sont prêts à s'engager dans cette démarche.

Il faut envisager la mise en place de « référents qualité » et la constitution d'une liste de « personnes qualifiées » (obligation de la loi de 2002) pour l'ensemble des établissements.

5. LA MISE EN ŒUVRE DU SCHEMA

BILAN GENERAL

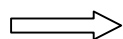
1. ACTIONS REALISEES

La coordination interinstitutionnelle s'est globalement améliorée :

- formalisation d'un cadre partenarial pour la protection de l'enfance en danger
- mise en place de l'instance départementale de l'accueil familial
- création de la commission départementale de traitement des situations complexes

2. DIFFICULTES RENCONTREES

- Essoufflement du pilotage du schéma suite aux réunions de coordination qui se sont tenues de 2007 à 2009 (fiche-action 24).
- Dans certaines situations d'urgence, la gestion se fait encore au cas par cas et la coordination peut être améliorée (fiche-action 26).
- Certaines actions n'ont pas été mises en place :
- ✓ l'Observatoire départemental de protection de l'enfance, instance de coordination et d'analyse prévue par la loi du 5 mars 2007 (fiche-action 25);
- ✓ les actions de formations interinstitutionnelles destinées à développer une culture professionnelle commune (fiche-action 27).



PRECONISATIONS POUR LE NOUVEAU SCHEMA ET CONCLUSION

La coordination pluri partenariale, le développement d'une culture interinstitutionnelle commune, la cohérence et la souplesse de solutions « pluri-accompagnements » doivent être renforcés.

Les objectifs prévus par le schéma ont été inégalement atteints et les productions inégalement mises en œuvre. Les fonctions d'observation (notamment la création de l'Observatoire de protection de l'enfance), de suivi et d'évaluation des actions ont été peu ou pas exploitées.

La mise en place des actions a parfois résulté des priorités contextuelles et non de celles préconisées par le schéma, sans suivi des recommandations et des modalités de mise en œuvre qu'il préconisait.

Au final, les acteurs de protection de l'enfance se sont peu approprié le document.

BILAN DETAILLE PAR FICHE-ACTION

Fiche-action 24 : Constituer un comité d'évaluation et de suivi du schéma départemental

Un comité pluri partenarial destiné à animer les travaux du schéma a effectivement été mis en place au début : quelques réunions ont été organisées entre 2007 et 2009, puis le pilotage s'est essoufflé. Certaines actions prévues au schéma ont été réalisées, mais sans référence au schéma et en dehors de son cadre.

Fiche-action 25 : Favoriser la mise en place d'un Observatoire départemental de protection de l'enfance

L'Observatoire départemental de la protection de l'enfance prévu par la loi du 5 mars 2007 n'a pas été mis en place, et les attentes des partenaires sont très fortes à ce sujet. Il existe des données statistiques au sein des différentes institutions (Département, justice, autres services de l'Etat, établissements, associations), et il est aujourd'hui nécessaire de les mutualiser au sein d'un Observatoire.

Fiche-action 26 : Conforter la coordination justice-département

Le cadre partenarial a été posé à partir de 2009 avec :

- le protocole Etat-Département-Justice-Rectorat (mai 2009) définissant un cadre commun au traitement de l'information préoccupante ;
- le protocole relatif aux modalités de collaboration entre les associations habilitées pour la prise en charge des mesures d'AEMO (6 mai 2009) ;
- la mise en place d'un groupe de travail et de suivi conjoint des associations habilitées ;
- la réactualisation du cadre de référence des établissements sociaux ;
- la mise en place de la commission départementale de traitement des situations complexes.

Pour faire vivre ce cadre, il convient de réactiver les réunions de coordination avec l'ensemble des partenaires, tant pour une analyse coordonnée des informations et des signalements que pour un traitement amélioré des situations complexes.

Fiche-action 27 : Promouvoir les formations inter institutionnelles et/ ou un réseau d'échange des pratiques professionnelles

Des formations ont été mises en place et suivies par les agents tout au long de la période, mais pas dans une dimension interinstitutionnelle.

Le travail en réseau, les échanges de pratiques et l'émergence d'une culture interinstitutionnelle commune restent à développer.

infos

**Direction Générale Adjointe des
Services chargée du Pôle Famille**

Direction de la Famille et de l'Enfance

Hôtel du Département

2, rue de la Source

97488 Saint-Denis Cedex

Téléphone : 0262 90 33 03

Télécopie : 0262 90 39 96

Email : dfamille-enfance@cg974.fr



www.cg974.fr

Le Conseil Général aux côtés des Réunionnais

