

**CONTRAT DEPARTEMENTAL DE
PREVENTION ET DE PROTECTION
DE L'ENFANCE**

Territoire du Bas-Rhin

2021-2022

Sommaire

CONTRAT DEPARTEMENTAL DE PREVENTION ET DE PROTECTION DE L'ENFANCE 2021-2022	2
Annexe 1 : DIAGNOSTIC TERRITORIAL.....	8
Annexe 2 : TABLEAU DE BORD FINANCIER ET PLAN D'ACTION.....	38
Annexe 3 : FICHES ACTIONS	41

CONTRAT DEPARTEMENTAL DE PREVENTION ET DE PROTECTION DE L'ENFANCE 2021-2022

Entre

L'État, représenté par Madame Josiane CHEVALIER, Préfète du Bas-Rhin, désigné ci-après par les termes « la Préfète »,

Et

L'Agence Régionale de Santé du Grand-Est, représentée par Mme Virginie CAYRE, Directrice Générale, désignée ci-après par les termes « l'ARS »,

Et

La Collectivité européenne d'Alsace, représentée par M. Frédéric BIERRY, Président de la Collectivité européenne d'Alsace, désigné ci-après par les termes « la Collectivité européenne d'Alsace »,

SIRET n° 200 094 332 00018

Vu le code de l'action sociale et des familles, notamment ses articles L. 221-1 et suivants ;

Vu le code de la santé publique, notamment ses articles L.2111-1 et suivants ;

Vu la loi n° 2020-1721 du 29 décembre 2020 de finances pour 2021 ;

Vu la loi n° 2020-1576 du 29 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021 ;

Vu la délibération n° xxxxxxxxxxxx de la Collectivité européenne d'Alsace en date du 18 octobre 2021 autorisant le Président à signer la présente convention ;

Il est convenu ce qui suit :

PREAMBULE

La Stratégie nationale de prévention et de protection de l'enfance 2020 - 2022 est la concrétisation de la concertation menée par le Secrétaire d'Etat chargé de la protection de l'enfance entre avril et juin 2019 en lien étroit avec l'Assemblée des départements de France (ADF) et qui a associé l'ensemble des acteurs du secteur. Elle part du constat que les inégalités sociales et de santé au sein de la population française perdurent voire ont pu se creuser, et ce dès la petite enfance. Les réponses aux besoins des enfants et de leurs familles restent trop tardives et insuffisamment coordonnées.

L'accès de tous les enfants à la prévention en santé, le repérage des signaux faibles, la transmission et l'évaluation des informations préoccupantes, ainsi que les délais de mise en œuvre des mesures doivent également être améliorés pour mieux protéger les enfants en danger ou en risque de danger.

Politique décentralisée depuis 1983, la protection de l'enfance met en relation étroite les conseils départementaux, un fort secteur associatif, ainsi que les services nationaux et territoriaux de l'Etat, qui conservent des responsabilités essentielles en termes d'accès aux politiques de droit commun (santé, éducation, culture...) et de respects des droits. Les tentatives récentes pour relancer une politique volontariste de protection de l'enfance, dans la continuité de la loi du 14 mars 2016, ont permis de réaliser des progrès importants pour mieux prendre en compte les besoins fondamentaux des enfants, dans une logique de parcours cohérents et coordonnés. Plusieurs indicateurs mettent néanmoins en évidence des disparités territoriales marquées, qui ne permettent pas toujours de garantir les mêmes chances et les mêmes droits à tous les enfants.

La protection maternelle et infantile, quant à elle, est une politique de prévention sanitaire et médico-sociale, compétence partagée de l'Etat, de l'Assurance maladie et des collectivités territoriales. Sa mise en œuvre sur le terrain repose largement sur les missions confiées aux services départementaux de protection maternelle et infantile (PMI) sous l'autorité du président du conseil départemental. Les recommandations du rapport de Mme Michèle PEYRON, députée, ont souligné le nécessaire recentrage des missions de la PMI sur le champ de la prévention. Visant à assurer à tous les enfants un accès équitable à la prévention en santé, la Stratégie nationale de prévention et de protection de l'enfance 2020-2022 s'inscrit dans la continuité du Plan priorité prévention qui a fait des 1000 premiers jours un axe phare de la politique de santé.

La Stratégie nationale de prévention et de protection de l'enfance s'articule avec la Stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté annoncée le 13 septembre 2018 par le Président de la République, notamment pour son engagement concernant la prévention des sorties sans solution de l'aide sociale à l'enfance. Elle est également complémentaire du Plan de lutte contre les violences faites aux enfants annoncé le 20 novembre 2019, notamment pour les mesures visant à améliorer le travail en réseau des professionnels et à renforcer les cellules de recueil des informations préoccupantes.

La présente convention vise à définir des priorités conjointes de l'Etat et de la Collectivité européenne d'Alsace s'inscrivant dans le cadre de la Stratégie nationale de prévention et de protection de l'enfance. Ces priorités sont déclinées sous la forme d'engagements réciproques et d'actions assorties d'objectifs mesurables et d'indicateurs de résultats.

ARTICLE 1 – OBJET DU CONTRAT

Par le présent contrat, la Préfète, l'ARS et la Collectivité européenne d'Alsace prennent des engagements réciproques s'inscrivant dans le cadre de la Stratégie nationale de prévention et de protection de l'enfance 2020-2022. Ces engagements réciproques se traduisent par la définition d'objectifs communs assortis d'indicateurs mesurables, et la mise en œuvre d'actions permettant de renforcer les coopérations entre les acteurs et d'instaurer une meilleure articulation entre leurs interventions, en cohérence avec leurs champs de compétences respectifs.

Dans ce cadre, la Collectivité européenne d'Alsace mettra en œuvre des actions nouvelles ou renforcera des actions existantes, en association étroite avec les services de l'Etat, l'ARS, leurs partenaires et les représentants des personnes concernées.

Ce contrat fixe également les engagements de l'Etat et de la Collectivité européenne d'Alsace sur le plan financier.

Il définit les modalités de suivi et d'évaluation des actions prévues au titre de ladite convention.

ARTICLE 2 – ENGAGEMENTS RÉCIPROQUES DE LA COLLECTIVITÉ EUROPÉENNE D'ALSACE ET DE L'ETAT

Cette contractualisation suppose une égalité des parties et des engagements tant de la Collectivité européenne d'Alsace que de l'État.

Les engagements sont définis conjointement par la Préfète, l'ARS et la Collectivité européenne d'Alsace dans le cadre d'un dialogue avec les autres collectivités locales (et notamment les communes et leurs centres communaux et intercommunaux d'action sociale), les caisses de sécurité sociale (CPAM, CAF et MSA), les partenaires associatifs et les représentants des personnes concernées. Dans cette perspective, la Collectivité européenne d'Alsace s'engage à présenter la présente convention à l'Observatoire Départemental de la protection de l'enfance. Le contrat signé par les parties est mis en ligne sur le site du Ministère chargé de la protection de l'enfance et du Ministère chargé de la santé.

2.1. Les engagements concourant à la mise en œuvre de la stratégie

Le Préfet, l'ARS et la Collectivité européenne d'Alsace s'accordent sur des objectifs correspondant aux engagements de la Stratégie nationale de prévention et de protection de l'enfance.

Parmi ces objectifs, **11 objectifs** concourent très directement à améliorer l'exercice par la Collectivité européenne d'Alsace de ses missions en matière de protection maternelle et infantile et d'aide sociale à l'enfance. Leur atteinte fera l'objet d'un suivi national renforcé.

Au-delà de ces objectifs fondamentaux, suite au diagnostic territorial conjoint, la Préfète, l'ARS et la Collectivité européenne d'Alsace ont choisi de s'engager sur **3 autres objectifs** de la Stratégie.

L'ensemble de ces 14 objectifs sont assortis d'indicateurs de résultat et de cibles chiffrées. Ils sont décrits en annexe du présent contrat (tableau de bord – annexe 2).

La Préfète, l'ARS et la Collectivité européenne d'Alsace s'engagent à réaliser des actions concourant à l'atteinte de ces 14 objectifs. Ces actions sont listées dans le plan d'action (annexe 2) et décrites dans des fiches actions (annexe 3).

2.2. Les engagements financiers de l'État et du Département

2.2.1. Financement par l'État

L'État apporte son soutien financier à la Collectivité européenne d'Alsace dans le cadre du présent contrat, pour la réalisation des actions listées dans le plan d'action.

Au titre de l'année 2021, ce soutien s'élève à un montant prévisionnel de **1 675 465 €**, dont **1 193 215 €** au titre de la loi de finances (programme 304) et **482 250 €** au titre du fonds d'intervention régional (FIR) versés à la Collectivité européenne d'Alsace pour la mise en œuvre des actions prévues au présent contrat et relevant de sa compétence.

En 2021, il n'est pas prévu de financement au titre de l'ONDAM médico-social versé aux établissements et services médico-sociaux qui concourent à l'accompagnement au titre du handicap des publics de l'aide sociale à l'enfance, et auxquels l'ARS confie la mise en œuvre des actions relevant de leur champ de compétences. Les projets portés par ces établissements démarreront en 2022 et seront financés au titre de l'ONDAM sur le prochain exercice.

L'État notifie les moyens financiers définitifs alloués à la Collectivité européenne d'Alsace au regard des crédits votés en loi de finances pour 2021, des crédits votés en loi de financement de la sécurité sociale pour 2021 et du nombre de départements signataires d'un contrat départemental pour la prévention et la protection de l'enfance en 2021.

Pour les années suivantes, ce montant sera défini par avenant au présent contrat, au regard des justifications produites au titre de l'année précédente. L'octroi des crédits sera conditionné notamment :

- à l'envoi du rapport d'exécution de la Collectivité européenne d'Alsace à la Préfète et à l'ARS ;
- à la mise en œuvre des actions et à l'atteinte des objectifs prévus par la présente convention, sur la base du rapport d'exécution de la Collectivité européenne d'Alsace.

2.2.2. Financements par la Collectivité européenne d'Alsace

La Collectivité européenne d'Alsace s'engage à ne pas diminuer les moyens financiers qu'il consacre en propre à l'aide sociale à l'enfance et à la protection maternelle et infantile par rapport à l'année de référence **2020** et pour toute la durée du contrat.

Elle s'engage également à consacrer à chaque objectif objet du présent contrat des financements au moins équivalents dans leur montant à ceux qui lui sont versés par l'État à ce titre. Ces financements peuvent consister en la valorisation de moyens existants. Ils sont décrits dans le plan d'action et dans les fiches actions correspondantes.

ARTICLE 3 – SUIVI ET EVALUATION DU CONTRAT

Le suivi et l'évaluation de l'exécution du présent contrat sont effectués de façon conjointe par la Collectivité européenne d'Alsace et l'Etat, selon une périodicité annuelle. Toutefois, les indicateurs relatifs aux visites à domicile réalisées par la PMI feront l'objet de remontées semestrielles. Les modalités de pilotage au niveau départemental sont définies par la Collectivité européenne d'Alsace, la Préfète et l'ARS.

La Collectivité européenne d'Alsace est chargée de préparer un projet de rapport annuel d'exécution du présent contrat départemental de prévention et de protection de l'enfance. Ce projet contient un bilan financier des actions mises en œuvre et décrit les résultats obtenus ainsi que l'atteinte des objectifs fixés en s'appuyant sur le tableau de bord annexé au présent contrat. Il contient également un bilan global synthétisant l'ensemble des actions conduites par la Collectivité européenne d'Alsace et ses partenaires sur le territoire.

Ce projet de rapport est proposé à la Préfète et à l'ARS, puis présenté pour avis à l'Observatoire départemental de la protection de l'enfance, avant d'être arrêté conjointement. Il fait l'objet d'une délibération transmise à la Préfète et à l'ARS au plus tard le 30 juin de l'année suivant l'exercice concerné. Il est mis en ligne sur le site du Ministère chargé de la protection de l'enfance et du Ministère chargé de la santé.

ARTICLE 4 – MODALITÉS DE VERSEMENT DES CRÉDITS

La contribution de l'Etat fera l'objet de deux versements annuels à la Collectivité européenne d'Alsace, l'une au titre de la loi de finances (programme 304) et l'autre au titre du FIR.

Les montants correspondants seront crédités sur le compte de la Collectivité européenne d'Alsace :

Dénomination sociale : **Collectivité européenne d'Alsace**

Code établissement : **30001**

Code guichet : **00307**

Numéro de compte : **C 6 830 000 000**

Clé RIB : **86**

IBAN : **FR 43 3000 1003 07C6 8300 0000 86**

BIC : **BDFEFRPPCCT**

Au titre de la loi de finances (programme 304) :

- l'ordonnateur de la dépense est la Préfète du Bas-Rhin ;
- le comptable assignataire de la dépense est le Directeur régional des finances publiques de la région Grand Est et du département du Bas-Rhin.

La dépense est imputée sur les crédits ouverts sur le programme 304 « Inclusion sociale et protection des personnes », action 17 « Protection et accompagnement des enfants, des jeunes et des familles vulnérables », sous action 09 « Stratégie de prévention et de protection de l'enfance », activité 030450171901 « Contractualisation stratégie protection enfance SD ».

Les crédits versés au titre du programme 304 pourront faire l'objet d'une fongibilité entre les actions prévues par le présent contrat au sein de cette enveloppe, sous réserve d'une information préalable de la Préfète. Ces modifications seront inscrites au contrat lors de l'adoption de l'avenant financier annuel mentionné à l'article 4.

Au titre du FIR :

La subvention non pérenne d'un montant maximum de 482 250 € sera versée en une ou plusieurs modalités définies ci-après :

Action n°202104486

Imputation comptable	Montant	% du montant total maximum de la subvention	Date prévisionnelle de versement
MI1-2-34 : Soutien à la mission santé des PMI	482 250 €	100%	A la signature du contrat par les trois parties

- L'ordonnateur de la dépense est la Directrice Générale de l'ARS du Grand Est ;
- Le comptable assignataire de la dépense est le Directeur régional des finances publiques de la région Grand Est et du département du Bas-Rhin.

Les crédits versés au titre du FIR pourront faire l'objet d'une fongibilité entre les actions prévues par le contrat au sein de cette enveloppe, sous réserve d'une information préalable de l'ARS. Ces modifications seront inscrites au contrat lors de l'adoption de l'avenant financier annuel mentionné à l'article 5.

ARTICLE 5 – DURÉE DU CONTRAT ET RENOUVELLEMENT

Le présent contrat prend effet à compter de sa signature. Il prend fin le 31 décembre 2022.

Il fait l'objet d'un avenant annuel et, si besoin, en cours d'année, portant sur les montants financiers alloués et, le cas échéant, sur les engagements respectifs de l'État et de la Collectivité européenne d'Alsace.

ARTICLE 6 – DÉNONCIATION DU CONTRAT

Le contrat peut être dénoncé par l'une ou l'autre des parties par lettre recommandée avec accusé de réception adressée aux deux autres parties au plus tard le 31 décembre de chaque année. La Collectivité européenne d'Alsace reste soumise aux obligations résultant de l'article 4 de la présente convention, en particulier la transmission d'un rapport portant sur l'exécution du contrat.

ARTICLE 7 – LITIGE

Tout litige résultant de l'exécution du présent contrat est du ressort du tribunal administratif de STRASBOURG après la recherche d'une résolution amiable.

Fait à STRASBOURG, le

La Préfète du Bas-Rhin,

La Directrice Générale de
l'Agence Régionale de Santé
Grand Est,

Le Président de la
Collectivité Européenne
d'Alsace,

Josiane CHEVALIER

Virginie CAYRE

Frédéric BIERRY

Le contrôleur budgétaire en région

Annexe 1 : DIAGNOSTIC TERRITORIAL

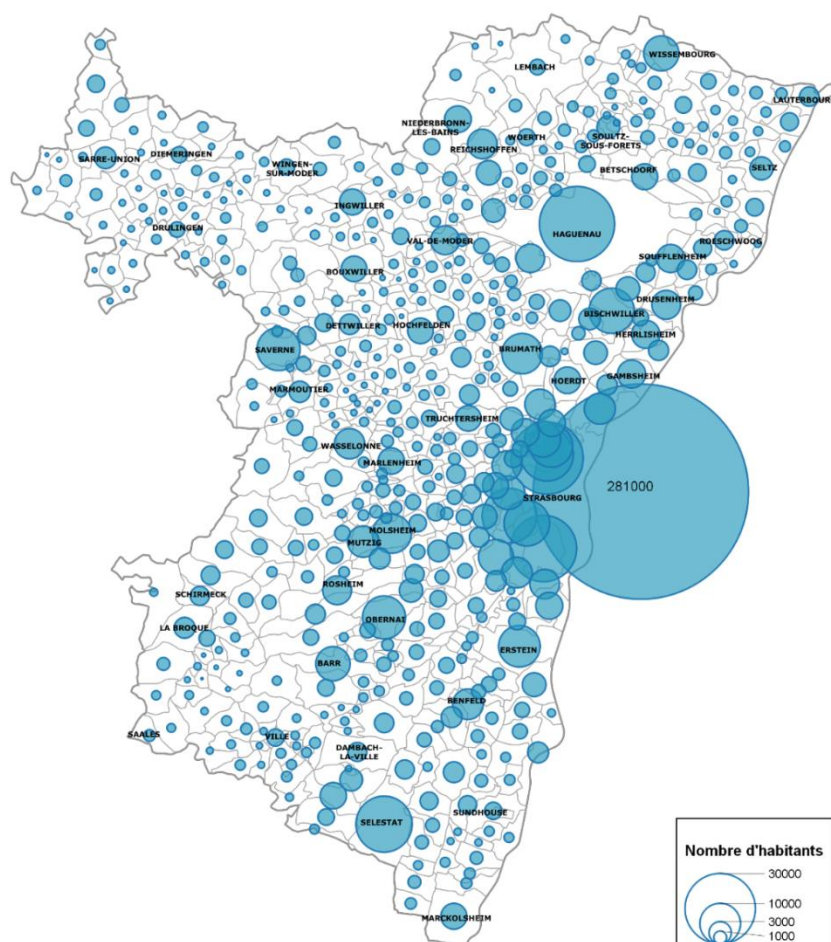
I. Situation démographique du Bas-Rhin

1. Une démographie contrastée

La population Bas-Rhinoise était de 1 125 559 habitants selon le dernier recensement de l'INSEE de 2017.

D'après les projections de l'INSEE, cette population serait de 1 132 607 habitants en 2020 et de 1 181 174 habitants en 2030 soit une évolution de 5 % par rapport à 2017.

Population des communes en 2017



Cette population est inégalement répartie d'un territoire à l'autre. En effet, les pôles urbains tels que Strasbourg, Haguenau concentrent une plus importante population.

Cette attractivité de Strasbourg est due à son caractère urbain, mais aussi au fait qu'il soit un territoire frontalier à l'Allemagne. Il s'avère que les immigrés non Européens s'installent le plus souvent dans les grands pôles urbains et que les immigrés Européens résident le plus souvent au niveau des frontières surtout lorsqu'ils viennent d'arriver. Puis avec le temps leur dispersion s'assimile à celui des non-immigrés.

2. Une évolution démographique dissemblable selon les communes...

De 1968 à 2017, le taux d'accroissement annuel moyen du Bas-Rhin est de 5 % soit un gain de 257 473 habitants en moins de 40 ans. Cette évolution est au-delà de celle du Grand-Est (en moyenne 2 % annuel) et de la France métropolitaine (en moyenne 4 % annuel).

Entre 2007 et 2012, le Bas-Rhin a connu une évolution de sa population de **1,8 %** contre **0,8 %** pour le Grand-Est et **2,6 %** pour la France métropolitaine.

Entre 2012 et 2017, le taux d'évolution démographique du Bas-Rhin est de **1,9 %** contre **0,0%** pour le Grand Est et **2,0 %** pour la France métropolitaine.

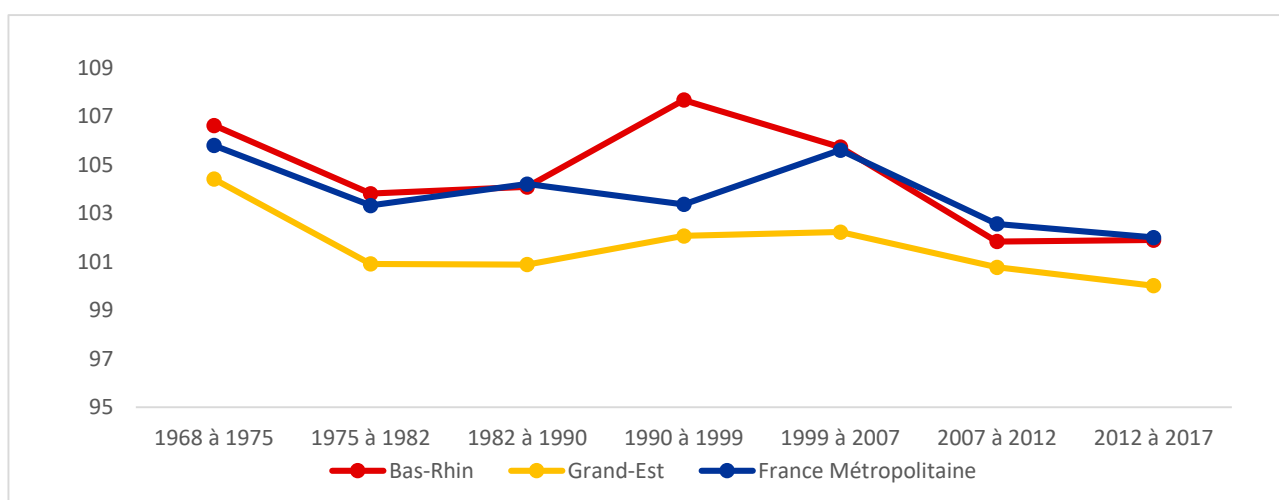
Entre 2017 et 2020 (projection Insee), la population Bas-Rhinoise devrait croître de **0,9 %** alors que celle du Grand-Est devrait baisser de **-0,8 %**, celle de la France métropolitaine devrait avoir une tendance à la hausse de **1,1 %** selon les projections de l'INSEE.

Ainsi, sur la période de 1968 à 2020, les populations du Bas-Rhin, du Grand-Est et de la France métropolitaine sont caractérisées par une hausse plus importantes entre 1968 et 2017 et moins marquées au-delà voire négatif pour le Grand-Est.

Tableau 1 : Evolution des populations de 1968 à 2017

Population	1968	1975	1982	1990	1999	2007	2012	2017
Bas-Rhin	827 367	882 121	915 676	953 053	1 026 120	1 084 840	1 104 667	1 125 559
Grand-Est	4 966 173	5 185 039	5 231 931	5 278 005	5 386 939	5 506 686	5 549 000	5 549 586
France Métropolitaine	49 711 853	52 591 584	54 334 871	56 615 155	58 518 395	61 795 238	63 375 971	64 639 133

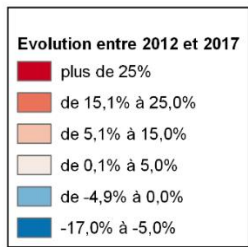
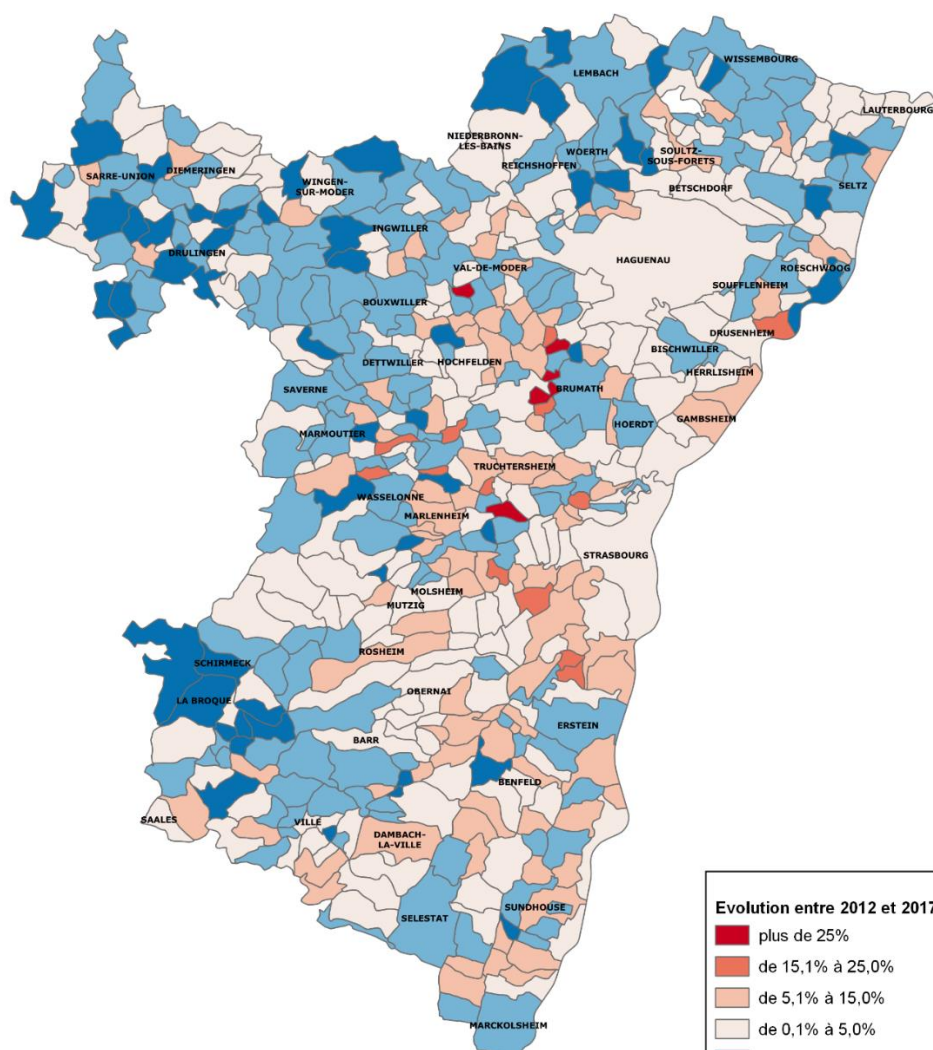
Graphique 1 : Indice d'évolution de la population



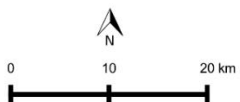
L'indice d'évolution mesure la variation relative de la valeur entre la période de base et la période courante. Il est obtenu en faisant le rapport entre la population de l'année N+1 et l'année N puis multiplié par 100.

Cette croissance est notamment portée par le solde naturel qui représente l'excédent de naissances sur les décès. Néanmoins, la croissance de la population du Bas-Rhin est marquée par une divergence des dynamiques (solde naturel ou migratoire) selon les communes.

Population des communes de 2012 à 2017



Fond de plan : ADMIN EXPRESS - IGN 2017
Données : CEA / DITP / SIAS
DITP/UGD/TL
7/17/2021
Statistiques population.g2z



Ainsi quelques disparités résident dans les facteurs d'évolutions démographiques selon le caractère urbain ou non des territoires. En effet, le poids du solde migratoire est plus important dans les territoires urbains.

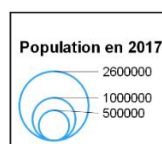
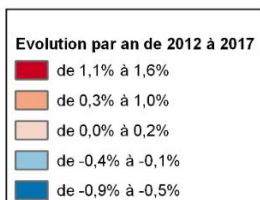
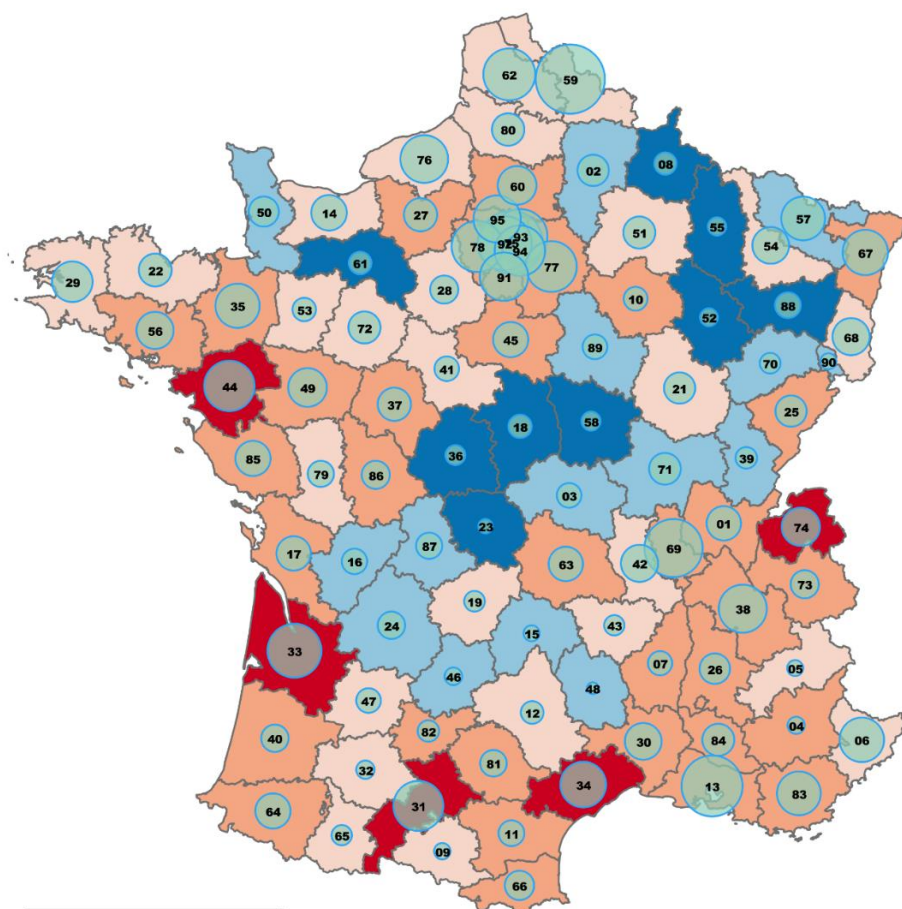
Avant 1990, la Communauté Urbaine de Strasbourg capte plus de 40 % de l'augmentation de la population.

A partir de 1990, les communes aux alentours se démarquent en terme d'évolution démographique par rapport à Strasbourg.

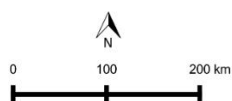
3. ...à l'image de celle de la France Métropolitaine

Sur la période 2012-2017, l'évolution démographique de la population française est hétéroclite d'un département à l'autre. La plupart des départements du Grand-Est est dans la moyenne voire en deçà. Le Bas-Rhin se démarque en étant le département qui supporte le plus à la hausse le taux de croissance démographique du Grand-Est.

Population des départements de 2012 à 2017



Fond de plan : ADMIN EXPRESS - IGN 2017
Données : CEA / DITP / SIAS
DITP/AGC/TL
7/1/2021
Statistiques population.ggz



Les départements qui ont connu les plus importantes croissances entre 2012 et 2017 sont le Loire-Atlantique, la Gironde, la Haute-Savoie, la Haute-Garonne et l'Hérault. Leurs taux varient entre 1,1 % et 1,6 %.

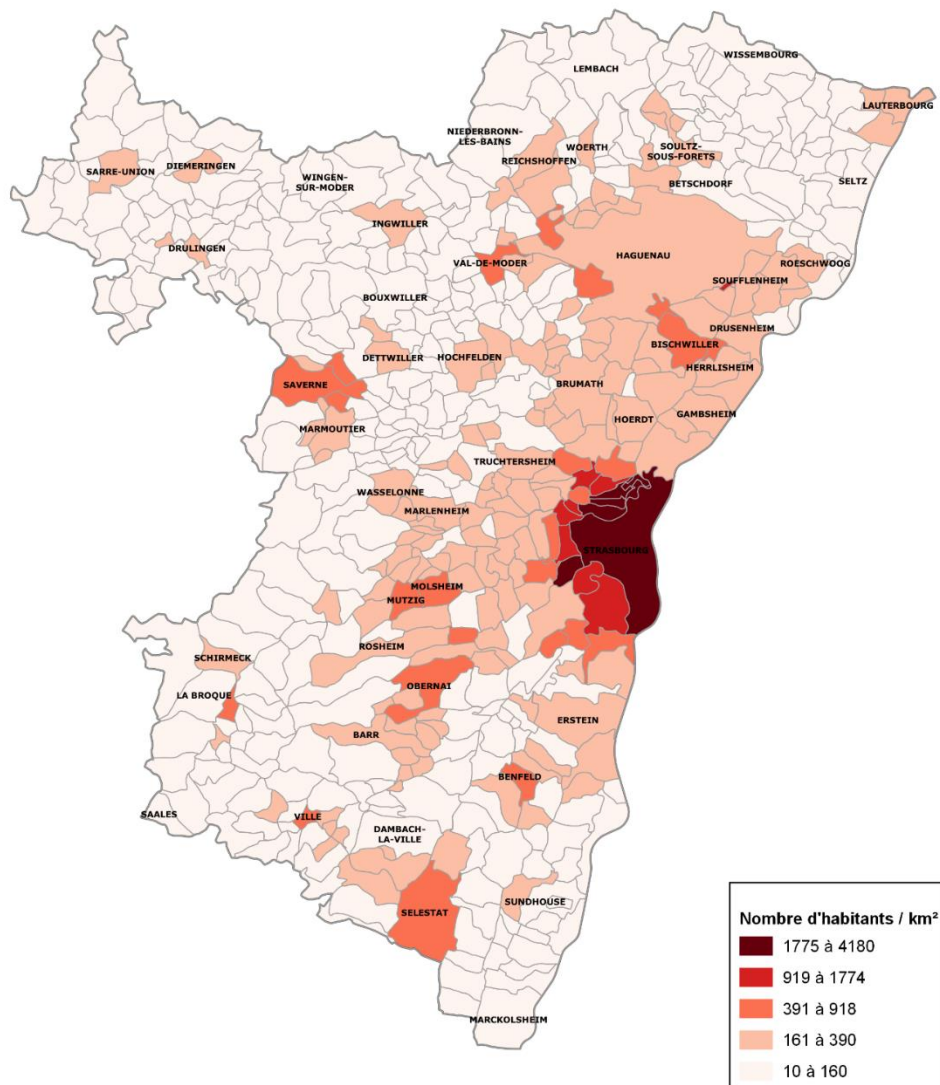
Ceux qui ont connu les plus faibles évolutions sont l'Orne, les Ardennes, la Meuse, la Haute-Marne, les Vosges, la Nièvre, le Cher, l'Indre, et la Creuse. Leurs taux varient entre -0,9 % et -0,5 %.

Le Bas-Rhin se situe dans le deuxième groupe ayant les plus importants taux à savoir entre 0,3% et entre 1,0%.

4. Une densification accentuée des pôles urbains et péri-urbains

La densité de la population du Bas-Rhin en 2017 est de 236,7 habitants au kilomètre carré. Elle est au-dessus de celle du Grand-Est qui est de 96,6 habitants par kilomètre carré. La densité de la population du Bas-Rhin est plus importante de 1,9 % que celle de la France qui est 122,1 habitants au kilomètre carré et de 2,5 % de celle du Grand-Est.

Densité de la population en 2017

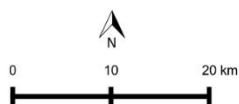


De fortes disparités subsistent au niveau de la densification de la population Bas-Rhinoise.

Les territoires les plus denses dans le Bas-Rhin sont la commune de Strasbourg et sa périphérie.

Les autres communes les plus densément peuplées après Strasbourg sont entre autres Molsheim, Mutzig, Obernai, Benfeld, Sélestat, Villé, Saverne, Bischwiller, Val-De-Moder.

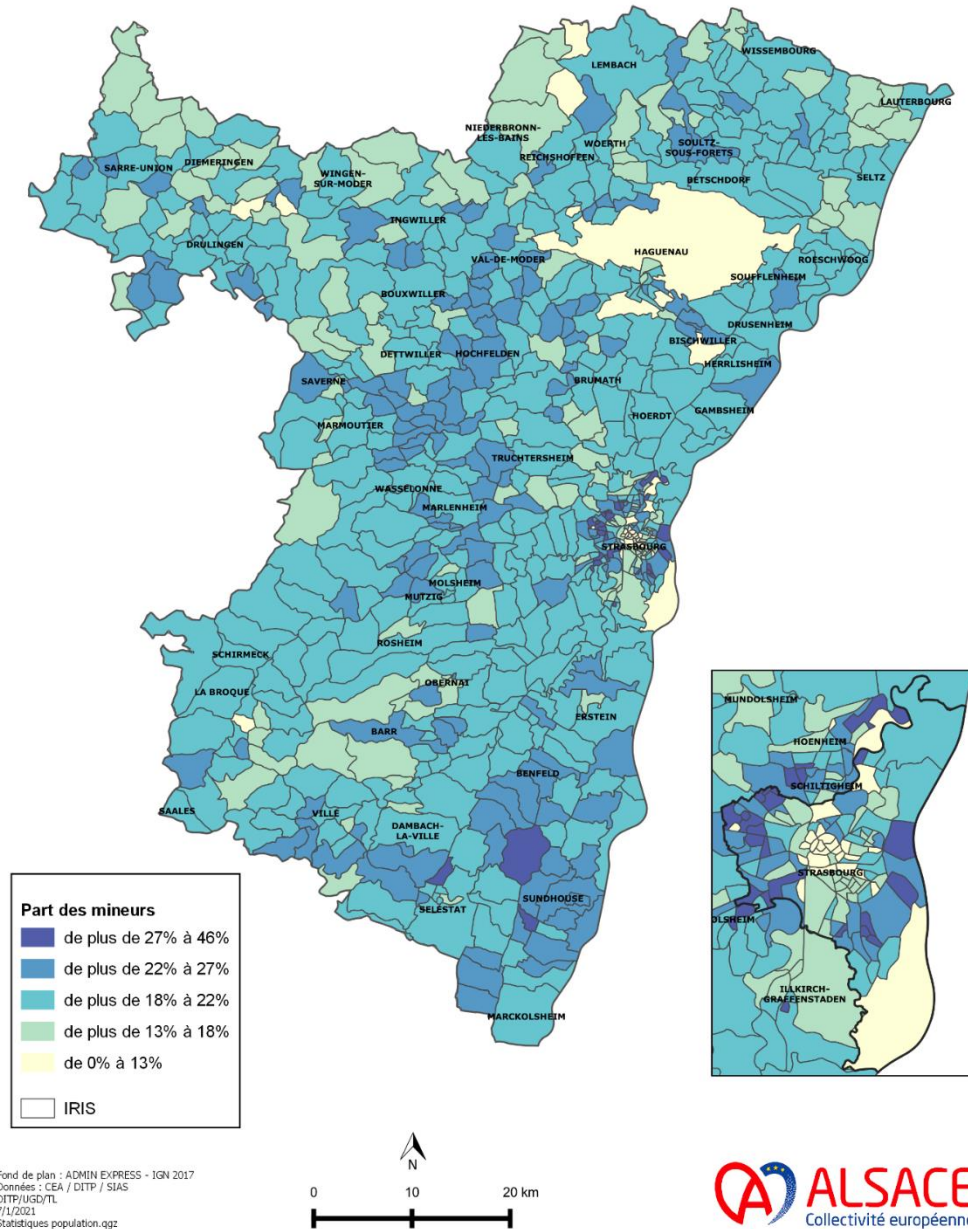
Fond de plan : ADMIN EXPRESS - IGN 2017
Données : CEA / DITP / SIAS
DITP/UGD/TL
7/1/2021
Statistiques population.qgz



5. Une population encore relativement jeune par rapport à celle de la France...

La population Bas-Rhinoise reste relativement plus jeune que la moyenne française grâce à la surreprésentation des actifs et des étudiants.

Part des mineurs par IRIS



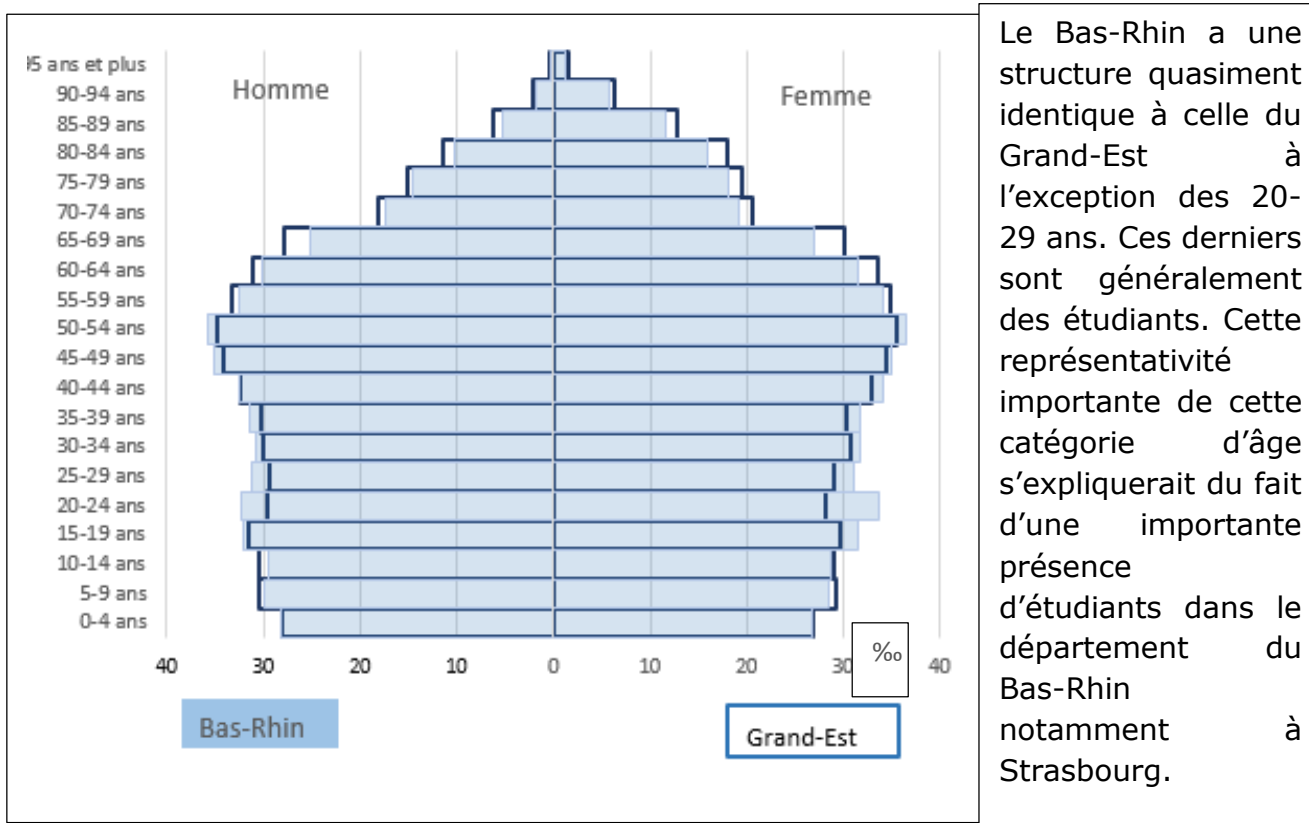
Cette jeunesse se voit à travers le poids des mineurs sur la population.

La carte ci-contre met en lumière des disparités d'un territoire à l'autre.

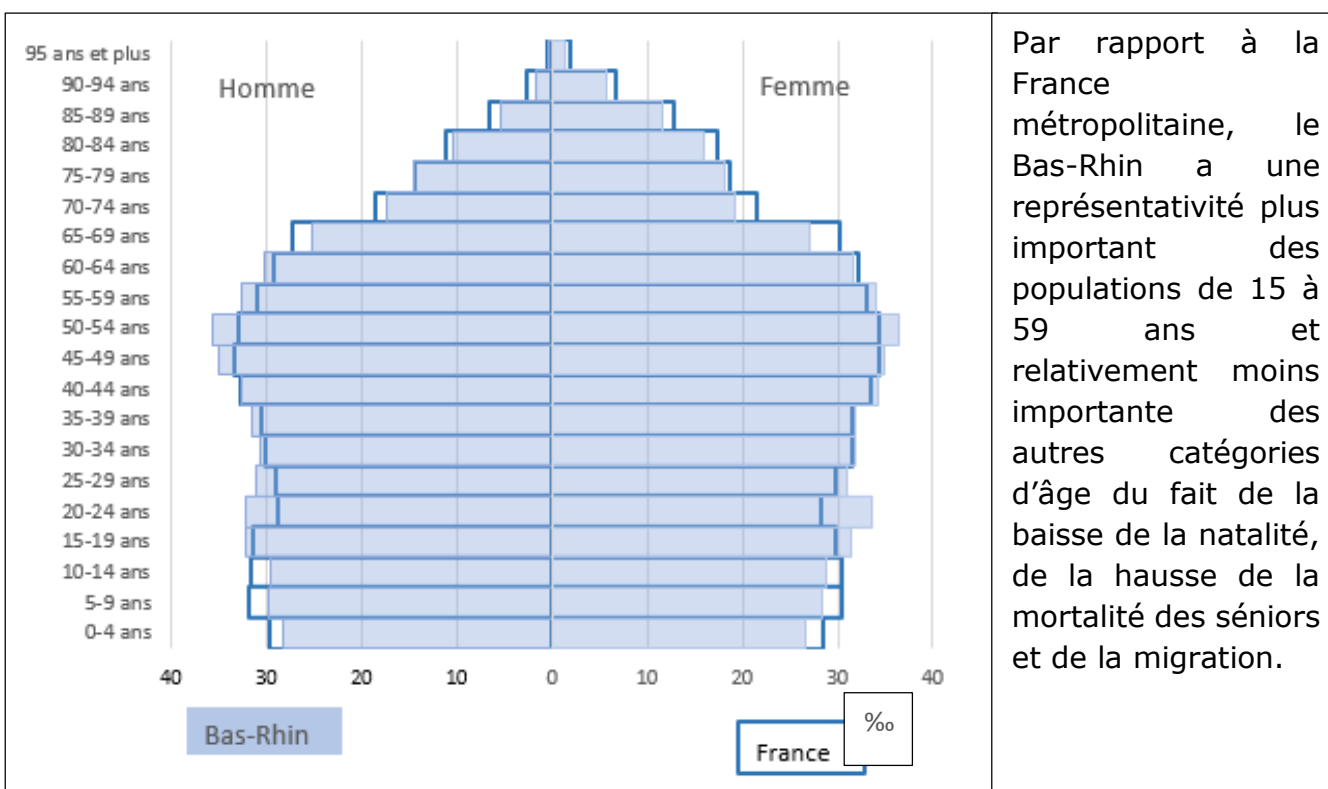
Les mineurs sont plus présents là où les familles s'implantent le plus souvent, à savoir dans la périphérie des pôles urbains tels que Strasbourg, Haguenau, ... mais aussi dans les petites villes.

Le nord Est et le Nord-Ouest semble être moins jeunes que le sud du Bas-Rhin.

Pyramide 1 : Superposition des pyramides des âges du Bas-Rhin et du Grand-Est



Pyramide 2 : Superposition des pyramides des âges du Bas-Rhin et de la France métropolitaine

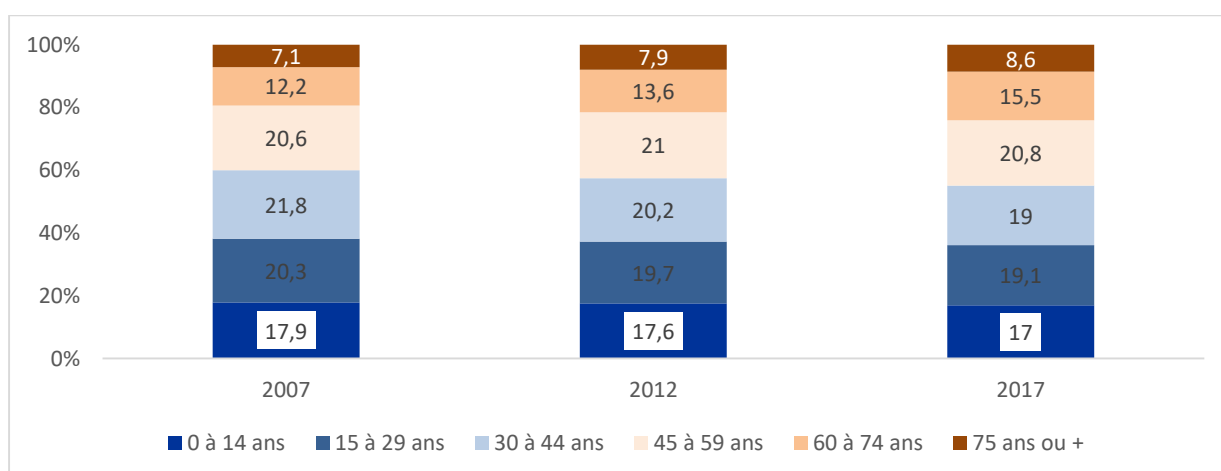


6. ...mais qui ressent les effets secondaires du baby-boom et d'une natalité en baisse

En 2017, la part de population la plus représentative dans le Bas-Rhin est celle qui est âgée entre 45 et 54 ans. Elle représente 20,8 % de la population Bas-Rhinoise. Elle est suivie par la population âgée entre 15 et 29 ans (19,1%), de celle de 30 à 34 ans (19%). Les plus jeunes (0 à 14 ans) représentent 17 % de la population. Ils sont suivis des séniors âgés de 60 à 74 ans qui représentent 15,5 % de la population et des 75 ans et plus (8,6%). Les femmes représentent 52 % de la population Bas-Rhinoise.

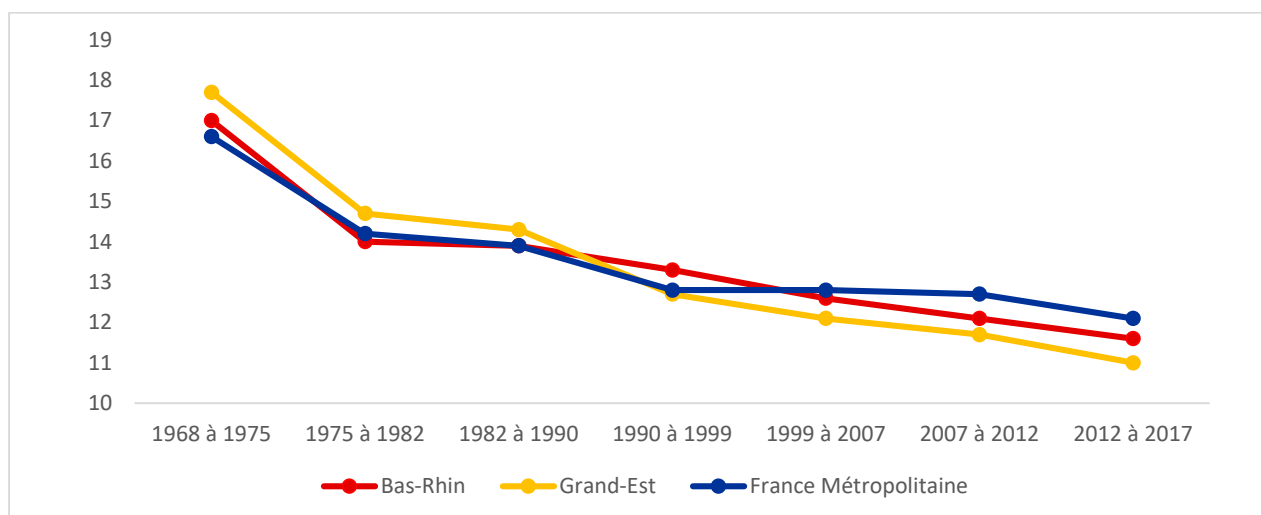
Aussi les dix dernières années antérieures à 2017 étaient marquées par une baisse du poids des plus jeunes au profit des plus âgés. Le poids des 0-44 ans a baissé alors que celui des 45 ans et plus augmente.

Graphique 2 : Evolution de la population Bas-Rhinoise par tranche d'âge (%)



Cette sous représentativité des personnes de bas âges est due à la baisse de la natalité. En effet, les taux de natalité dans les trois territoires que sont la France métropolitaine, le Grand Est et le Bas-Rhin ont baissé entre 1968 et 2017. La baisse du taux de natalité du Bas-Rhin est plus importante que celle de la France métropolitaine sur la période 1968-2017 (-5,4 % pour la Bas-Rhin et -4,5 % pour la France).

Graphique 3 : Taux de natalité dans le Bas-Rhin (‰)



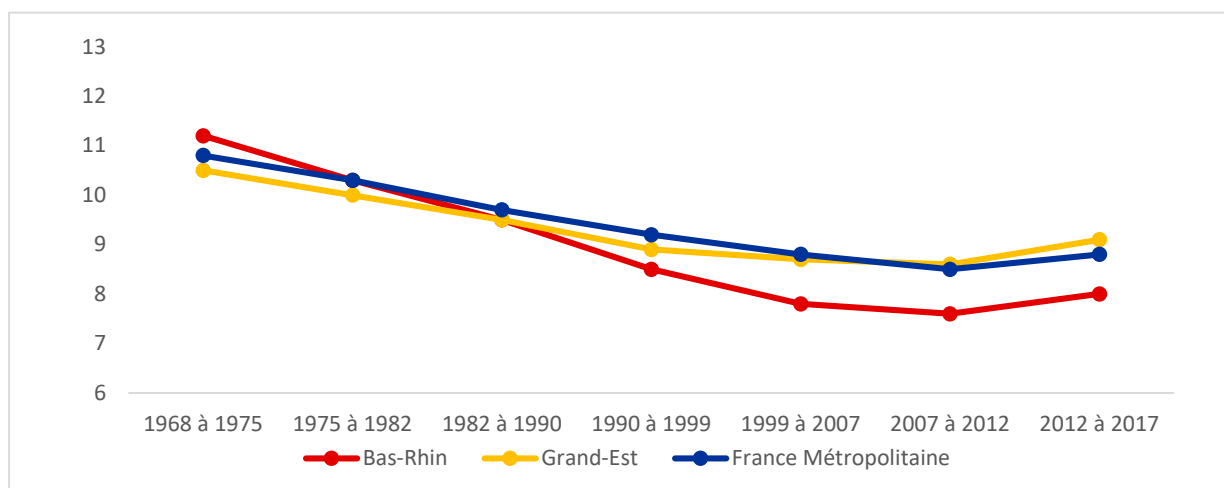
Les effets secondaires du baby-boom sont une surreprésentation des personnes âgées et une surmortalité aux âges élevés.

Le taux de mortalité n'a cessé de baisser depuis les 1968 à 2012 pour l'ensemble des territoires grâce aux évolutions en matière médicale ces dernières années. Entre 2012 et 2017, il y a eu un léger infléchissement avec une hausse du taux de mortalité. Cette augmentation s'explique par l'arrivée des générations du Baby-boom (ceux qui sont nées entre 1946 et 1974) à des âges de fortes mortalité.

Sur la période 1968-2017, le taux de mortalité moyen est plus faible respectivement dans le Bas-Rhin (8,99 %), dans le Grand-Est (9,33 %) et en France (9,44 %).

Sur la période d'infléchissement de la tendance à la baisse (2012-2017), les hausses les plus importantes sont respectivement enregistrées pour le Grand-Est (0,5 point), pour le Bas-Rhin (0,4 point) et pour la France (0,3 point).

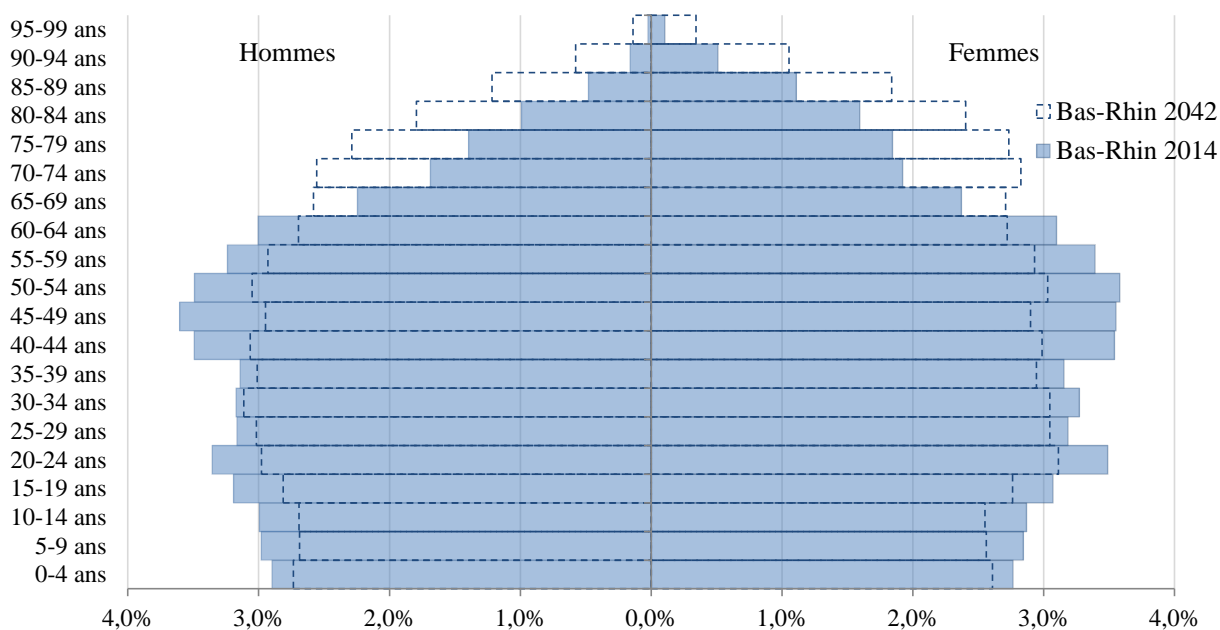
Graphique 4 : Taux de mortalité dans le Bas-Rhin (‰)



Ainsi, la combinaison des effets du baby-boom et de la baisse de la natalité a pour résultat une hausse du poids des personnes âgées en dépit de la légère hausse du taux de mortalité entre 2012 et 2017. Cela met de plus en plus en évidence l'éventuel avènement d'un vieillissement de la population du Bas-Rhin.

En effet, d'après les projections de l'INSEE les tendances actuelles se poursuivront en 2042. Cette année sera marquée par un vieillissement de la population Bas-Rhinoise caractérisée par une baisse des populations les plus jeunes au profits des personnes âgées.

Pyramide 3 : Superposition pyramide des âges du Bas-Rhin de 2014 et celle de 2042 (projection INSEE)



1. Une surreprésentation des retraités par rapport aux autres catégories socio-professionnelles

Quel que soit le territoire la part de retraités est beaucoup plus importante 25 % pour le Bas-Rhin et 27 % pour les autres territoires.

La population de retraités est suivie des employés et « autres personnes sans activités professionnelles » qui se situent aux alentours de 16 % quel que soit le territoire.

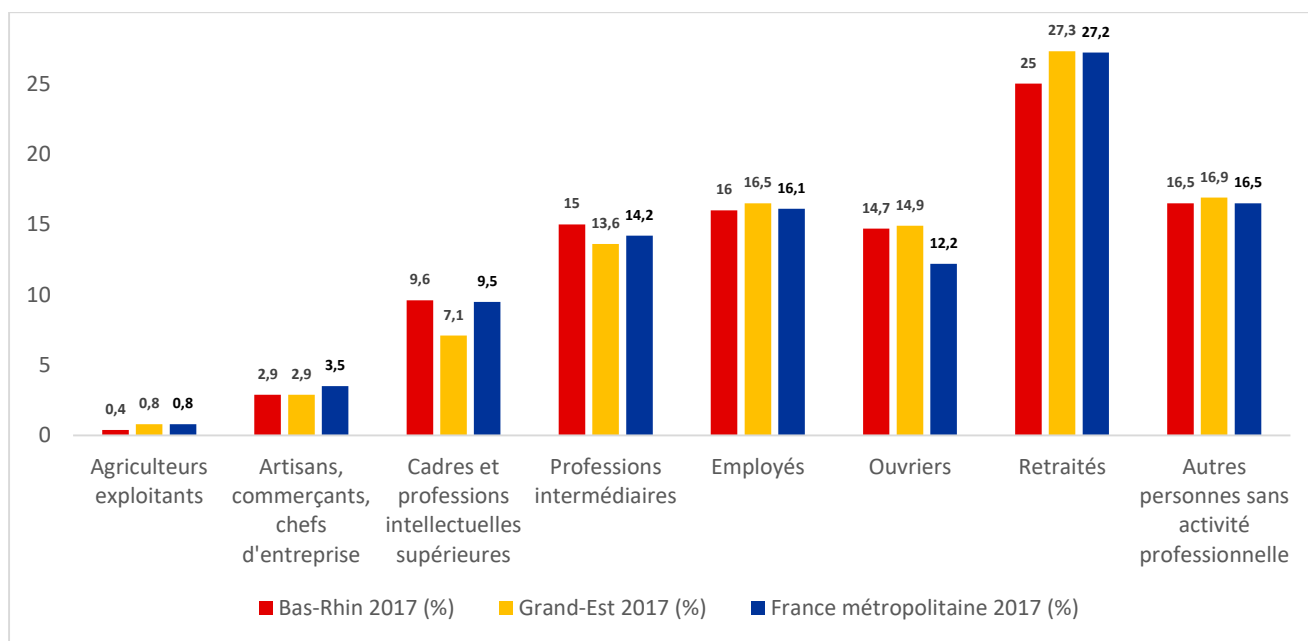
Le quatrième profil de population qui en moyenne est le plus représenté est « les professions intermédiaires » avec 9,6 % pour le Bas-Rhin, 13,6 % pour le Grand Est et 14,2 % pour la France.

Le cinquième est la catégorie « ouvriers » avec une part de 14,7 % pour le Bas-Rhin, 14,9 % pour le Grand Est et 12,2 % pour la France.

La sixième classe est celle des « cadres et professions intermédiaires » qui représente environ 10 % de la population Bas-Rhinoise et française, et 7 % de la population du Grand –Est.

L'avant dernière catégorie est « les artisans, commerçant et chefs d'entreprise » et la dernière est « les agriculteurs exploitants ».

Graphique 4 : Catégorie socio-professionnelle des Bas-Rhinois



2. Un chômage moins important par rapport à la moyenne nationale

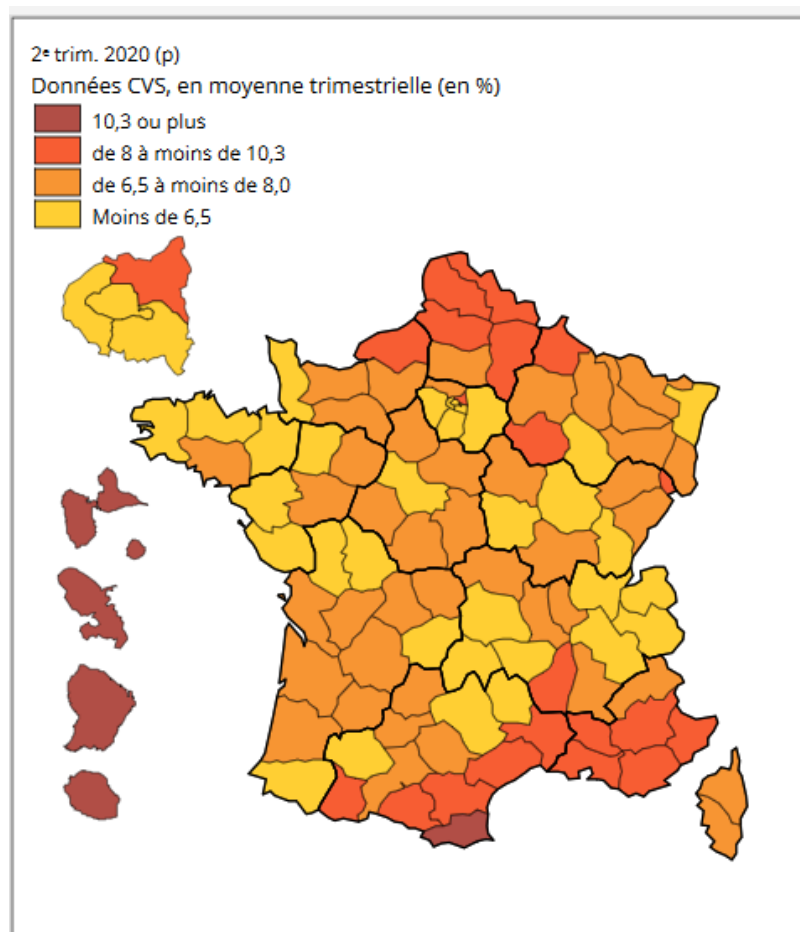
Le taux de chômage du Bas-Rhin au deuxième trimestre 2020 est de 6,1 %. Il est en deçà de la moyenne nationale (7,1 %) et de celui du Grand-Est (6,9 %).

Ce taux est différent selon les zones d'emploi. Strasbourg enregistre un des taux les plus élevés (7,8 %) contre 6,1 % pour Sélestat et 5,5 % pour Haguenau, ... au quatrième trimestre 2019 alors que le Bas-Rhin se situait à 6,8 %.

Entre le deuxième trimestre 2019 et le deuxième trimestre 2020, les taux de chômage du Bas-Rhin, du Grand-Est et de la France ont baissé respectivement de 1 point, 1,2 point et de 1,1 point.

L'indicateur de concentration d'emploi qui est égal au nombre d'emplois dans la zone pour 100 actifs ayant un emploi résidant dans la zone est de 96 % pour le Bas-Rhin, à 91,9 % pour la région Grand-Est et de 98,3 % pour la France métropolitaine en 2017, soit respectivement une variation de +0,2 point, -0,9 point et -0,2 point entre 2012 et 2017.

Taux de chômage par département au deuxième trimestre 2021



Le Bas-Rhin fait partie des départements de France à faible taux de chômage au deuxième trimestre de l'année 2020.

Au niveau du Grand-Est, le Bas-Rhin et la Haute-Marne sont les seuls à être dans ce groupe des moins de 6,5 % en taux de chômage.

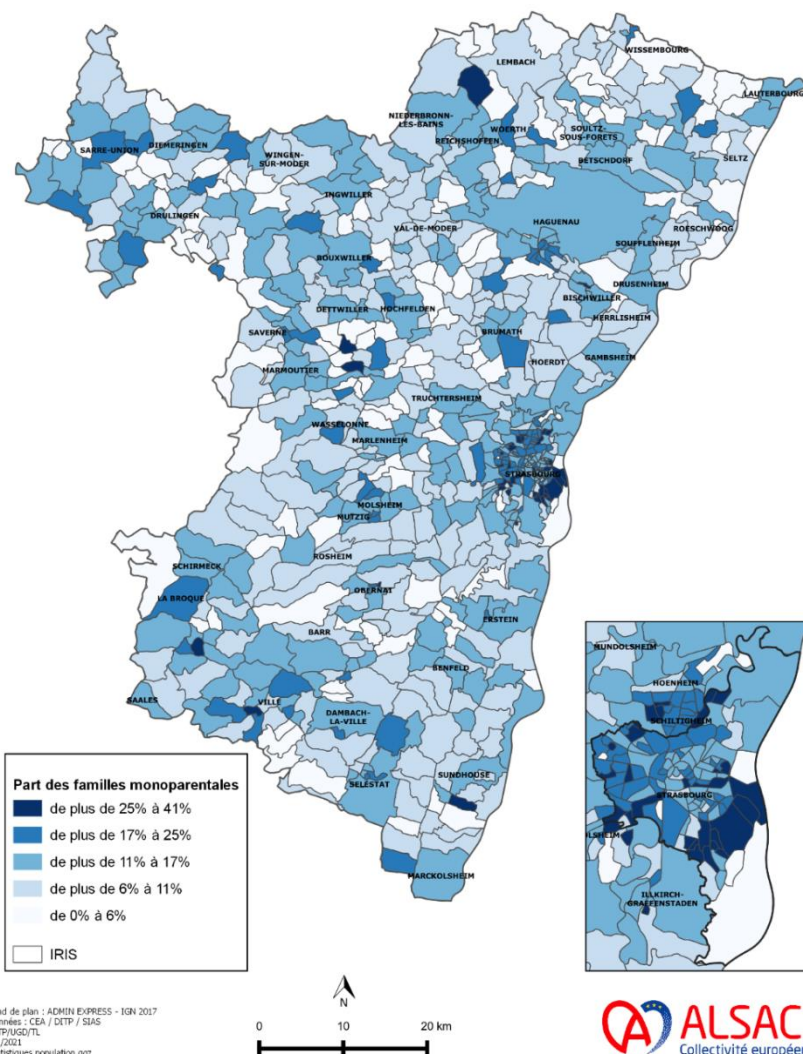
Au niveau de la France, les départements du Nord, du Sud-Est et d'outre-mer sont les plus touchés par le chômage au deuxième trimestre 2020.

3. Une pauvreté moins accentuée que la moyenne nationale

Le taux de pauvreté dans le Bas-Rhin est de 13 % en 2017 (contre 14,5 % en France métropolitaine et dans le Grand-Est). Ce niveau est soutenu par le taux de pauvreté des moins de 30 ans à hauteur de 21,5 % (contre 22,4 % en France métropolitaine et 24,4 % dans le Grand-Est).

Il est aussi corrélé à la forte présence de famille monoparentale. En effet, le taux de pauvreté des familles monoparentales est en moyenne égale au double du taux de pauvreté global. En 2017, il était de 28,3 % dans le Bas-Rhin (contre 22,6 % en France métropolitaine et 32,8% dans le Grand-Est).

Part des familles monoparentales par IRIS



La part des familles monoparentales est inégalement répartie sur le territoire bas-rhinois.

Les Iris de Strasbourg concentrent une part importante de familles monoparentales.

La moitié (6/12) des Iris ayant les plus importants taux de familles monoparentales appartient à la ville de Strasbourg.

Les 6 autres appartiennent à Altenheim, Maennolsheim, Blanchemert, Schiltigheim, Illkirch-Graffenstaden et Richtolsheim.

Fond de plan : ADMIN EXPRESS - IGN 2017
Données : CEA / DITP / SIAE
DITP/UGD/TL
5/1/2021
Statistiques population.gst

4. Une scolarisation des mineurs légèrement moins importante que celle de la France

Sur les tranches d'âges 6-10 ans, 11-14 ans et 15-17 ans, les taux de scolarisation du Bas-Rhin, du Grand-Est et de la France Métropolitaine sont proches et respectivement égaux à près de 97 %, 94 % et 96 %.

Les disparités entre les trois territoires sont plus visibles au niveau des 2-5 ans, 18-24 ans, 25-29 ans et plus de 30 ans.

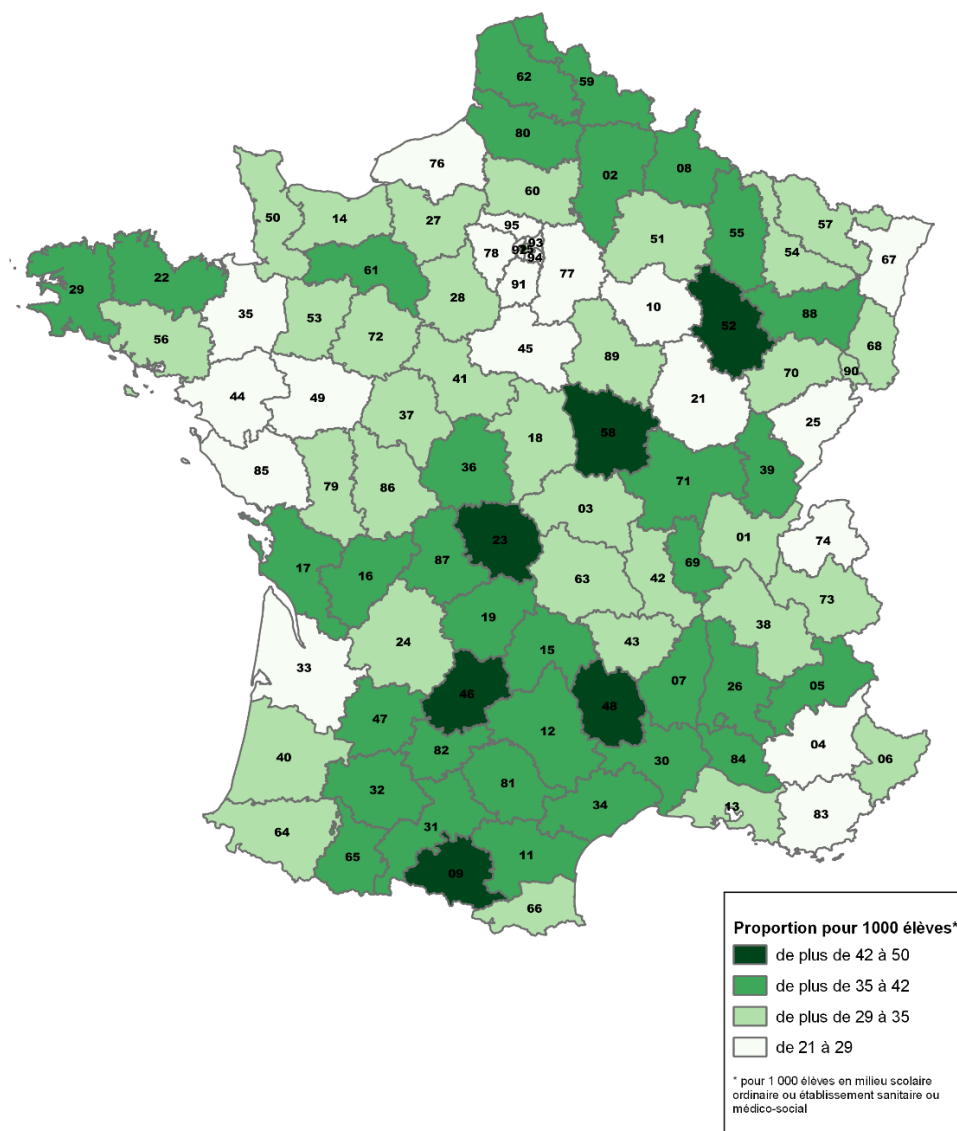
Pour les 2-5 ans, le Bas-Rhin à le taux le moins élevé (70,9%) suivi de celui du Grand Est (72,4%) et de celui de la France métropolitaine (73,6 %)

Pour les plus de 18 ans, quelle que soit la tranche d'âge, les taux de scolarisation du Bas-Rhin sont plus élevés suivis de ceux de la France et enfin du Grand-Est.

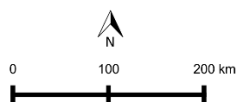
Tableau 2 : Taux de scolarisation en 2017

Taux de scolarisation selon l'âge (en %) (2017)			
Tranche d'âge	Bas-Rhin	Grand-Est	France métropolitaine
2 à 5 ans	70,9	72,4	73,6
6 à 10 ans	97,3	97,6	97,6
11 à 14 ans	98,3	98,4	98,4
15 à 17 ans	95,5	95,6	96
18 à 24 ans	55,7	49,7	52,6
25 à 29 ans	10,4	7	8,2
30 ans ou plus	1,2	0,9	1

Proportion d'élèves handicapés parmi les élèves de 1er ou 2nd degré en milieu scolaire ordinaire ou en établissement sanitaire ou médico-social



Fond de plan : ADMIN EXPRESS - IGN 2017
Données : CEA / DITP / SIAS
DITP/ASGDTL
5/1/2021
Statistiques population.qgz



Le département du Bas-Rhin fait partie de ceux qui ont la plus faible part d'élèves handicapés parmi les élèves du 1^{er} ou 2nd degré en milieu scolaire ordinaire ou en établissement sanitaire ou médico-social.

D'ailleurs, au niveau du Grand-Est, il est le seul département avec l'Aube à avoir un niveau aussi bas.

Les départements où le taux de scolarisation le plus élevé d'élèves handicapés parmi les élèves du 1^{er} ou 2nd degré en milieu scolaire ordinaire ou en établissement sanitaire ou médico-social sont la Haute-Marne, la Nièvre, la Creuse, le Lot, la Lozère et l'Ariège.

5. Une surreprésentation des diplômés de l'enseignement supérieur chez les 15 ans ou plus

A l'exception du Grand-Est, le taux le plus élevé pour les autres territoires est celui de la proportion des diplômés de l'enseignement supérieur.

Quel que soit le territoire, la part du nombre de diplômés en BEPC, Brevet des collèges, DNB est la plus faible avec 3,4 % pour le Bas-Rhin, 4,6 % pour le Grand-Est et 5,6 % pour la France métropolitaine.

La deuxième catégorie de population la plus représentée quel que soit le territoire est la population de diplômés en CAP ou BEP. La part de ces diplômés en CAP et BEP est d'environ 29 % pour le Bas-Rhin et le Grand-Est et de 25 % pour la France.

La troisième catégorie de population la plus significative quel que soit le territoire est celle qui ont aucun diplôme ou au plus CEP avec 20,5 % pour le Bas-Rhin, 24,1 % pour le grand-Est et 22,3 % pour la France métropolitaine.

Tableau 3 : Répartition par niveau de diplôme des populations

Diplôme le plus élevé de la population non scolarisée (15 ans ou plus) en 2017	Aucun diplôme ou au plus CEP	BEPC, Brevet des collèges, DNB	CAP ou BEP	Baccalauréat (général, technologique, professionnel)	Diplôme de l'enseignement supérieur
Bas-Rhin	20,5%	3,6%	29,0%	16,2%	30,8%
Grand-Est	24,1%	4,6%	29,4%	16,3%	25,5%
France métropolitaine	22,3%	5,6%	25,0%	16,9%	30,2%

6. Une fragilité socio-économique à la baisse entre 2014 et 2017

Quel que soit le territoire, l'indice de fragilité a baissé entre 2017 et 2014.

Quelle que soit l'année d'observation, l'indice de fragilité est plus important pour le Grand-Est et la France que pour le Bas-Rhin. Ainsi en 2014, l'indice de fragilité du Grand-Est et de la France est de 2,5 % et celui du Bas-Rhin est de 2,4 %. En 2017, des baisses de 0,6 % et de 0,7% sont affichées respectivement pour le Grand-Est et la France (soit 1,9 %) et pour le Bas-Rhin (soit 1,7 %).

L'écart entre le niveau de fragilité entre le Bas-Rhin et le reste des territoires s'est creusé entre 2014 et 2017.

Tableau 4 : Indice de fragilité

	Indice de fragilité en 2014	Indice de fragilité en 2017	Evolution
Bas-Rhin	2,4%	1,7%	-0,7%
Grand-Est	2,5%	1,9%	-0,6%
France métropolitaine	2,5%	1,9%	-0,6%

Indice de fragilité : part des ménages avec enfants de moins de 25 ans dont la personne de référence est sans emploi (inactifs ou chômeurs).

III. Données en protection maternelle et infantile dans le Bas-Rhin

La prévention précoce tant pour l'enfant que pour la mère est au cœur de l'action de la protection maternelle et infantile depuis sa création. Ce concept est porteur d'une ambition de justice sociale visant à garantir l'accès de tous à des soins de base, notamment des soins de prévention et à un soutien social et éducatif à même de contribuer à l'équité des chances et des destins.

La PMI est un service public de santé et de soutien à la parentalité, accessible à tous, mais permettant d'offrir un soutien et un accès aux soins aux plus vulnérables dans une approche universaliste proportionnée.

La Prévention Précoce en Chiffres en 2019 (incluant l'activité de l'unité de PMI de la Ville de Strasbourg)

1. Auprès des jeunes

9341 consultations de planification familiale ont été financées par le Département du Bas-Rhin et **984 actions d'information et d'éducation à la vie sexuelle et affective** ont été réalisées auprès des jeunes en milieu scolaire (plus de 17000 jeunes concernés).

2. Auprès des femmes enceintes fragiles

Nombre de naissances vivantes dans le Bas-Rhin : **12 397**

Part des femmes enceintes ayant bénéficié d'un EPP dans le Bas-Rhin : **28%**

Les sages-femmes de PMI sont intervenues auprès de **11% des femmes enceintes :**

- **2095 visites** à domicile pour le suivi de **1228 grossesses**

- **110 grossesses** très vulnérables suivies en **consultation médicale**
- **152 EPP soient 5% des EPP réalisés en 2019 et 1,3%** des grossesses totales

⇒ *Le nombre de visites est en baisse (-8% en un an) en raison :*

- de difficultés liées aux ressources humaines
- de la complexification des situations de vulnérabilité nécessitant de consacrer plus de temps qu'auparavant aux prises en charges, aux orientations et au travail en réseau autour des patientes

3. Après des jeunes enfants

Nombre d'enfants de 0 à 6 ans (estimatif) : **72 000** ;

Nombre d'enfants de 0 à 2 ans (estimatif) : **25 000**

a. Interventions de puériculture

Les puéricultrices ont assuré l'accompagnement des parents et de leurs jeunes enfants au cours de :

- **8739 visites** à domicile (VAD), dont **4127** en période post-natale précoce et environ **70% pour des enfants de moins de 3 ans**, permettant de rencontrer **6219 enfants** dont **3812** en période post-natale précoce
- **8,6% des enfants de moins de 6 ans ont bénéficié d'une VAD** (9% dans la zone de l'Eurométropole avec QPV)
- **32% des nouveau-nés ont bénéficié d'une VAD** (35,5% dans la zone de l'Eurométropole avec QPV)
- **3105 consultations** de puériculture

⇒ *Le nombre de visites à domicile de prévention diminue également régulièrement (-5% en 3 ans) en raison :*

- en période néonatale, de l'instauration des sorties précoces suivies via le dispositif du PRADO et de l'insuffisance de relai de la part des sages-femmes libérales ayant effectué ce suivi
- en période post-natale, de la part croissante de temps à consacrer aux évaluations des informations préoccupantes par les puéricultrices

997 interventions ont été réalisées suite à des sollicitations préventives en **protection de l'enfance**, dont 573 sur demande de la Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes.

b. Consultations infantiles

Un maillage territorial de **57 points de consultation** du nourrisson et du jeune enfant permet un accès aux soins gratuit pour 10,8% de la population des 0-6 ans :

- **2719 séances** en 2019 soit une moyenne de 52 séances par semaine
- **19430 consultations** médicales pour **7801 enfants**
- La moitié des consultations concerne des enfants de moins d'un an
- **22,5% des enfants de moins d'un an** bénéficient de consultations en PMI avec une moyenne de 3 consultations par enfant
- **14661 vaccinations**

⇒ *Les consultations diminuent d'année en année (-10% en 3 ans) en raison du manque de temps médical à y consacrer (postes vacants, augmentation des situations de protection, tâches administratives)*

c. Les bilans de santé en école maternelle

253 écoles maternelles publiques et 3 privées

37261 enfants scolarisés dans le cycle pré-élémentaire en 2019/2020 soit une moyenne de 12 420 enfants par classe d'âge.

Les enfants originaires d'un **milieu défavorisé** représentent **38% des élèves**, taux supérieur de 5,2 points au taux national.

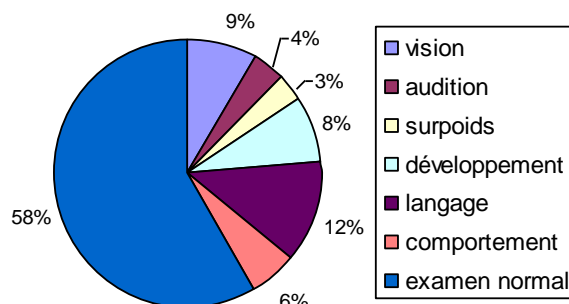
32 écoles maternelles en REP (dont 25 sur Strasbourg) soient environ 1600 élèves.

7479 bilans de santé ont été réalisés par les puéricultrices en moyenne section de maternelle, soit **58% de la population** d'enfants scolarisés à 3-4 ans. Seuls 11,7% de ces bilans ont été proposés avec un médecin.

Résultats des dépistages

Graphique 5 : Résultats des dépistages

Les retards de développement, les troubles du langage et du comportement sont en augmentation sensible depuis plusieurs années ; les retards de prise en charge liés à la saturation des dispositifs restent préoccupants



d. Soutien à la parentalité

Les professionnels de la PMI ont assuré **535 animations collectives** auprès de **3803 parents** dont des ateliers massages du bébé, qui permettent aux parents d'approcher d'une manière différente les soins et l'attention portés à leur enfant, à ses besoins et à sa santé. Ils permettent d'établir une relation de confiance propice à l'observation des interactions parents-enfants et de soutenir l'installation des liens précoces.

D'autres ateliers parentaux sont organisés autour du jeu et de la motricité, de la découverte du livre, de la cuisine et la confection de repas équilibrés pour le jeune enfant et des thèmes éducatifs variés (les écrans, poser les limites, les accidents domestiques...). En milieu hospitalier des animations pour les parents sont proposées centrées sur le retour à domicile. Enfin les professionnels de Pmi participent à des actions d'information multi partenariales avec la CAF, les RAM et la CPAM.

Plusieurs actions sont menées en partenariat avec d'autres institutions pour agir en prévention auprès des jeunes enfants et de leurs parents.

- Développement des Crèches « AVIP » à vocation d'insertion professionnelle en partenariat avec la Caisse d'Allocations Familiales du Bas-Rhin et Pôle Emploi, pour faciliter l'accès à un mode d'accueil aux parents en recherche d'emploi
- Soutien du Centre ressource Petite Enfance et Handicap, pour développer l'accompagnement des modes d'accueil et des parents d'enfants en situation de handicap et favoriser l'accueil en milieu ordinaire
- **Financement** des Centres d'Action Médico-Sociale Précoce (**CAMSP**) à hauteur de **800 075 €**
- Soutien au développement des Lieux d'Accueil Enfants Parents : subvention de **70 000 €** pour la **création de 8 LAEP** en 2019

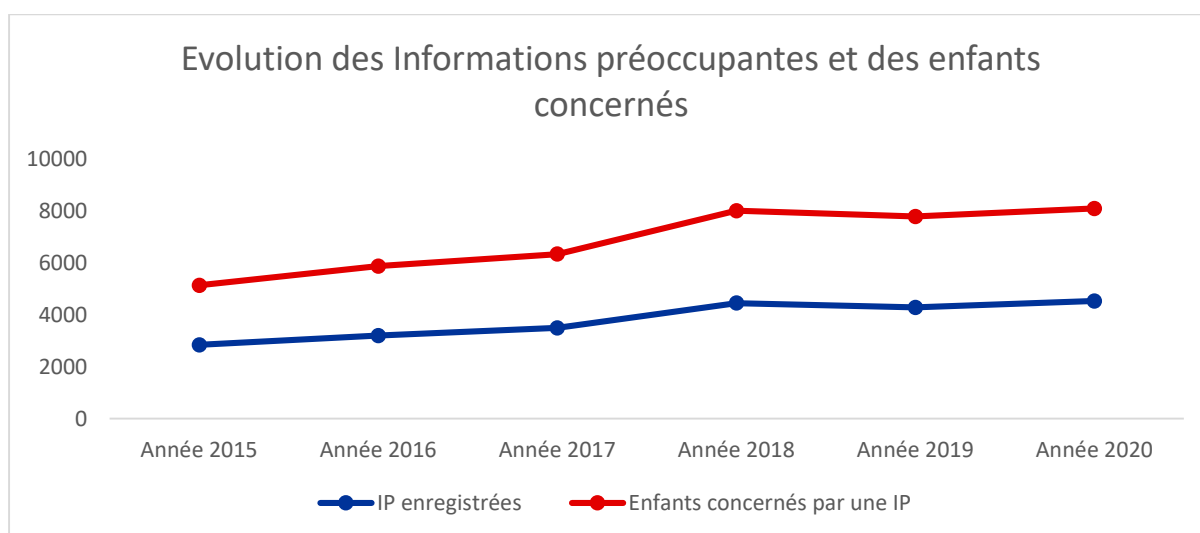
IV. Données en protection de l'enfance au Bas-Rhin

1. Informations préoccupantes

Entre 2015 et 2018, les informations préoccupantes arrivants à la Cellule des Informations Préoccupantes (CRIP) du Bas-Rhin ont augmenté. L'année 2019 a été particulière car elle enregistre une baisse des informations préoccupantes qui reprendront en 2020 la tendance haussière des années qui ont précédées 2018.

En effet en 2020, 3 562 enfants sont concernés par au moins une information préoccupante (IP) dans le département du Bas-Rhin. Le nombre d'informations préoccupantes est de 4 523 en cette année soit une augmentation de 5,7 % par rapport à l'année 2019.

Graphique 6 : Evolutions des Informations Préoccupantes et des enfants concernés

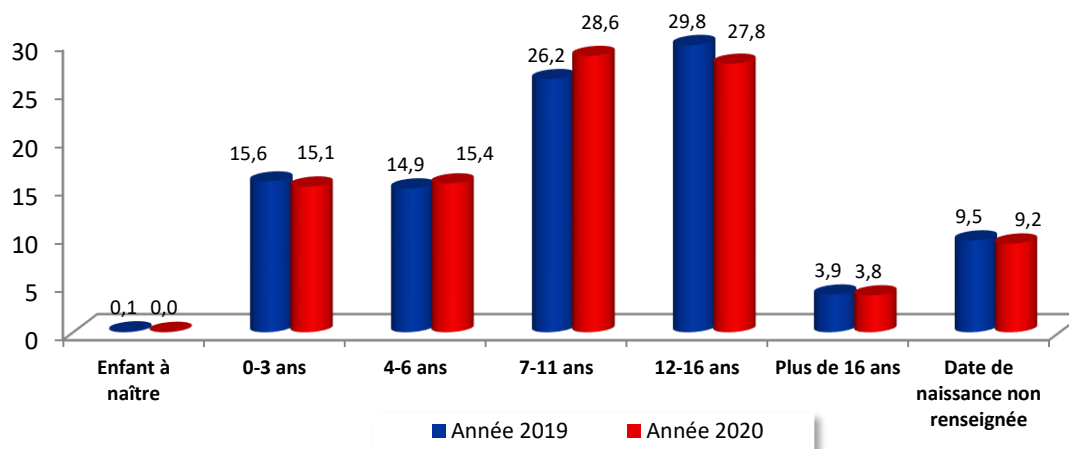


Parmi les 3 562 enfants concernés par une information préoccupante, 1308 enfants ont fait l'objet d'un signalement soit une baisse de 3,5 % par rapport à 2019 (1356 enfants).

Quelle que soit l'année, près de 15 % des enfants concernés par une information préoccupante sont âgés de 0 à 3 ans.

Les tranches d'âges les plus représentatives des enfants concernés par une information préoccupante sont 7-11 ans et 12-16 ans.

Graphique 7 : Age des enfants concernés par une Information Préoccupante (%)



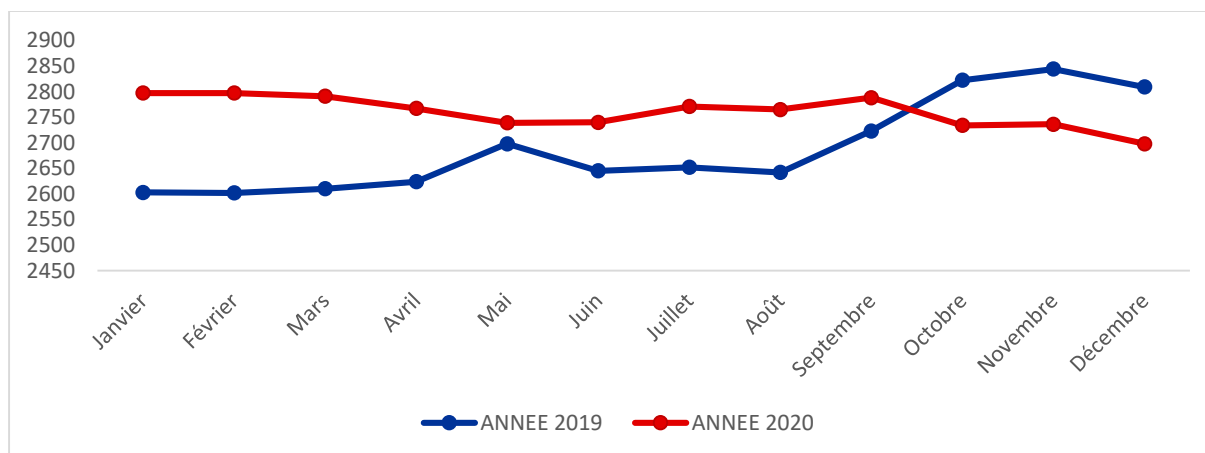
Ces hausses des informations préoccupantes se sont traduites par une hausse des enfants confiés.

2. Les chiffres –clés sur les jeunes pris en charge

Le nombre de jeunes pris en charge à l'Aide Sociale à l'Enfance n'a cessé d'augmenter d'une année à l'autre avant l'année 2020. Entre 2017 et 2019, l'évolution moyenne a été de 6,2 % par an. Entre 2019 et 2020, le nombre de jeunes pris en charge par l'ASE du Bas-Rhin a baissé de 1,8 % à cause des deux confinements dus à la crise sanitaire.

Sur l'année 2019, l'évolution mensuelle moyenne a été de 0,6 % du nombre de jeunes pris en charges à l'ASE du Bas-Rhin. Pour l'année 2020, l'évolution mensuelle moyenne a été de -0,3 %.

Graphique 8 : Nombre de mineurs placés



Le nombre de mineurs pris en charge a suivi les mêmes tendances d'évolution avec une hausse moyenne de 7,9 % entre 2017 et 2019 et une baisse de 4,8 % entre 2019 et 2020.

Tableau 5 : Evolution des prises en charge ASE

	2017	2018	2019	2020	Evolution
Nombre de jeunes pris en charge	2796	2905	3152	3096	
Nombre de mineurs confiés (hors MNA)	2062	2105	2395	2280	
Nombre de MNA	417	488	521	418	

Cette régression du nombre de prise en charge entre 2019 et 2020 est la conjugaison des effets de la fermeture des frontières entraînant la baisse des MNA pris en charge et de la baisse des IP durant les périodes de confinement.

3. Le profil des mineurs confiés dans le Bas-Rhin

Les enfants confiés à l'ASE du Bas-Rhin sont majoritairement âgés entre 12 et 18 ans. Le poids de cette tranche d'âge est plus important lorsqu'on prend en compte les MNA. En effet, les mineurs non accompagnés arrivent souvent au service de protection de l'enfance aux âges d'adolescence.

La deuxième tranche d'âge la plus significative est les 6-12 ans ; elle représente 32 % des enfants confiés (hors MNA) et 29 % de l'ensemble des enfants confiés.

Les 0-5 ans sont moins représentés puisqu'ils constituent 19 % des enfants confiés hors MNA et 17% de l'ensemble des enfants confiés MNA compris.

Tableau 6 : Répartition par âge des enfants placés

Âge	0-5 ans	6-11 ans	12-18 ans
Hors MNA	19%	32%	49%
Avec MNA	17%	29%	54%

Généralement, les garçons sont plus nombreux parmi les enfants confiés. Leur poids est plus important en intégrant les MNA 63 % contre 37 % de filles. En effet, les jeunes MNA qui arrivent à la protection de l'enfance sont souvent des garçons. En défalquant les MNA de l'effectif des enfants confiés, le poids des garçons reste encore plus élevé que celui des filles mais à une moindre proportion 57 % de garçons contre 43 % de fille.

Tableau 7 : Répartition par sexe des enfants placés

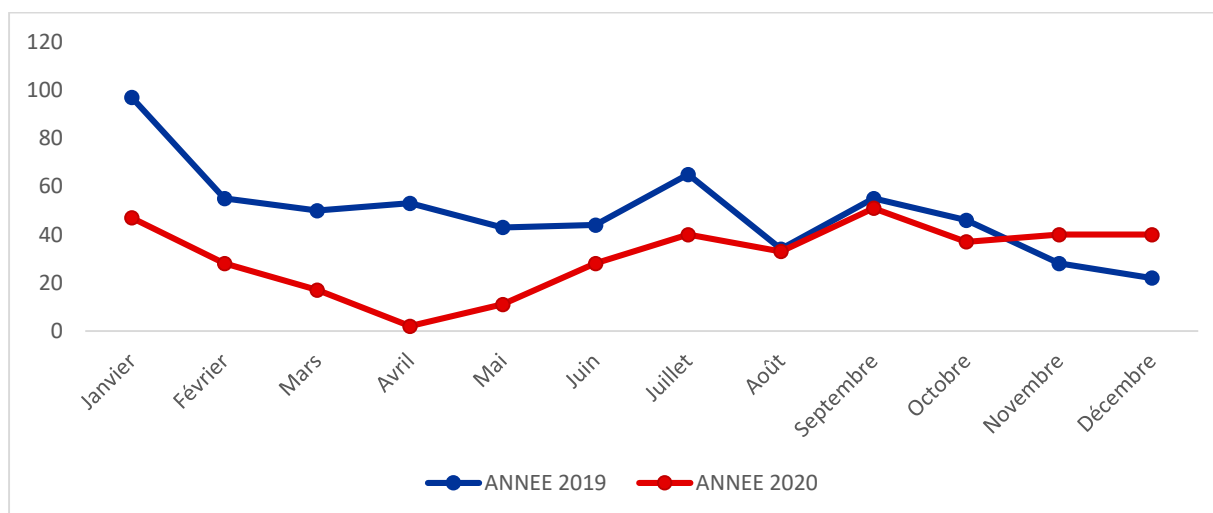
Sexe	Garçons	Fille
Hors MNA	57%	43%
Avec MNA	63%	37%

4. Les mineurs non accompagnés dans le Bas-Rhin

Jusqu'en 2019, le nombre de mineurs non accompagnés pris en charge par l'ASE du Bas-Rhin n'a cessé d'augmenter et cela depuis 2015. Ainsi, le nombre de mineurs non accompagnés a évolué positivement en moyenne de 11,9 % entre 2017 et 2019 et a baissé de 19,8 % entre 2019 et 2020. Suite à la fermeture des frontières due à la crise sanitaire. En effet elle a eu pour conséquence une baisse du nombre de personnes se disant MNA et qui se présentent à l'ASE du Bas-Rhin.

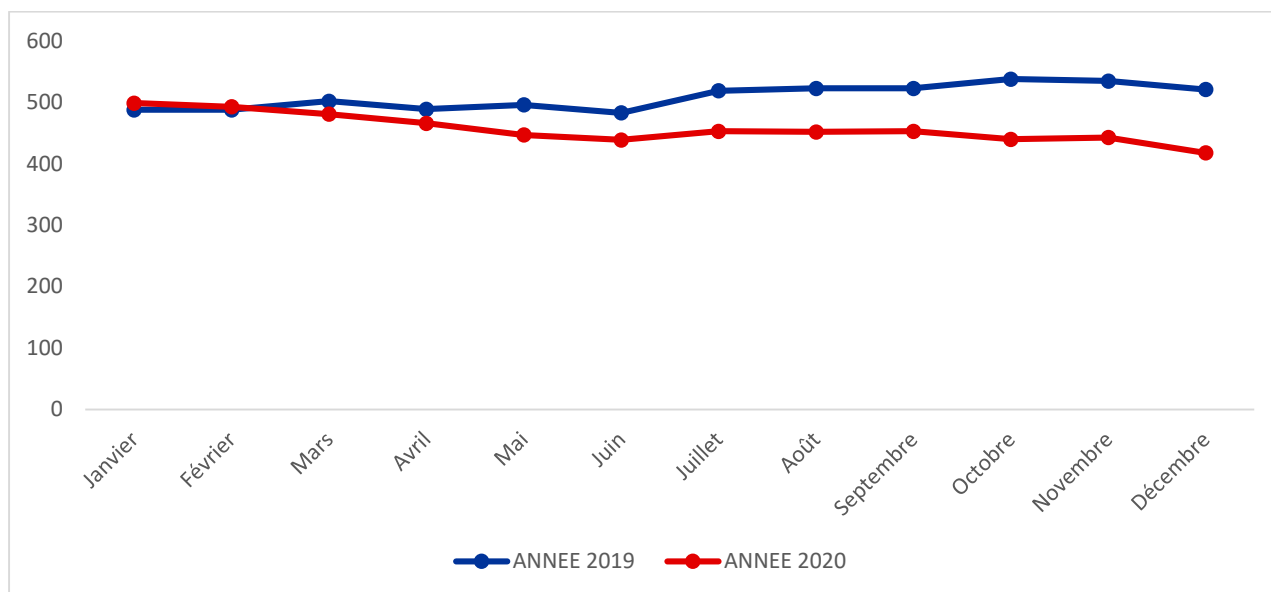
Par conséquent, contrairement à mars et avril 2019, une baisse importante du nombre de jeunes se disant MNA et qui se sont présentés à l'ASE du Bas-Rhin en mars et avril 2020 pour être pris en charge est notifiée.

Graphique 9 : Nombre de MNA qui se sont présentés au SPE



Cette baisse des nouveaux arrivants combinés à l'arrivée à la majorité de certaines personnes a eu pour conséquence une baisse du nombre de MNA pris en charge durant l'année 2020 contrairement à l'année 2019.

Graphique 10 : Nombre de MNA pris en charge



5. Les modalités de placements dans le Bas-Rhin

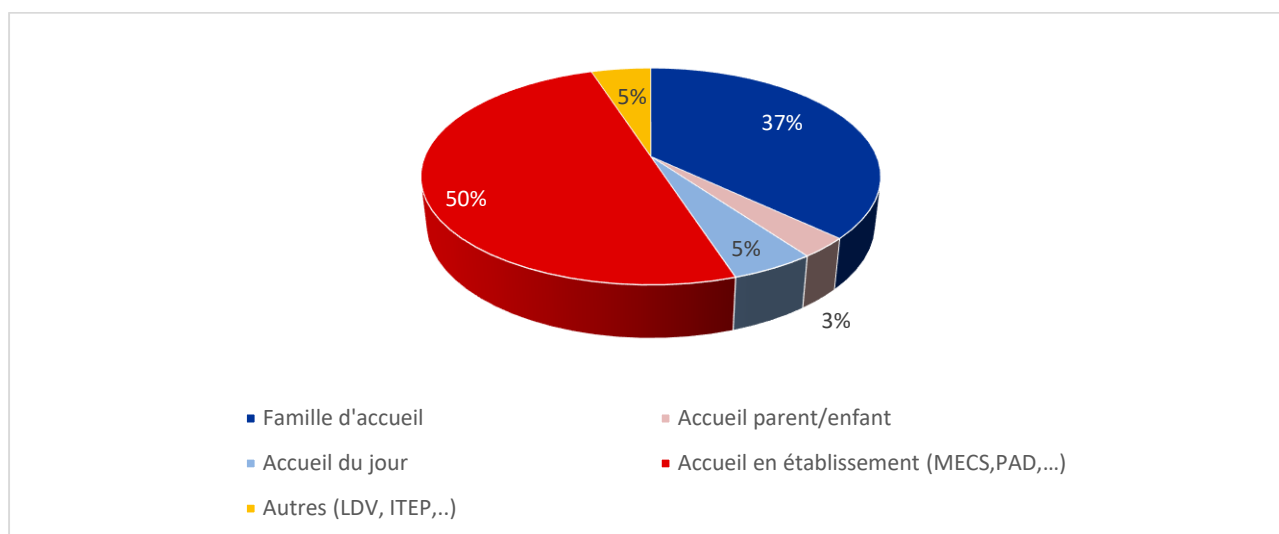
Près de 50 % des enfants confiés sont placés dans des établissements tels que des Maisons, d'Enfance à Caractère Sociale au 31 décembre 2020.

L'accueil familial vient en deuxième position dans la classification des types d'accueil des enfants confiés.

L'accueil du jour et l'accueil parent/enfant représentent respectivement 5 % et 3 % des types d'accueil des mineurs non-MNA.

Les autres types d'accueil tels que les lieux de vie, les Instituts Thérapeutiques éducatifs et pédagogiques, ... représentent 5 % des types d'accueil des enfants confiés.

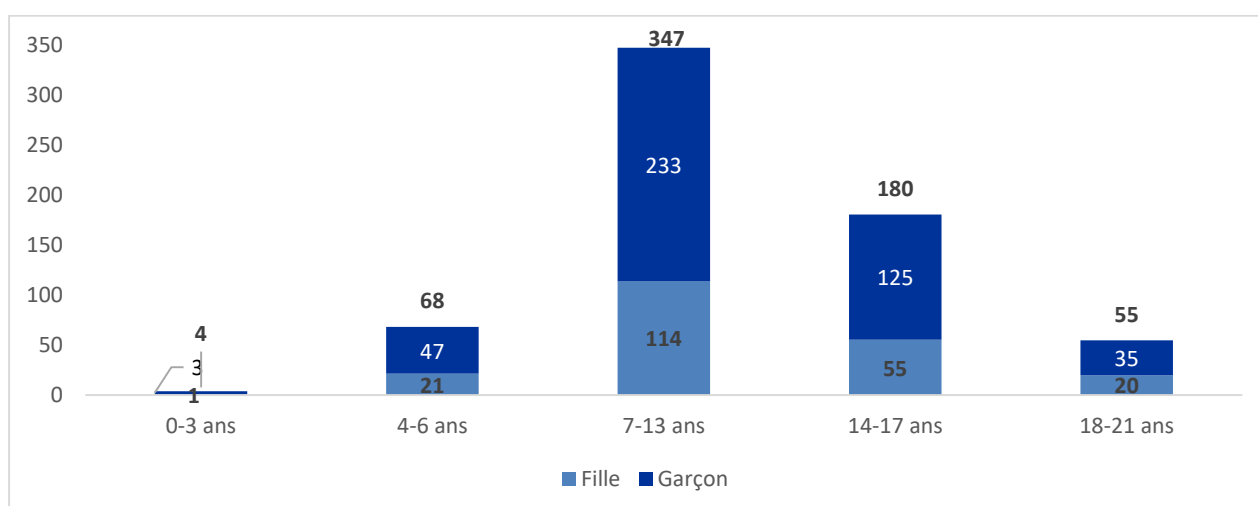
Graphique 11 : Répartition des mineurs placés (hors MNA) par type de placement



6. Les enfants confiés et ayant une notification de la maison départementale des personnes handicapées

En fin d'année 2020, près de 21,2 % des enfants confiés ont une notification de la MDPH soit 655 enfants. Environ 32 % sont des filles. Ces enfants sont peu à avoir une notification MDPH avant 3 ans. Cela est probablement dû au fait que les handicaps se détectent plus aux âges relativement élevés. Ainsi, ils appartiennent majoritairement aux âges moyens représentés. En effet 53 % d'entre eux ont entre 7 et 13 ans.

Graphique 12 : Répartition par sexe et par âge des enfants confiés et ayant une notification MDPH



Ces jeunes sont majoritairement en établissement à hauteur de 86 % dont 7 % en établissement éducation spécialisée et 14 % résident chez un assistant familial.

Annexe

	CA 2018	CA 2019	BP 2020
Plan lutte contre la pauvreté et d'accès à l'emploi	0 €	126 180 €	185 000 €
Adoption	24 550 €	26 575 €	26 575 €
Intervention Educative à Domicile	7 162 972 €	7 454 613 €	8 162 800 €
Subventions en faveur de la prévention et de l'aide aux familles et aux jeunes	164 257 €	161 211 €	190 000 €
Recueil et traitement des informations préoccupantes	70 347 €	74 074 €	80 000 €
Assistants familiales	804 373 €	981 429 €	846 482 €
Tiers dignes de confiance	1 367 484 €	1 504 248 €	1 830 673 €
Foyer de l'enfance du Département	12 920 121 €	13 459 628 €	13 951 144 €
Mesures d'accompagnement à la sortie de placement	506 012 €	516 903 €	515 000 €
Accueil des mères isolées	3 665 046 €	4 002 393 €	3 932 400 €
Accueil des mineurs en établissement	71 170 947 €	75 687 988 €	79 401 000 €
Accompagnement des majeurs	2 526 184 €	2 836 771 €	3 085 000 €
-Subventions aux associations pour la protection de l'enfance	78 213 €	78 213 €	78 213 €
	100 460 506	106 910 226	112 284 287
Recettes			
Intervention Educative à Domicile	47 831 €	99 844 €	49 700 €
Assistants familiales	2 625 €	1 577 €	2 000 €
Accueil des mineurs en établissement	3 542 284 €	1 264 621 €	1 240 000 €
	3 592 740 €	1 366 042 €	1 291 700 €

PMI	CA 2018	CA 2019	BP 2020
Centres de Planification	371 128 €	390 000 €	395 000 €
Interventions préventives pour les jeunes enfants	1 340 137 €	1 412 216 €	1 490 020 €
Modes de garde petite enfance	230 731 €	236 598 €	232 000 €
	1 941 996 €	2 038 814 €	2 117 020 €
Recettes			
Centres de Planification	0 €	0 €	0 €
Interventions préventives pour les jeunes enfants	478 600 €	454 691 €	450 000 €
Modes de garde petite enfance	77 556 €	19 109 €	60 000 €
	556 156 €	473 800 €	510 000 €

Sigles

ASE : Aide Sociale à l'Enfance

IP : Information Préoccupante

CRIP : Cellule des Informations Préoccupantes

PMI : Protection Maternelle et Infantile

MNA : Mineurs Non Accompagnés

MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées

INSEE : Institut Nationale de la Statistique et des Etudes

CEP : Certificat d'Etudes Primaires

BEPC : Brevet d'études du premier cycle du second degré

DNB : Diplôme National de Brevet

CAP : certificat d'aptitude professionnelle

BEP : Brevet d'études professionnelles

CAF : Caisse d'Allocations Familiales

RAM : Relais Assistantes Maternelles

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CAMSP : Centre d'Action Médico-Sociale Précoce

LAEP : Lieux d'Accueil Enfants Parents

Annexe 2 : TABLEAU DE BORD FINANCIER ET PLAN D'ACTION

SNPPE 67 - AXES RETENUS ET BUDGETS

MAJ le
01/10/2021

O Objectif fondamental

o
f Objectif facultatif

		2021				2022				
OBJECTIFS		CREDIT FIR	CREDIT ONDAM	CREDIT 304	Remarques	CREDIT FIR	CREDIT ONDAM	CREDIT 304	Remarques	
MONTANT DES CREDITS ALLOUES (€)		745 000,00	564 024,00	2 312 000,00		764 000,00	564 024,00	2 312 000,00		
MONTANT TOTAL DES PROJETS PRESENTES		482 250,00	-	1 193 215,00	PROJETS RETENUS	760 500,00	564 024,00	2 287 761,40		
MONTANT DISPONIBLE		262 750,00	564 024,00	1 118 785,00		3 500,00	-	24 238,60		
1	OF	Atteindre à horizon 2022 un taux de couverture par la PMI d'au moins 20 % des entretiens prénataux précoces au niveau national	60 750,00			2/12 ETP année pleine valorisation CDD	191 500,00			3 ETP sages-femmes 1 ETP secrétariat 0,1 ETP de coordinateur Matériel Interpretariat
2	OF	Faire progresser le nombre de bilans de santé en école maternelle réalisés par la PMI et se rapprocher du contenu de l'examen de santé tel que défini dans le carnet de santé	177 750,00			2/12 ETP année pleine valorisation CDD valorisation des vacances médicales	201 500,00			3 ETP puéricultrices 2 ETP secrétariat 0,5 ETP de vacances 0,1 ETP de coordinateur Matériel
3	OF	Doubler au niveau national le nombre de visites à domicile pré et postnatales réalisées par des sages-femmes de PMI en faveur des familles vulnérables	43 750,00			2/12 ETP année pleine valorisation CDD	109 500,00			2 ETP sages-femmes 0,1 ETP de coordinateur Matériel Interpretariat
4	OF	Permettre qu'à horizon 2022, au niveau national, au moins 15 % des enfants bénéficient de l'intervention à domicile d'infirmières puéricultrices de la PMI, notamment jusqu'aux deux ans de l'enfant et dans les familles vulnérables	99 750,00			2/12 ETP année pleine valorisation CDD	131 500,00			2 ETP puéricultrices 1 ETP secrétariat 0,1 ETP de coordinateur Matériel Interpretariat

5	OF	Permettre qu'à horizon 2022, au niveau national, au moins 20 % des enfants bénéficient de consultations infantiles	100 250,00			2/12 ETP année pleine valorisation CDD valorisation des vacations médicales	126 500,00			vacations et/ou postes de médecins (1,5 ETP) 1 ETP secrétariat 0,1 ETP de coordinateur Matériel Interpretariat
6	OF	Renforcer les moyens, les ressources et la pluridisciplinarité des cellules de recueil des informations préoccupantes (CRIP) pour atteindre sur l'ensemble du territoire un délai maximal de trois mois par évaluation			135 000,00	1 poste d'instructeur CRIP 2,5 postes de TS pour la réalisation des évaluations sur les territoires			160 000,00	4 postes : 3 travailleurs médicaux sociaux et 1 poste d'instructeur CRIP
					30 000,00	Formation			45 000,00	Formation
7	OF	Systématiser et renforcer les protocoles informations préoccupantes (IP)			0,00				5 000,00	MàJ protocole
8	OF	Systématiser un volet "maîtrise des risques" dans les schémas départementaux de protection de l'enfance, incluant un plan de contrôle des établissements et services			4 228,00	Formation au contrôle d'un agent			80 000,00	2 postes de contrôleurs (CDD ou externalisés)
9	OF	Garantir l'accompagnement de tous les enfants protégés en situation de handicap						279 500,00		Dispositif ASE- psy (cofinancement par la CeA: 279 500 €) (Fiche action 9.1)
								184 524,00		Créer des places d'IME ouvertes toute l'année ou créer des places d'IME
								100 000,00		Compléter l'offre d'une équipe mobile d'appui
10	OF	Systématiser la participation des enfants et des jeunes aux observatoires départementaux de la protection de l'enfance (ODPE)						20 000,00	Subvention à une association	
11	OF	Renforcer les ODPE			50 000,00	Chargée de mission en Protection de l'enfance		45 000,00	1 poste	
18	of	Créer 600 nouvelles places d'accueil en fratries au niveau national à l'horizon 2022			66 450,00	Maison d'Oberhausbergen = surcoût par rapport à un groupe d'internat + 0,5 ETP de			552 500,00	Ouverture d'une MT + 0,5 ETP de coordonateur de projet (Fiche action 12)

					coordonateur de projet sur 12 mois					
1 9	of	Diversifier l'offre en matière de protection de l'enfance à domicile			72 000,00	1,8 ETP de TS			422 500,00	Postes d'éducateur à la parentalité = 10 ETP pour les territoires et Ville de Strasbourg + 0,5 de coordonateur projet (Fiche action 13)
					60 000,00	Renforcement des mesures AEMO			352 283,40	AED-R : 36 mesures (Fiche action 14)
2 5	of	Favoriser l'accès aux droits et l'accompagnement vers l'autonomie des anciens mineurs non accompagnés (MNA)			775 537,00	45 places Jeunes majeurs ex-MNA + 0,5 ETP de coordonateur de projet sur 7 mois			605 478,00	30 places Jeunes majeurs ex-MNA + 0,5 ETP de coordonateur projet (fiche action 15)

Annexe 3 : FICHES ACTIONS

FICHE ACTION N° 1

ENGAGEMENT 1 – OBJECTIF FONDAMENTAL 1

Atteindre un taux de couverture par la PMI d'au moins 20 % des Entretiens Périnataux Précoces (EPP)

Référent : Médecin départemental de PMI67

Etat des lieux

Niveau des indicateurs nationaux 2019 dans le Bas-Rhin :

- Nombre de naissances vivantes dans le Bas-Rhin : **12 397**
- Part des femmes enceintes ayant bénéficié d'un EPP dans le Bas-Rhin : **28%**
- Nombre d'entretiens périnataux précoces réalisés par la PMI : **152**
- Part des femmes enceintes ayant bénéficié d'un entretien périnatal précoce réalisé par la PMI : **1,3%**
- Part des EPP réalisés en PMI sur l'ensemble des EPP réalisés dans le Bas-Rhin : **5 %**
- Part des femmes enceintes, suivies en PMI, ayant bénéficié d'un EPP réalisé en PMI : **12,2%**

Pratique des entretiens périnataux précoces (EPP) dans le Bas-Rhin :

Bien que rendu « obligatoire » par la LFSS du 01/05/2020, aucune disposition légale ne permet de pénaliser la non réalisation de l'EPP ni pour le professionnel qui suit la grossesse, ni pour sa patiente. L'EPP n'est donc factuellement ni opposable, ni imposable.

Le taux de réalisation des EPP (28% des grossesses selon les données du réseau régional périnatal) témoigne d'un manque d'intérêt global de la part de tous les professionnels de la naissance pour cet entretien. Un travail de conviction conséquent doit être effectué au préalable pour le « re-légitimer » auprès des professionnels et du public !

Les sages-femmes de PMI réalisent peu d'EPP, tels que définis à la nomenclature des actes de la CPAM en tant que première consultation du parcours de soins de la grossesse ; en effet, la communication tardive de l'information de la grossesse au service de PMI par la CAF empêche toute proposition précoce d'intervention via les déclarations de grossesse.

L'essentiel de leur activité consiste dans l'accompagnement médico-psycho-social des grossesses très vulnérables repérées sur indicateurs via les déclarations de grossesse ou via leur réseau partenarial (professionnels de la naissance libéraux et hospitaliers, travailleurs sociaux, milieux associatifs) ou encore à la demande des patientes elles-mêmes.

Ces accompagnements se font en majorité à domicile et peu en consultation, les patientes concernées ayant souvent des difficultés de déplacement et étant généralement suivies sur le plan médical strict par un professionnel libéral ou hospitalier.

Par ailleurs l'EPP est réalisé et coté par le professionnel libéral ou hospitalier qui suit la grossesse sur le plan médical, ce qui n'empêche pas la sage-femme de PMI de revenir sur l'intégralité des facteurs de vulnérabilité avec la patiente durant tout l'accompagnement de la grossesse.

	<p>Le taux de femmes enceintes accompagnées par la PMI est de 10,5% en moyenne sur l'ensemble du département, avec des disparités territoriales pouvant aller de 8,2% en milieu rural à 15,2% en milieu urbain sensible.</p>
Objectifs opérationnels	<ul style="list-style-type: none"> • Former les professionnels à l'entretien prénatal précoce • Augmenter le nombre de femmes enceintes invitées à un EPP par les professionnels de PMI • Augmenter le nombre d'EPP réalisés par les professionnels de PMI • Proposer systématiquement un accompagnement PMI à toutes les femmes enceintes repérées comme vulnérables dans le cadre des EPP
Description de l'action	<ul style="list-style-type: none"> • Obtention de la CAF d'une priorisation des saisies des déclarations de grossesse en 2021 en vue d'obtenir les informations nécessaires à la proposition d'un EPP en temps utiles • Promotion de l'EPP via les pages spécifiques du carnet de maternité, adressé aux patientes par le CD dès l'obtention de la déclaration de grossesse et information claire sur les différents professionnels susceptibles de le réaliser, dont ceux de PMI (invitation par défaut) • Renforcement de la collaboration via le réseau régional périnatal avec les partenaires extérieurs pour promouvoir l'EPP et l'orientation des femmes enceintes repérées comme vulnérables vers le service de PMI (Professionnels de santé libéraux et hospitaliers y compris du champ de la psychiatrie et de l'addiction, associations d'hébergement et d'accueil, Centre Maternel, SASP, Mission Locale, ESAT, réseaux de périnatalité, ...) • Renforcement des ressources médicales et de coordination du service pour permettre de sortir de la gestion de l'urgence au quotidien • Développement du recours à l'interprétariat pour faciliter les EPP auprès des femmes étrangères • Formation collective à l'EPP de l'équipe de sages-femmes de PMI qui n'ont pas encore bénéficié de la formation • Proposition systématique d'un EPP à toutes les femmes suivies en consultation de PMI et à l'initiation de tout accompagnement à domicile
Identification des acteurs à mobiliser	<p>Agents du Département : Médecin départemental, sages-femmes, secrétaires centrales et territoriales, coordinatrice de l'offre de soin, direction de la communication, agents de la Mission d'Action Sociale de Proximité, agents de la MDPH, agents de l'ASE, Centres de Planification et d'Education Familiale.</p> <p>Partenaires externes : CAF, Réseau Régional Périnatal, professionnels de santé libéraux et hospitaliers y compris du champ de la psychiatrie et de l'addiction, associations d'hébergement et d'accueil, Centre Maternel, SASP, Mission Locale, ESAT, réseaux de périnatalité, ...</p>

<p>Moyens financiers prévisionnels</p>	<p>Année 2021 : 60 750 €</p> <ul style="list-style-type: none"> → RH = 2/12 ETP secrétariat (5 000 €) – 2/12 de 3 ETP sages-femmes (25 000 €) – 2/12 de 0,2 ETP coordination (750 €) → Valorisation CDD sages-femmes : 25 000 € → Vacances d'interprétariat : 2 000€ → Logistique (matériel et frais de fonctionnement) = 3 000 € <p>En année pleine = 191 500 €</p> <ul style="list-style-type: none"> → RH = 1 ETP secrétariat (30 000€) – 3 ETP sages-femmes (150 000€), dont 1 ETP pour Strasbourg – 0,2 ETP coordination (4 500€) → Vacances d'interprétariat : 100 heures (4000€) → Logistique (matériel et frais de fonctionnement) = 3 000 € → Interfaçage des logiciels CAF/PMI (mission DSI à évaluer)
<p>Calendrier prévisionnel</p>	<p>2021 : formation de 100% des sages-femmes de PMI à l'EPP Promotion de l'EPP auprès de toutes les femmes enceintes via le carnet de maternité et auprès des professionnels de la naissance via le réseau périnatal interface CAF/ATYL à mettre en place ; indispensable pour obtenir les DG précocement 20% des femmes enceintes invitées un EPP par la PMI (facteurs de vulnérabilité repérés)</p> <p>2022 : poursuite des actions de promotion de l'EPP 10% des femmes enceintes bénéficient d'un EPP réalisé en PMI</p> <p>2023 : poursuite des actions de promotion de l'EPP 15% des femmes enceintes bénéficient d'un EPP réalisé en PMI dont au moins 20% en QPV</p>
<p>Indicateurs de mise en œuvre de l'action</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de naissances vivantes dans le Bas-Rhin • Nombre d'entretiens prénataux précoces réalisés par la PMI dont détail QPV • Part des femmes enceintes ayant bénéficié d'un entretien prénatal précoce réalisé par la PMI dont détails QPV • Part des femmes enceintes accompagnées par la PMI suite à un EPP réalisé hors PMI
<p>Points de vigilance</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La réorganisation des circuits courriers internes à la CAF et la télédéclaration des grossesses aboutissent à l'arrêt de la transmission des cerfas de déclaration de grossesse par la CAF. L'information de la grossesse arrive très tardivement au service de PMI, via un formulaire généré à partir des données saisies dans la base allocataire. Ces données sont incomplètes (indicateurs manquant pour le repérage des vulnérabilités) et le délai de transmission empêche toute proposition de service précoce pour la PMI, notamment les EPP. Une solution locale est à l'étude, mais son développement est freiné par l'annonce d'un dispositif national qui tarde à se mettre en place depuis 2014. • L'augmentation du nombre d'EPP réalisés par la PMI risque de créer un climat concurrentiel avec les professionnels hospitaliers ou libéraux

	<p>qui effectuent <u>et facturent</u> les EPP pris en charge à 100 % par l'Assurance maladie (enjeu économique).</p> <ul style="list-style-type: none">• Le service de PMI du Bas-Rhin a une activité de consultation très réduite, or l'EPP est défini comme un acte de consultation ; il faudrait donc valider la réalisation d'EPP à domicile.
--	---

FICHE ACTION N° 2

ENGAGEMENT 1 – OBJECTIF FONDAMENTAL 2

Faire progresser le nombre de bilans de santé en école maternelle réalisés par la PMI et se rapprocher du contenu de l'examen de santé tel que défini dans le carnet de santé

Référent : Médecin départemental de PMI67

<p>Etat des lieux</p>	<p><u>Niveau des indicateurs nationaux dans le Bas-Rhin</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • 253 écoles maternelles publiques et 3 privées • 37 261 enfants scolarisés dans le cycle pré-élémentaire en 2019/2020 soit une moyenne de 12 420 enfants par classe d'âge • Les enfants originaires d'un milieu défavorisé représentent 38% des élèves, taux supérieur de 5,2 points au taux national • 32 écoles maternelles en REP (dont 25 sur Strasbourg) soient environ 1600 élèves • Nombre d'enfants de 3-4 ans ayant bénéficié d'un bilan de santé en école maternelle (BSEM) réalisé par la PMI en moyenne section, dont réalisé par un médecin de PMI: 2017/2018 : 7006/1813 2018/2019 : 8061/1206 2019/2020 : 7479/877 année covid19 • Taux de couverture global des bilans de santé : 2017/2018 : 60% (35% à 68,5%) 2018/2019 : 65% (58% à 73%) 2019/2020 : 58% (32% à 70%) année covid19 <p>Les bilans de santé sont très majoritairement pratiqués par les infirmières puéricultrices en premier niveau ; les enfants repérés comme ayant un bilan anormal sont adressés pour examen médical diagnostic et prise en charge aux médecins traitants. Les médecins de PMI voient essentiellement des enfants présentant des troubles complexes du développement psychomoteur avant orientation vers des circuits de prise en charge spécialisés (CAMSP, CPO, CMP).</p> <p>Les BSEM sont particulièrement lourds à réaliser dans certains secteurs (REP et REP+) en raison du contexte social très défavorisé des familles (barrière linguistique, difficultés de compréhension, milieu carencés, enfants présentant des troubles complexes etc.). La question de l'orientation des enfants suite aux BSEM est également source de difficulté notamment en milieu rural (concentration des structures de prise en charge en zones urbaines voire exclusivement sur la Métropole).</p>
<p>Objectifs opérationnels</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Renforcer la collaboration avec l'Education Nationale (le niveau académique et les directions d'école) pour faciliter l'organisation des BSEM • Renforcer la collaboration avec les équipes éducatives des écoles maternelles dans l'identification des situations prioritaires • Renforcer la collaboration avec la médecine scolaire pour garantir un BSEM pour tous les enfants avant l'entrée au CP

	<ul style="list-style-type: none"> • Atteindre un taux de couverture de 90 % de BSEM réalisés par la PMI dans les quartiers REP et REP + et/ou QPV (Eurométropole, Bischwiller, Haguenau, Saverne) ; • Atteindre un taux minimum de 70 % de BSEM réalisés par la PMI sur les autres territoires ; • Renforcer l'équipe médicale pour permettre aux médecins territoriaux d'assurer un plus grand nombre de bilans complémentaires pour des enfants en grande difficulté ; • Constituer une base de données permettant le pilotage de cette mission
Description de l'action	<ul style="list-style-type: none"> • Se rapprocher de la DSDEN pour identifier les conditions de faisabilité d'un export automatisé des listes de mises en classe vers le logiciel ATYL • Participer autant que possible aux réunions de rentrée organisées par les écoles pour présenter le BSEM aux parents • Obtenir le concours systématique des directions d'école pour l'organisation des BSEM (informations des parents et planification des rdv) • Renforcer les ressources en secrétariat pour l'organisation des BSEM et la saisie des données • Renforcer les ressources paramédicales notamment sur les territoires REP pour permettre la réalisation de 9000 BSEM au total dont 1440 en zone REP (1600 bilans supplémentaires à réaliser) et accompagner les prises en charge ultérieures • Renforcer les ressources médicales pour les BSEM en zone REP • Systématiser les temps d'échange avec la médecine scolaire lors de la transmission des BSEM pour coordonner les interventions d'aval • Assurer systématiquement l'orientation des enfants dépistés vers les structures de prise en charge adéquates et le médecin traitant
Identification des acteurs à mobiliser	<p>Agents du département : puéricultrices, secrétaires centrales et territoriales, médecins territoriaux.</p> <p>Partenaires externes : enseignants et équipes éducatives des écoles maternelles, service de promotion de la santé en faveur des élèves (médecins et infirmières de l'Education Nationale), médecine libérale, structures de prise en charge spécialisée (CASMP, CRTA, PCO...)</p>
Moyens financiers prévisionnels	<ul style="list-style-type: none"> • Année 2021 : 177 750 € <ul style="list-style-type: none"> → RH = 2/12 de 3 ETP puéricultrices (22 500 €) dont 2 ETP pour Strasbourg, 2/12 de 2 ETP secrétaires (10 000€) dont 1ETP pour Strasbourg – 2/12 de 0,2ETP coordination (750 €) → Valorisation de CDD de puéricultrices : 112 500 € → Vacances médicales : 30 000 € → Coût matériel : 2 000 € • En année pleine : 201 500 € <ul style="list-style-type: none"> → RH = 3 ETP puéricultrices (135 000€) dont 2 ETP pour Strasbourg, 2 ETP secrétaires (60 000€) dont 1ETP pour Strasbourg – 0,2ETP coordination (4 500 €) → Réorienter l'enveloppe vacances sur les BSEM (estimation de 0,5 ETP de vacances nécessaires pour réaliser 10% des BESM soient

	<p>30 000€ à flécher)</p> <ul style="list-style-type: none"> → Logistique (matériel et frais de fonctionnement) = 2 000 € → Interfaçage des logiciels EN/PMI (mission DSI à évaluer)
Calendrier prévisionnel	<p>2020/2021 : année non évaluable</p> <p>2021/2022 : recrutement et formation des professionnels Démarches auprès de la DSDEN et des directions d'école Point de coordination avec les médecins scolaires 70% des enfants vus en zone REP et 65% hors REP</p> <p>2022/2023 : participation aux réunions de rentrée Organisation des bilans appuyée par les nouvelles ressources Coordination avec la santé scolaire 80% des enfants vus en zone REP et 70% hors REP</p>
Indicateurs de mise en œuvre de l'action	<p>Indicateurs pour l'ensemble du Département :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cohorte d'enfants de 3-4 ans scolarisés en septembre N-1 • Nombre de BSEM réalisés par la PMI • Taux de couverture des BSEM réalisés par la PMI • Nombre d'enfants de 3-4 ans ayant bénéficié d'un bilan complémentaire réalisé par un médecin de PMI • Part des enfants de 3-4 ans ayant bénéficié d'un bilan complémentaire réalisé par un médecin de PMI • Taux de saisie des données dans le logiciel ATYL <p>Indicateurs en zone REP et REP+ :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cohorte d'enfants de 3-4 ans scolarisés en septembre N-1 ; • Nombre de BSEM réalisés par la PMI ; • Part des enfants de 3-4 ans ayant bénéficié d'un BSEM réalisé par la PMI.
Points de vigilance	<ul style="list-style-type: none"> • La crise sanitaire liée à la COVID19 est un frein à la réalisation des BSEM au moins encore pour l'année 2020/2021 • Les BSEM ne sont pas obligatoires et certaines familles refusent qu'ils soient pratiqués par la PMI, préférant faire réaliser ce bilan en médecine libérale • Le volet médical de ce bilan de santé ne peut être assuré en l'absence de ressources médicales (difficulté de recrutement de médecins de PMI) ; il serait pertinent de valider au niveau national un référentiel de bilan de dépistage paramédical, qui permettrait de sécuriser le travail des infirmières puéricultrices et de valoriser leur savoir-faire propre, leur permettant de s'inscrire dans un continuum de dépistage et d'orientation de l'enfant vers des structures de diagnostic où la ressource médicale est présente ; le travail actuel sur un protocole national de coopération médecin/infirmière puéricultrice est attendu sur ce point. • Certaines écoles ne permettent pas l'organisation des BSEM dans des conditions satisfaisantes de sécurité, d'hygiène, de confort et de confidentialité. Il serait pertinent de valider la possibilité d'organiser certains BS sous forme de consultations en centre de PMI • L'organisation des BSEM est chronophage en raison de contraintes logistiques liées à l'absence de systèmes informatiques opérationnels

	<p>du côté de l'EN et au manque de priorisation de cette activité par les directions d'école. Il serait pertinent d'impulser au niveau national une dynamique de collaboration entre les établissements scolaires et la PMI pour obtenir des exports de listes de « mises en classe » utilisables directement dans les logiciels de PMI pour la planification des rendez-vous et une participation des équipes pédagogiques à la motivation des familles</p>
--	--

FICHE ACTION N° 3 ENGAGEMENT 1 – OBJECTIF FONDAMENTAL 3 Doublé le nombre de visites à domicile (VAD) pré et postnatales réalisées par des sages-femmes de PMI en faveur des familles vulnérables	
<i>Référent : Médecin départemental de PMI67</i>	
Etat des lieux	<p><u>Niveau des indicateurs nationaux 2019 dans le Bas-Rhin :</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Nombre de naissances vivantes dans le Bas-Rhin : 12 397• Nombre de VAD pré et postnatales réalisées par des sages-femmes de PMI : 2095• Nombre de femmes ayant bénéficié d'au moins une VAD réalisée par une sage-femme de PMI : 1228• Part des femmes ayant bénéficié d'une VAD prénatale et/ou postnatale réalisée par une sage-femme de PMI : 10,5 %.• Indice de suivi : 1,7 visites par accompagnement <p><u>Pratique des VAD pré et postnatales de sages-femmes dans le Bas-Rhin :</u></p> <p>Les sages-femmes de PMI réalisent des accompagnements pour des femmes enceintes présentant une ou plusieurs vulnérabilités repérées lors de la déclaration de grossesse, de l'entretien prénatal précoce, sur orientation des professionnels partenaires ou sur demande directe des femmes enceintes.</p> <p>Les modalités d'information des femmes enceintes sur l'offre de service de la PMI varient en fonction de leur appartenance à une population à risque ciblée ou non :</p> <ul style="list-style-type: none">• Courrier de mise à disposition accompagnant l'envoi du carnet de maternité pour toutes les femmes enceintes du département, informant des coordonnées des professionnels de PMI de proximité à contacter et des services proposés• Courrier personnalisé de proposition de rendez-vous pour les femmes enceintes présentant un critère de vulnérabilité mineure repéré via la déclaration de grossesse ou sur information d'un partenaire• Contact téléphonique direct pour les femmes enceintes présentant un critère de vulnérabilité majeure, ou plusieurs critères associés, lorsque le n° de téléphone est connu, ou adressée par un partenaire ou sollicitant elle-même la PMI <p>Les modalités d'accompagnement associent VAD, entretiens au centre médico-social et consultations médicales au besoin. Ils se construisent dans le cadre d'un important travail de réseau mobilisant tous les intervenants en périnatalité de façon à proposer un parcours de soin sécurisé et un soutien psychosocial adapté à chaque patiente. Il est primordial de pouvoir délimiter un espace de confiance entre professionnels dans lequel la patiente va pouvoir évoluer sans crainte de jugement et va pouvoir confier ses difficultés dans une perspective de solution co-élaborée avec elle.</p> <p>L'essentiel des VAD réalisées par les sages-femmes de PMI se situent en période prénatale et s'intègrent dans une collaboration rapprochée avec les professionnels qui suivent les grossesses sur le plan strictement médical (libéraux ou hospitaliers). L'accompagnement post-natal de la sage-femme se fait plutôt sous forme d'entretien ou de consultation au centre médicosocial pour le volet de prise en charge maternel de suite de couches.</p>

	<p>La VAD destinée à accompagner la mise en place des interactions précoces et la prise en soin du nouveau-né est effectuée par les infirmières puéricultrices, qui prennent le relai sur le volet post-natal pédiatrique.</p>
<p>Objectifs opérationnels</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Augmenter le nombre de VAD prénatales notamment pour : <ul style="list-style-type: none"> - Les femmes enceintes vulnérables présentant des difficultés d'accès aux soins de proximité (difficultés de déplacement, désert médicaux, précarité monétaire...) - Les femmes orientées par les partenaires internes et externes pour lesquelles l'environnement de vie, dont le domicile, nécessite l'expertise de la PMI - Les femmes pour lesquelles une relation de confiance nécessite d'être initiée dans un environnement personnel sécurisant <p>Pour aboutir à un taux de couverture avoisinant les 15% des grossesses, correspondant à la proportion estimée de grossesses vulnérables dans les différentes publications et l'Enquête Nationale Périnatale</p> <ul style="list-style-type: none"> • Optimiser le passage de relai vers l'infirmière puéricultrice pour le suivi pédiatrique post-natal et l'accompagnement dans le parcours de soin post-natal de la femme afin qu'elle devienne actrice de sa santé et se saisisse des enjeux du suivi préventif de sa santé
<p>Description de l'action</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Renforcement des ressources médicales et de coordination du service pour permettre de sortir de la gestion de l'urgence au quotidien et disposer du temps nécessaire à l'augmentation d'activité • Collaboration avec la CAF pour une meilleure transmission des éléments de la déclaration de grossesse (critères de vulnérabilité, n° de téléphone) et l'identification des indicateurs sociodémographiques locaux de précarité • Collaboration avec le réseau régional périnatal sur l'analyse des indicateurs locaux de vulnérabilité • Optimisation de la saisie des facteurs de risques dans le logiciel ATYL à la déclaration de grossesse (génération des alertes) • Envoi systématiquement des courriers de mise à disposition via une procédure de publipostage à paramétrer dans le logiciel • Révision du circuit courrier en interne pour optimiser les propositions de rdv en période prénatale • Développement d'une messagerie sécurisée pour échanger des informations avec les partenaires de santé • Promotion de la VAD via le carnet de maternité • Promotion de l'entretien prénatal précoce (cf fiche action 1) comme voie d'accès à la VAD • Développement et entretien des réseaux de partenaires libéraux, hospitaliers et associatifs susceptibles d'orienter les patientes vers la PMI (staff périnatalité, rencontres territoriales, liaisons au quotidien autour des situations...) • Contact systématique avec les travailleurs sociaux de secteur lors de la réception d'une déclaration de grossesse (patiente connue antérieurement ?) et avec la MDPH • Optimisation des prises de rendez-vous et des rappels via SMS pour diminuer le taux de visites blanches

	<ul style="list-style-type: none"> • Développement du recours à l'interprétariat pour faciliter les VAD auprès des femmes étrangères • Pérennisation des visites dans les foyers maternels et en milieu protégé
Identification des acteurs à mobiliser	<p>Agents du département : sages-femmes et puéricultrices de PMI, secrétaires centrales et territoriales, sage-femme coordinatrice, travailleurs sociaux, agents de la MDPH, agents de l'ASE</p> <p>Partenaires extérieurs : professionnels de la naissance libéraux, hospitaliers, secteur psychiatrique, secteur social associatif, police et gendarmerie, justice, milieux protégés (handicap et ASE)</p>
Moyens financiers prévisionnels	<ul style="list-style-type: none"> • Année 2021 : 43 750 € <ul style="list-style-type: none"> → RH = 2/12 de 2 ETP sages-femmes (16 000€) dont 1 ETP pour Strasbourg – 2/12 de 0,2 ETP coordination (750 €) → Valorisation CDD sages-femmes : 25 000 € → Vacances d'interprétariat = (1 000€) → Logistique (matériel et frais de fonctionnement) = 1 000 € • En année pleine : 109 500 € <ul style="list-style-type: none"> → RH = 2 ETP sages-femmes (100 000€) dont 1 ETP pour Strasbourg – 0,2 ETP coordination (4 500€) → Vacances d'interprétariat = 100 heures (4 000€) → Logistique (matériel et frais de fonctionnement) = 1 000 € → Interfaçage des logiciels CAF/PMI (mission DSI à évaluer)
Calendrier prévisionnel	<ul style="list-style-type: none"> • 2021 : recrutement des professionnels, formation Optimisation des process et supports d'information et d'invitation, Renforcement des partenariats Augmentation de 20% des VAD (+400 en année pleine) soient 2400 VAD • 2022 : Bilan des partenariats et ajustements Analyse d'impact (indice de suivi, nombre de patientes différentes bénéficiant des VAD, pertinence des VAD dans l'accompagnement) Travail avec le réseau régional de périnatalité sur des indicateurs locaux de vulnérabilité (exploitation des résultats de l'Enquête nationale périnatale) Augmentation de 20% supplémentaires soient 2900 VAD • 2023 : bilan des partenariats et ajustements Adaptation de l'offre au besoin local (analyse différenciée par territoire et public) Augmentation des VAD si nécessaire et/ou diversification de l'offre d'accompagnement
Indicateurs de mise en œuvre de l'action	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de déclarations de grossesse dans le Bas-Rhin dont transmises en PMI • Nombre de courriers personnalisés proposant une VAD • Nombre de réunions partenaires autour des situations de vulnérabilité • Nombre de contacts téléphoniques pré-VAD • Taux de visites blanches • Nombre de VAD effectives réalisées par les sages-femmes de PMI • Nombre de femmes vues au moins une fois en VAD de PMI ;

	<ul style="list-style-type: none">• Part des femmes vues en VAD de PMI sur l'ensemble des femmes enceintes et comparaison au taux attendu de vulnérabilité ajusté aux indicateurs locaux
Points de vigilance	<ul style="list-style-type: none">• La VAD n'est pas le seul outil d'accompagnement en PMI et doit s'inscrire dans un ensemble cohérent d'offres de service complémentaires et ajustées au besoin de la femme enceinte• Certaines femmes ne souhaitent pas de visite du service de PMI à leur domicile (ressenti comme intrusif). Taux de visite blanche pouvant atteindre 34% en milieu urbain très précarisé• La définition du domicile peut être très large en PMI : CHRS, hôtels, squats, campements, milieu carcéral...• Une attention particulière doit être portée aux partenariats avec le milieu libéral notamment des sages-femmes, en plein essor, qui propose également des VAD pré et surtout post-natales et perçoit parfois l'activité de la PMI comme concurrentielle• La VAD de PMI n'a pas vocation à pallier le manque de dispositif d'HAD locale ni à répondre à elle seule aux difficultés d'accès aux soins dans les territoires en voie de désertification médicale• L'impact de la crise sanitaire liée à la COVID19 sur l'offre de service à domicile risque de durer encore plusieurs mois

FICHE ACTION N° 4

ENGAGEMENT 1 – OBJECTIF FONDAMENTAL 4

Atteindre 15% d'enfants de 0 à 2 ans bénéficiant de l'intervention à domicile d'une infirmière puéricultrice de PMI, notamment dans les familles vulnérables

Référent : Médecin départemental de PMI67

Etat des lieux

Niveau des indicateurs nationaux 2019 dans le Bas-Rhin :

- Nombre d'enfants de 0 à 6 ans (estimatif) : **72 000** ;
- Nombre d'enfants de 0 à 2 ans (estimatif) : **25 000**
- Nombre de VAD ayant pour motif un enfant de moins de 6 ans : **8739**
 - Dont nombre de VAD effectuées en période post-natale : **4127**
 - Dont nombre de VAD d'accompagnement : **4612**
 - Environ 70% pour les moins de 3 ans : **3230**
- Nombre d'enfants de moins de 6 ans ayant bénéficié d'une VAD : **6219**
 - Dont nombre d'enfant en période post-natale : **3812**
 - Dont nombre d'enfant pour un accompagnement : **2407**
 - environ 70% de moins de 3 ans : **1700**
- Part d'enfants de moins de 6 ans ayant bénéficié d'une VAD : **8,6%**
- Dont part d'enfants en période post-natale ayant bénéficié d'une VAD : **32%**
- Part d'enfants de moins de 6 ans ayant bénéficié d'une VAD pour l'Eurométropole (QPV, vulnérabilité++) : **9%**
 - Dont part d'enfants ayant bénéficié d'une VAD post-natale pour l'Eurométropole : **35,5%**

Pratique des VAD de puéricultrices dans le Bas-Rhin :

Les puéricultrices de PMI réalisent des accompagnements de familles présentant une ou plusieurs vulnérabilités relevant de l'état de santé de l'enfant, de celui des parents, de la situation sociale de la famille ou de l'exercice difficile de la parentalité. Les visites à domicile s'inscrivent dans ces accompagnements comme un outil essentiel mais non exclusif du panel de propositions qui peuvent être faites à la famille et adaptées à chaque situation particulière. Elles complètent le suivi de l'enfant en consultation de puériculture ou en consultation médicale, les ateliers parentaux et autres actions collectives d'éducation à la santé et de soutien à la parentalité proposés par les professionnels de PMI, en partenariat avec de nombreux acteurs de la santé, de l'accueil et de l'éducation du jeune enfant, et des services aux familles qui concourent au bien-être du jeune enfant.

Deux types d'intervention à domicile se distinguent dans le Bas-Rhin :

La visite post-natale, proposée dans les jours qui suivent le retour à domicile de la mère et de son nouveau-né et jusqu'à 3 mois après la naissance. Il s'agit normalement d'une intervention tout public, dont le critère de ciblage principal est la vulnérabilité du nouveau-né dans son nouvel environnement de vie, et celle des « nouveaux parents » qui doivent se penser comme tels. Elle intègre une approche de prévention universelle proportionnée à savoir des interventions pour tous les parents, en fonction de leurs besoins à un moment donné de leur parcours de parentalité et en lien avec les dispositifs ou offres existants par ailleurs. Néanmoins la charge de travail des professionnels de PMI les oblige à cibler

	<p>cette intervention sur des critères de vulnérabilité voire de danger, ce qui en fait un outil de prévention universelle moins performant.</p> <p><u>La visite d'accompagnement</u>, proposée quel que soit l'âge de l'enfant, dès lors qu'un facteur de vulnérabilité médicale, psychosociale ou éducative est repéré. Elle est destinée à soutenir les parents dans un moment à risque pour la famille et à trouver avec eux des solutions pérennes aux difficultés rencontrées, dans l'intérêt de l'enfant.</p> <p>Ces deux types d'intervention se complètent et devraient permettre d'instaurer un climat de confiance entre les familles et les professionnels chargés de les accompagner dans une approche préventive au service de la bientraitance de l'enfant ; cependant dans les faits, l'insuffisance de moyens ne permet pas de proposer la VAD post-natale à tous les nouveaux-parents, obligeant les puéricultrices de PMI à intervenir déjà sur des critères de vulnérabilité psychosociale, qui stigmatisent les parents et compromettent d'emblée la relation de confiance indispensable à ce type d'intervention.</p> <p>L'objectif de 15% d'enfants bénéficiant d'une intervention à domicile ne nous paraît pas pertinent ainsi posé, car laissant supposer que seuls 15% des enfants seraient exposés à des facteurs de vulnérabilité. Or la vulnérabilité n'est pas un état, elle résulte d'une dynamique et doit être pensée comme pouvant concerner n'importe quel enfant dans n'importe quel milieu social à un moment de son existence. A l'heure actuelle, un tiers des enfants à la naissance bénéficient d'une intervention de la PMI à domicile sur facteurs de vulnérabilités repérés, ce qui représente déjà le double de l'objectif national proposé. Il faudrait pouvoir proposer ensuite un accompagnement optimum à toutes ces familles, qui puisse être sinon réalisé au moins coordonné par les professionnels de PMI. Par ailleurs, le programme de retour à domicile post-natal (PRADO) s'est beaucoup développé ces dernières années et nécessite de revoir les points d'articulation avec les interventions de PMI afin d'optimiser les compétences mobilisées.</p> <p>Aussi l'objectif fondamental de 15% des enfants de 0 à 2 ans bénéficiant d'une intervention à domicile doit s'entendre pour nous, à l'exclusion des visites post-natales immédiates.</p>
<p>Objectifs opérationnels</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Atteindre un taux de 15% d'enfants de 0 à 2 ans bénéficiant de visites d'accompagnement, centrées sur des vulnérabilités particulières repérées notamment lors des visites post-natales immédiates, ou sur information des partenaires (environ 3750 enfants, pm 1700 estimés actuellement) <p>Ce qui représente environ 2000 enfants supplémentaires à voir par rapport à l'activité actuelle du service. En termes d'accompagnement cela représenterait une augmentation de 4160 VAD annuelles compte-tenu de notre moyenne de VAD par accompagnement (2,08), soit plus du double des VAD d'accompagnement réalisées par le service pour cette tranche d'âge.</p>
<p>Description de l'action</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Renforcement des ressources paramédicales et de coordination du service pour permettre de sortir de la gestion de l'urgence au quotidien et disposer du temps nécessaire à l'augmentation d'activité

	<ul style="list-style-type: none"> • Modifier le paramétrage des alertes des CS8, 9 et 24 du logiciel ATYL afin d'optimiser la proposition des VAD sur les critères médicaux, à la demande d'un professionnel de santé ou à la demande des parents (données recueillies sur les CS) • Développer une messagerie sécurisée pour pouvoir échanger les informations avec les professionnels de santé partenaires et notamment les maternités (fiches de liaisons, info naissances en temps réel) et les services d'hospitalisation pédiatrique • Optimiser l'exploitation de l'ensemble des critères médico-psycho-sociaux des déclarations de grossesse, des avis de naissance et des certificats de santé de l'enfant ainsi que les demandes directes des parents (ressources humaines+) • Envoyer systématiquement des courriers de mise à disposition via une procédure de publipostage à paramétrer dans le logiciel • Revoir le circuit courrier en interne pour optimiser les propositions de rdv en période post-natale • Collaboration avec le réseau régional périnatal et l'ORS Grand-Est sur l'analyse des indicateurs locaux de vulnérabilité (convention d'échange de données en cours d'élaboration) • Promotion de la VAD via le carnet de maternité (cf fiche action 1) • Promotion de l'entretien prénatal précoce (cf fiche action 1) comme voie d'accès à la VAD post-natale précoce • Systématisation du relai de suivi entre sages-femmes et puéricultrices de PMI • Développement et entretien des réseaux de partenaires libéraux, hospitaliers et associatifs susceptibles d'orienter les patientes vers la PMI (staff périnatalité, staff de néonatalogie, liaisons avec les urgences pédiatriques, rencontres territoriales, liaisons au quotidien autour des situations...) • Partenariat à entretenir avec les sages-femmes libérales pour une continuité des prises en charges dans le cadre du PRADO • Contribuer à la création du parcours de suivi de enfants vulnérables dans le cadre des orientations du réseau régional de périnatalité et renforcer le travail avec le service de néonatalogie • Contact systématique avec les travailleurs sociaux de secteur lors de la réception d'une déclaration de naissance (famille connue antérieurement ?) • Optimisation des prises de rendez-vous et des rappels (via SMS) pour diminuer le taux de visites blanches • Pérenniser la ligne téléphonique dédiée (écoute et conseil de puériculture) mise en place durant la crise sanitaire • Développement du recours à l'interprétariat pour faciliter les VAD auprès des femmes étrangères • Pérennisation des visites dans les foyers maternels et en milieu protégé
<p>Identification des acteurs à mobiliser</p>	<p>Agents du département : puéricultrices de PMI, secrétaires centrales et territoriales, cadres de santé et médecins, travailleurs sociaux, agents de la MDPH, agents de l'ASE</p> <p>Partenaires extérieurs : professionnels de la naissance libéraux, hospitaliers, secteur psychiatrique, secteur social associatif, les modes d'accueil de la petite enfance, police et gendarmerie, justice , milieux protégés (handicap et ASE)</p>

<p>Moyens financiers prévisionnels</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Année 2021 : 99 750 € <ul style="list-style-type: none"> → RH = 2/12 de 1 ETP secrétariat (5 000€) – 2/12 de 2 ETP puéricultrices (15 000€) – 2/12 de 0,2 ETP coordination (750 €) → Valorisation CDD puéricultrices : 75 000 € → Vacations d'interprétariat = 1 000€ → Logistique (matériel et frais de fonctionnement) = 3 000 € • En année pleine : 131 500 € <ul style="list-style-type: none"> → RH = 1 ETP secrétariat (30 000€) – 2 ETP puéricultrices (90 000€) – 0,2 ETP coordination (4 500€) → Vacations d'interprétariat = 100 heures (4 000€) → Logistique (matériel et frais de fonctionnement) = 3 000 € → Requête BO à modéliser (dispo DSI à évaluer)
<p>Calendrier prévisionnel</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 2021 : recrutement des professionnels, formation Optimisation des process et supports d'information et d'invitation, ligne dédiée à formaliser Renforcement des partenariats Augmentation de 25% des VAD d'accompagnement (+1000 en année de mise en place) • 2022 : Bilan des partenariats et ajustements Analyse d'impact (indice de suivi, nombre d'enfants différents bénéficiant des VAD, pertinence des VAD dans l'accompagnement) Travail avec le réseau régional de périnatalité et l'ORS GE sur des indicateurs locaux de vulnérabilité (exploitation des résultats de l'Enquête nationale périnatale et des CS8, 9 et 24) Augmentation de 50% supplémentaires (soient 3000 VAD de plus en année pleine/T0) • 2023 : bilan des partenariats et ajustements Adaptation de l'offre au besoin local (analyse différenciée par territoire et public) Augmentation des VAD si nécessaire (+ 1000) et/ou diversification de l'offre d'accompagnement
<p>Indicateurs de mise en œuvre de l'action</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre d'enfants de 0 à 2 ans dans le 67 • Dont nombre d'enfants en zone QPV (EMS et hors EMS) • Nombre de courriers personnalisés proposant une VAD • Nombre de réunions partenaires autour des situations de vulnérabilité • Nombre de contacts téléphoniques pré-VAD • Nombre de VAD d'accompagnement effectuées par la PMI pour un enfant de 0 à 2 ans hors VAD post-natale immédiate • Taux de visites blanches • Nombre d'enfants ayant bénéficié d'une VAD réalisée par la PMI et rapport à la population générale • Détail des indicateurs (VAD, enfants) en zone QPV • Nombre de CS8, 9 et 24 comportant une alerte au moins (requête BO) • Détail des motifs de VAD pour les moins de deux ans par territoire

	<ul style="list-style-type: none">• Part des enfants de 0 à 2 ans vus en VAD de PMI sur l'ensemble des 0-2 ans et comparaison au taux attendu de vulnérabilité ajusté aux indicateurs locaux
Points de vigilance	<ul style="list-style-type: none">• Le développement du programme PRADO a fortement impacté la pratique des VAD post-natales des puéricultrices de PMI, nécessitant une redéfinition des objectifs de ces visites en termes de prévention universelle proportionnée précoce et le développement d'une articulation qui ait du sens entre intervention de la sage-femme libérale et de la PMI ; beaucoup de travail reste à faire dans ce domaine concernant « le passage de relai » qui peut être perçu comme une activité concurrentielle par les sages-femmes libérales• Les familles les plus vulnérables peuvent être fuyantes (stratégie d'évitement) ou avoir du mal à respecter des rdv (rapport au temps et à l'urgence de survie) expliquant un taux de « porte close » important dans certains territoires• La VAD n'est pas le seul outil d'accompagnement en PMI et doit s'inscrire dans un ensemble cohérent d'offres de service complémentaires et ajustées au besoin de la famille• La définition du domicile peut être très large en PMI : CHRS, hôtels, squats, campements, milieu carcéral..• La crise sanitaire liée à la COVID perturbe grandement le travail à domicile

FICHE ACTION N° 5

ENGAGEMENT 1 – OBJECTIF FONDAMENTAL 5

Augmenter le nombre de consultations infantiles pour permettre qu'à horizon 2022,
au moins 20 % des enfants bénéficient de consultations infantiles

Référent : Médecin départemental de PMI67

Etat des lieux

Niveau des indicateurs nationaux 2019 dans le Bas-Rhin :

- Nombre d'enfants de 0 à 6 ans (estimatif) : **72 000**
- Nombre de séances de consultation par an : **2719 (dont 1354 pour Strasbourg) soit une moyenne de 52 séances par semaine**
- Nombre d'examens cliniques réalisés par des médecins de PMI : **19430 (dont 9205 à Strasbourg) soit une moyenne de 7 enfants par séances**
 - **5335 consultations sur 10225 sont pratiquées pour des enfants de moins d'un an (examens obligatoires)** (données CD67)
- Nombre d'enfants ayant bénéficié d'un examen clinique réalisé par un médecin de PMI : **7801 dont 3750 à Strasbourg ;**
 - 1937 enfants de **moins d'un an** sur 4051 (données CD) soient **48% des consultants**
- Part d'enfants de 0 à 6 ans ayant bénéficié d'un examen clinique réalisé par un médecin de PMI : **10,8% (17,8% pour Strasbourg)**
 - **22,5% des enfants de moins d'un an bénéficient de consultations en PMI (données CD) avec une moyenne de 3 consultations par enfant**

Pratique des consultations infantiles dans le Bas-Rhin :

Les consultations du nourrisson et du jeune enfant proposées par la PMI sont ouvertes à toute les familles mais les capacités d'accueil étant limitées par le défaut de ressource médicale, le service priorise les familles vulnérables et en difficulté d'accès aux soins de premiers recours. Par ailleurs la spécificité du développement du très jeune enfant et le respect des obligations vaccinales entraîne une fréquentation de ces consultations par une majorité d'enfant de moins de deux ans, les familles venant y chercher une expertise pédiatrique complémentaire à ce qu'elles pourraient trouver en médecine générale de ville, notamment en zones rurales où peu de pédiatres sont installés. Cette fréquentation dépend fortement de l'offre de soins libérale. En effet le taux de suivi par la PMI d'enfant de 0 à 6 ans sur l'ensemble du département avoisine les 10%, mais avec des pointes à 27% dans les territoires ruraux enclavés ou certaines zones urbaines sensibles désertées par la médecine libérale. Pour la Ville de Strasbourg ce sont près de 18% des enfants qui bénéficient de cet accès aux soins.

Les consultations de PMI n'ont cependant pas pour vocation de se substituer aux dispositifs habituels de soins curatifs ; elles poursuivent des objectifs de médecine préventive et favorisent autant que possible le retour vers des circuits de soins curatifs de droit commun. Aussi beaucoup d'enfants sont suivis conjointement par la PMI et le médecin généraliste. Elles sont des relais privilégiés de problématiques de santé publique et participent à ce titre à l'éducation sanitaire de la population et la promotion

de la santé individuelle et collective. Elles sont assurées par un médecin et une puéricultrice et certains lieux bénéficient d'un interprète et de partenaires assurant l'animation des salles d'attente, éducateurs de jeunes enfants, psychologues, diététicienne. Outre le suivi médical, la consultation du jeune enfant est un autre lieu possible d'actions de prévention médico-sociale :

- accompagnement et soutien des parents dans leur rôle éducatif par le fait de contacts individuels et personnalisés lors de la consultation,
- éducation à la santé soit individuelle lors de l'examen médical, soit collective dans la salle d'attente,
- mise en place d'activités spécifiques autour du jeu notamment et des activités ludiques collectives (salle d'attente)

Les consultations sont implantées prioritairement dans les zones sensibles (QPV, ZRR...) mais ne couvrent pas tout le territoire faute de ressource humaine mais aussi faute de locaux disponibles. Cette situation est préoccupante dans certains territoires où les familles vulnérables cumulent les difficultés d'accès aux soins (ressource médicale déficitaire, difficultés de déplacements (pas ou peu de transports en commun), droits incomplets...). Aussi, l'amélioration de l'offre de service doit-elle se penser autant en termes de ressources humaines qu'en termes immobilier, voire en stratégie innovante du type consultations itinérantes (cf fiche action 13). Le code de la santé publique fixe des quotas d'activité pour les consultations de PMI (1 séance/semaine/200 enfants nés vivants) qui pour le Bas-Rhin devraient se situer autour de 62 séances offertes par semaine, alors qu'en pratique ce sont 52 séances qui sont proposées, permettant de voir en moyenne 7 enfants par séance.

Compte-tenu du calendrier des examens obligatoires, plus de la moitié des consultations sont réalisées pour des enfants de 0 à 12 mois, et 22,5% de cette tranche d'âge est suivie en PMI. Néanmoins la demande est en augmentation constante et on note des délais de rdv supérieurs à 6 semaines dans la majorité des points de consultation, ce qui représente un vrai problème pour le respect du calendrier vaccinal.

En extrapolant ce taux de couverture à la deuxième année de vie de l'enfant, et en supposant que la moyenne de consultation se situe à 2/enfant (2 rdv vaccinaux), il ne reste qu'un millier de consultations théoriques pour la tranche d'âge 3-6ans qui représente près de 32000 enfants dans le Bas-Rhin hors Strasbourg. En fait, la quasi-totalité de ces consultations est destinée à des enfants de 3 ans (soit environ 11% de la classe d'âge), sachant que la PMI voit plus de 60% des enfants de 4 ans à l'école maternelle. La proportion d'enfants de 5 et 6 ans vus en consultation est plus anecdotique.

Pour atteindre un taux de 20% au moins sur la tranche d'âge des 3 ans sur l'ensemble du département, il faudrait donc augmenter la capacité d'offre de service de 1500 consultations au moins, ce qui représente environ 215 séances à raison de 7 consultations par séance, soient 900 à 1000 heures d'activité clinique médicale pure, auxquelles il convient de rajouter du temps de liaison médicale pour orienter les patients présentant une pathologie vers les structures de soin spécialisées (500 heures estimées). Au total 1ETP médical exclusivement clinique est à prévoir, auquel s'ajoutera du temps de secrétariat et de coordination de l'offre de soin.

<p>Objectifs opérationnels</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Atteindre 20 % d'enfants de 0 à 3 ans suivis sur l'ensemble du département, notamment les plus vulnérables et en difficulté d'accès aux soins ; • Assurer un plus grand nombre de consultations pour les enfants en grande difficulté et notamment les enfants de 0 à 6 ans confiés à l'ASE (lien avec le parcours de santé des enfants confiés et le programme PEGASE) et les enfants très vulnérables (dispositifs MDI sur l'EMS) • Adapter notre base de données pour le pilotage de cette activité (requêtes BO à construire)
<p>Description de l'action</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Renforcer l'équipe médicale pour permettre aux médecins territoriaux d'assurer le surplus d'activité clinique et de liaisons médicales nécessaires • Renforcer les ressources de secrétariat et de coordination de l'offre de soin en territoire pour assurer l'appui logistique aux équipes médicales • Prospecter des nouveaux lieux de consultation ou négocier des créneaux supplémentaires dans les lieux existants où le besoin est identifié (mobiliser les contrats départementaux) et équiper les nouveaux sites • Communication sur les nouvelles offres de service (médecine libérale, services hospitaliers, pharmacies, mairies, EAJE, école et centres de loisirs, CSC, EVS et maisons des services...) • Consolider le partenariat avec la médecine de ville dans le suivi conjoint et coordonné des enfants (rencontres, liaisons, collaboration spécifique avec les Maisons de santé...) • Consolider les collaborations existantes avec les structures spécialisées (CAMSP, CMP, PCO, CRTA...) • Adapter le logiciel ATYL pour l'extraction de données spécifiques (analyse de fréquentation des consultations par tranches d'âge, vulnérabilité spécifique, orientations...)
<p>Identification des acteurs à mobiliser</p>	<p>Agents du département : médecins territoriaux, puéricultrices, secrétaires centrales et territoriales, cadres de santé, agents des services sociaux et Equipe d'Animation Territoriale</p> <p>Partenaires extérieurs : professionnels de santé libéraux, maternités et services pédiatriques, structures spécialisées, collectivités territoriales, EPCI, milieu associatif</p>
<p>Moyens financiers prévisionnels</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Année 2021 : 100 250 € <ul style="list-style-type: none"> → RH médicales : 2/12 de 1,5ETP (15 000 €) – vacations médicales (15 000 €) – valorisation CDD médecins (60 000 €) → 2/12 de 1 ETP secrétaire (5 000€) → 2/12 de 0,2 ETP coordination (750 €) → Logistique (matériel et frais de fonctionnement) = 2 000 € → Interprétariat : 2 500 € • En année pleine : 126 500 € <ul style="list-style-type: none"> → RH médicales : 1 500 heures de clinique sous forme de vacations et/ou de postes de médecins territoriaux (90 000 €, dans l'idéal 1,5 postes) dont 0,5 pour Strasbourg – 0,2 ETP coordination (4 500€) → 1 ETP secrétaire (30 000€) → Logistique (matériel et frais de fonctionnement) = 2 000 €

<p>Calendrier prévisionnel</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 2021 : recrutement des professionnels, formation Renforcement des partenariats Prospection de sites et équipement Augmentation de 500 consultations pour la tranche d'âge des 2/3 ans Construction requête BO • 2022 : Bilan des partenariats et ajustements Analyse d'impact (nombre d'enfants différents bénéficiant des CN/CJE par tranches d'âge, par vulnérabilité, vaccinations) Travail avec le réseau régional de périnatalité et l'ORS GE sur des indicateurs locaux de vulnérabilité (exploitation des résultats de l'Enquête nationale périnatale et des CS8, 9 et 24) Augmentation de 500 consultations (+1000 par rapport à N0) • 2023 : idem Atteinte objectif de 20% d'enfants de 0 à 3 ans bénéficiant des consultations de PMI dans l'ensemble du département
<p>Indicateurs de mise en œuvre de l'action</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre d'enfants de 0 à 6 ans résidents dans le Bas-Rhin (détails par tranches d'âge) • Nombre de consultations pour les enfants de 0 à 3 ans effectuées par la PMI, détail par territoire notamment zones sensibles • Nombre d'enfants de 0 à 3 ans ayant bénéficié d'au moins une consultation en PMI, détail par territoire notamment zones sensibles • Suivi des vaccinations proposées en PMI • Suivi de cohorte PEGASE (nombre d'enfants différents par âge, nbr d'actes, nbr d'orientations) • Suivi de l'activité spécifique MDI (nombre d'enfants différents par âge, nbr d'actes, nbr d'orientation) • Suivi de l'activité spécifique « parcours de santé des enfants confiés » (nombre d'enfants différents par âge, nbr d'actes, nbr d'orientation)
<p>Point de vigilance</p>	<ul style="list-style-type: none"> • L'offre de soin gratuite de la PMI n'est pas toujours perçue positivement par les médecins libéraux, notamment par les pédiatres qui y voient une certaine concurrence notamment dans les zones de concentration médicale (certaines zones urbaines dont l'EMS) • La proximité des sites de consultation est un véritable enjeu dans certains territoires ruraux où les familles les plus vulnérables rencontrent de grandes difficultés de déplacement • Trouver des locaux adaptés est très difficile dans certains territoires (pas de volonté politique locale) • La crise majeure du recrutement des médecins en PMI, liée au manque d'attractivité du statut et/ou du tarif de la vacation, risque d'empêcher la mise en œuvre de cette action • La crise sanitaire liée à la COVID perturbe l'organisation des consultations notamment en limitant le nombre des rendez-vous pour éviter le croisement des populations en salle d'attente.

FICHE ACTION N° 6

Renforcer le dispositif d'évaluation des informations préoccupantes

ENGAGEMENT 2 – OBJECTIF 6

Renforcer les moyens, les ressources et la pluridisciplinarité des cellules de recueil des informations préoccupantes (CRIP) pour atteindre sur l'ensemble du territoire un délai maximal de trois mois par évaluation

Référents : Chef de projet Pilotage stratégique – Chef de service CRIP

Etat des lieux

Le nombre de mineurs concernés par au moins une information préoccupante (IP) réceptionnée par la CRIP au cours de l'année civile est en augmentation depuis 2012.

La CRIP 67 est la porte d'entrée des IP : 4 285 informations préoccupantes concernant 3 500 mineurs pour l'année 2019. Chaque jour, les Coordinateurs Territoriaux prennent connaissance des éléments des nouvelles informations entrantes, analysent le degré d'urgence et la pertinence de faire procéder à une évaluation médico-sociale au vu des éléments qu'ils détiennent et faire une proposition de traitement de la situation reçue :

- Classement ;
- Envoi aux territoires pour compétence ;
- Examen de l'information préoccupante et demande d'évaluation médico-sociale aux territoires ou partenaires concernés ;
- Transmission à l'autorité judiciaire des situations de danger grave et immédiat et en cas d'absence de collaboration de la famille.

Les services de la Collectivité - unité du 67 - disposent depuis 2007 d'un guide de l'alerte et du signalement. Il constitue un appui pour déterminer le niveau de risque ou de danger auquel un mineur peut être exposé.

Il est précisé les différents rôles de la CRIP : instruire les dossiers enfance en danger, être un pôle d'écoute aux particuliers, être un pôle de conseil aux professionnels, coordonner les différents partenaires pour une prise de décision adaptée à chaque situation d'enfant en danger.

Cela permet d'éviter notamment l'isolement des professionnels ainsi que d'éventuelles appréciations divergentes, voire des évaluations incomplètes. La CRIP anime ainsi la Commission de Coordination Enfance en Danger (C.C.E.D) qui permet l'étude approfondie des dossiers complexes.

Les professionnels en charge de l'évaluation des informations préoccupantes sont constitués en équipes médico-sociales territoriales pluridisciplinaires : cadres de proximité, assistants sociaux, conseillères en économie sociale et familiale, psychologues, médecins, sages-femmes, éducateurs de jeunes enfants, infirmières, puéricultrices.

Dans le cadre de la mise en œuvre du décret du 28 octobre 2016 relatif à l'évaluation de la situation de mineurs à partir d'une information préoccupante, un process harmonisé sur le territoire du Bas-Rhin a été mis en place pour tous les professionnels qui contribuent à la réalisation des évaluations depuis 2019.

La consultation du cadre et, le cas échéant, le passage en instance d'analyse permettent de :

- S'assurer que le travail réalisé par les évaluateurs a bien permis d'explorer tous les aspects de la vie de l'enfant,
- Mesurer l'adhésion des parents,

	<ul style="list-style-type: none"> - Elaborer une proposition qui respecte l'intérêt de l'enfant et ses besoins. <p>De plus, pour faire face à l'activité et renforcer les compétences, ont été créés dans le même temps 5 premiers postes spécialisés d'évaluateurs (TS et puéricultrices) exclusivement dédiés à la mission d'évaluation des IP et positionnés en premier lieu sur les évaluations qui requièrent une intervention « sans délai ».</p> <p>Ils se sont constitués en réseau des évaluateurs spécialisés, dans l'objectif de devenir ressource pour leurs collègues en terme de connaissances :</p> <ul style="list-style-type: none"> - des besoins fondamentaux de l'enfant, - du repérage des signes de souffrance notamment chez les très jeunes enfants, - des conséquences des carences et négligences, - des dispositifs départementaux de soutien à la parentalité et d'aide sociale à l'enfance. <p>Par ailleurs, l'ensemble des travailleurs médico-sociaux de l'Action Sociale de Proximité et de la PMI participent activement à l'évaluation des informations préoccupantes.</p> <p>Depuis 2015, de nombreux professionnels des UTAMS, des Unités Territoriales de la Ville de STRASBOURG, de la PMI et de l'ASE ont pu bénéficier d'une formation CNFPT autour de la question de l'évaluation en protection de l'enfance et du Projet pour l'enfant de 3 jours chacune.</p> <p>Toutefois, l'augmentation de l'activité IP à la CRIP et dans les territoires ne permet pas d'assurer systématiquement un retour dans les trois mois.</p>
<p>Objectifs opérationnels</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Renforcer les compétences des cadres et des équipes en matière d'évaluation en protection de l'enfance, en formant à la protection de l'enfance et au référentiel national d'évaluation commun pour développer une culture et un langage communs ; • Renforcer les moyens humains de la CRIP ; • Être plus réactif dans le traitement des informations préoccupantes.
<p>Description de l'action</p>	<p>Renforcer les moyens humains pour permettre à la CRIP de transmettre et de traiter plus rapidement les situations d'enfance en danger.</p> <p>Permettre aux territoires de prendre en charge l'évaluation des situations familiales dans des délais plus restreints.</p> <p>Assurer l'information et la formation des professionnels impliqués dans l'évaluation des situations d'enfant en danger ou en risque de l'être.</p>
<p>Identification des acteurs à mobiliser</p>	<p>Agents de la CeA : CRIP/UTAMS/PMI/ASE/DAPI</p> <p>Partenaires extérieurs : ARS, MDPH, Ville de Strasbourg, services médico-sociaux du milieu ouvert, centres maternels/parentaux, MECS, FAE, EN/SSFE, ..., organismes de formation, CNFPT et DDETS.</p>
<p>Moyens financiers prévisionnels</p>	<p>Financement Etat (BOP 304) :</p> <p>2021</p> <ul style="list-style-type: none"> • 30 000 € : financement de formations ; • 35 000 € : renfort de l'équipe CRIP par un poste d'instructeur ;

	<ul style="list-style-type: none"> 100 000 € : renfort des équipes en charge de l'évaluation (2,5 ETP de travailleurs sociaux). <p>2022</p> <ul style="list-style-type: none"> 45 000 € (année 2022) : financement de formations ; 160 000 € (année 2022) : création de 3 postes de travailleurs médico-sociaux et d'un poste d'instructeur.
Calendrier prévisionnel	<p>T1 – 2021 = renfort d'un poste d'instructeur à la CRIP et formation des agents.</p> <p>T2 – 2022 = poursuite des formations (cadres et équipes).</p> <p>Création de 3 postes de travailleurs médico-sociaux.</p>
Indicateurs de mise en œuvre de l'action	<ul style="list-style-type: none"> Nombre d'IP entrantes ; Nombre d'IP évaluées ; Nombre d'IP évaluées en moins de 3 mois ; Nombre d'agents formés (TMS et cadres) ; Déploiement des ressources RH.
Points de vigilance	<p>Converger vers une culture commune au sein de la CeA ainsi qu'avec les acteurs qui concourent à la mission de protection de l'enfance.</p>

FICHE ACTION N° 7

Réactualiser le protocole enfance en danger dans le cadre de la CEA

ENGAGEMENT 2 – OBJECTIF 7

Systématiser et renforcer les protocoles d'informations préoccupantes (IP)

Référent : Chef de service CRIP

Etat des lieux

Existence d'un cadre légal (Art L226-3 du CASF) :

« Le Président du Conseil départemental est chargé du recueil, du traitement et de l'évaluation, à tout moment et quelle qu'en soit l'origine, des informations préoccupantes relatives aux mineurs en danger ou qui risquent de l'être. Le représentant de l'Etat et l'autorité judiciaire lui apportent leur concours.

Des protocoles sont établis à cette fin entre le Président du Conseil départemental, le représentant de l'Etat dans le département, les partenaires institutionnels concernés et l'autorité judiciaire en vue de centraliser le recueil des informations préoccupantes au sein d'une cellule de recueil, de traitement et d'évaluation de ces informations.

Après évaluation, les informations individuelles font, si nécessaire, l'objet d'un signalement à l'autorité judiciaire.

Les services publics, ainsi que les établissements publics et privés susceptibles de connaître des situations de mineurs en danger ou qui risquent de l'être, participent au dispositif départemental. Le Président du Conseil départemental peut requérir la collaboration d'associations concourant à la protection de l'enfance ».

Dans le Bas-Rhin, le premier protocole a été signé de 16 novembre 2007 par le Président du Conseil départemental avec le Préfet, le Maire de STRASBOURG, les représentants des trois ressorts judiciaires, le Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation d'Alsace et le Président de l'Association Régionale Spécialisée d'Action Sociale d'Education et d'Animation. Il est annexé à un guide départemental de l'alerte et du signalement à destination des professionnels de la protection de l'enfance.

Dans le Haut-Rhin, le premier protocole a été approuvé et signé par le Président du Conseil départemental en commission le 25 juin 2010. Les partenaires signataires sont le Préfet, les représentants des deux ressorts judiciaires, la DASEN, la DDCSPP, la DTPJJ, les directions des hôpitaux publics et du centre psychiatrique de ROUFFACH. De nouveaux outils ont été annexés au protocole le 18 mars 2015 : le modèle de la fiche de recueil d'une information préoccupante (FRIP), celui du rapport de protection de l'enfance (RPE), le guide à l'appui de l'évaluation d'une information préoccupante (IP) et le schéma de la chaîne des responsabilités entre professionnels.

A compter du 1^{er} janvier 2021, dans le cadre de la création de la CeA, la CRIP deviendra un service à part entière de la Direction de l'Aide Sociale à l'Enfance avec 2 antennes Nord et Sud.

La CRIP a, par ailleurs, une mission d'information et de sensibilisation en matière de recueil et de traitement des IP. L'article L. 226-2 du CASF

	<p>prévoit : « ces missions comportent notamment l'information et la sensibilisation de la population et des personnes concernées par les situations de mineurs en danger ou qui risquent de l'être ainsi que la publicité du dispositif de recueil d'informations prévu à l'article L. 226-3. Le Président du Conseil départemental peut faire appel aux associations concourant à la protection de l'enfance et de la famille pour participer aux actions d'information et de sensibilisation [...] ».</p> <p><u>La nécessité d'une réactualisation du protocole :</u></p> <p>Au vu des réalités locales et des évolutions en matière d'évaluation des situations relevant de la protection de l'enfance, une réactualisation des protocoles départementaux apparaissait nécessaire. Il s'agit même de fusionner les protocoles des 2 départements dans le cadre de la construction de la nouvelle Direction de l'Aide Sociale à l'Enfance de la CeA (Haut-Rhin et Bas-Rhin), dans un souci d'équité de traitement des usagers.</p>
<p>Objectif opérationnel</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Converger vers une culture commune en matière de recueil, traitement et évaluation de l'IP (périmètre/qualification, circuit, chaîne de responsabilités, références partagées, méthodologie évaluative en PE, etc.) ; • Elaborer et mettre en œuvre le protocole dédié à la transmission d'IP et de rapports de protection de l'enfance (à l'issue d'une évaluation ou d'un accompagnement médico-social) ; • Identifier et mobiliser les partenaires concourant à la PE autour d'un nouveau protocole partenarial relatif au recueil, au traitement et à l'évaluation des IP concernant les mineurs, y compris sur les questions relatives aux violences intrafamiliales/conjugales ; • Renforcer le rôle d'information et de sensibilisation de la CRIP en matière de recueil et de traitement de l'IP, notamment suite à l'élaboration du nouveau protocole.
<p>Description de l'action</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mobilisation d'un groupe de travail réunissant des représentants de l'ensemble des acteurs concourant à la PE aux fins d'établir un état des lieux des pratiques professionnelles en matière d'informations préoccupantes ; • Négociation et rédaction d'un nouveau protocole départemental en y associant les partenaires actuels et de nouveaux partenaires, en particulier en réponse aux besoins en personnes ressources/expertes dans l'évaluation de certaines IP (handicap, Troubles du Neuro Développement, santé mentale) comme le décret n°2016-1476 du 28/10/2016 relatif à l'évaluation de la situation de mineurs à partir d'une IP nous y engage ; • Communication sur les nouveaux protocoles et leur mise en œuvre : organisation de réunions d'information, d'actions de sensibilisation et développement de moyens de communication (plaquettes, site internet).
<p>Identification des acteurs à mobiliser</p>	<p><u>Agents de la Direction Générale Adjointe de la Solidarité de la CeA</u> ASE, Action Sociale de Proximité, PMI Santé, MDPH</p> <p><u>Partenaires extérieurs</u> : Préfets, ARS, représentants des ressorts judiciaires, DASEN, DDETS et DDETSPP, DTPJJ, directions des hôpitaux</p>

	publics, notamment hôpitaux psychiatriques, communes des principales agglomérations, Ordre des Médecins, administration pénitentiaire, établissements de santé privés, CAF, bailleurs sociaux, services d'aides à domicile, services éducatifs du milieu ouvert, services médico-sociaux du champ du handicap et du soin, CHRS, professionnels des dispositifs dédiés aux violences conjugales/intrafamiliales (CIDFF, APPUIS, ...).
Moyens financiers prévisionnels	Financement Etat (BOP 304) : 5 000 € (2022) pour le financement des supports de communication.
Calendrier prévisionnel	T1 – 2021 = bilan du protocole actuel ; T2 – 2022 = production d'un protocole CeA.
Indicateurs de mise en œuvre de l'action	<ul style="list-style-type: none"> • La signature d'un nouveau protocole ; • Nombre de réunions d'information ; • Nombre d'actions de sensibilisation.
Points de vigilance	Protocole partagé au sein de la CeA.

FICHE ACTION N° 8

Renforcer le contrôle des établissements et services de l'ASE

ENGAGEMENT 2 – OBJECTIF 8

Systematiser un volet "maîtrise des risques" dans les schémas départementaux de protection de l'enfance, incluant un plan de contrôle des établissements et services

Référents : Chef de service Offre d'accueil en Etablissement – Responsable ODPE

Etat des lieux

La Collectivité européenne d'Alsace (CeA), sur son territoire du Bas-Rhin, autorise 35 établissements, services de milieu ouvert et lieux de vie sur son territoire pour 2 300 places d'accueil et autant d'accompagnements en milieu ouvert.

La CeA met en œuvre sa mission d'accompagnement, de suivi régulier des établissements et services de l'Aide Sociale à l'Enfance à travers deux entités :

- Un service dédié à la gestion de l'offre d'accueil en établissement (OAE), qui est l'interlocuteur des établissements et services et qui réalise des visites régulières auprès des établissements et services d'Aide Sociale à l'Enfance. Par ailleurs, chaque enfant accueilli dans un établissement et service de l'ASE bénéficie d'un suivi par un référent de l'Aide sociale à l'enfance (travailleur social), qui se rend également dans l'établissement d'accueil ;
- Le Service Tarification Solidarité de la Collectivité européenne d'Alsace réalise le suivi et le contrôle financier des établissements.

Pour les établissements et services de l'ASE, la compétence de contrôle relève en premier lieu du Président de la Collectivité, qui désigne des agents départementaux à cette fin (art. L.133-2 du code de l'action sociale et des familles). Cette compétence a été renforcée par l'ordonnance n° 2018-22 du 17 janvier 2018, qui a élargi les prérogatives du Président du Conseil départemental en matière d'inspections et de suites données à celles-ci.

La Collectivité effectue des contrôles essentiellement sur la base de critères d'alerte sur des dysfonctionnements repérés dans les prises en charges éducatives (nombre d'incidents, réorientations nombreuses, difficultés à procéder à des admissions et donc à répondre aux besoins de l'Aide Sociale à l'Enfance), mais aussi concernant le climat social, le turn-over du personnel ou des difficultés financières.

Des contrôles conjoints ou inspections de la Collectivité et de la Protection Judiciaire de la Jeunesse (PJJ) sont également menés concernant uniquement des établissements doublement habilités PJJ et ASE. Ce sont 6 contrôles conjoints PJJ et ASE qui ont pu être réalisés entre 2009 et 2016.

Ces contrôles permettent d'interroger la structure et font l'objet de formulation de points forts et de pratiques remarquables, de recommandations et de préconisations.

Enfin, les établissements et les services sociaux et médico-sociaux doivent signaler aux autorités compétentes (CeA et Préfecture) tout évènement

	indésirable ou dramatique survenant dans leurs structures. Les modalités de transmission et les attentes de la Préfecture en la matière restent à préciser.
Objectifs opérationnels	Renforcer le contrôle des établissements et services de l'ASE à travers des moyens dédiés à ces contrôles et une clarification des modalités et faits faisant l'objet des signalements à la Préfecture.
Description de l'action	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Etablir un plan de maîtrise des risques incluant un calendrier des contrôles des établissements accueillant des enfants confiés à la CeA et chargés des interventions à domicile ; ▪ Définir la procédure de signalement au Préfet (groupe de travail).
Identification des acteurs à mobiliser	<p>Agents de la CeA : ASE</p> <p>Partenaires extérieurs : DDETS/ PJJ, Etablissements et services.</p>
Moyens financiers prévisionnels	<p>Financement Etat (BOP 304) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 4 228 € (2021) = temps de formation proposé par la PJJ ; • 80 000 € (2022) pour 2 ETP CDD ou externalisés pour la réalisation de contrôles.
Calendrier prévisionnel	<p>T1 – 2021 :</p> <p>Formation d'un agent au contrôle des établissements et services habilités.</p> <p>T2 – 2022 :</p> <p>Etat des lieux et élaboration du plan de maîtrise des risques ; Création de deux postes de contrôleur (CDD ou externalisés) + formation.</p>
Indicateurs de mise en œuvre de l'action	<ul style="list-style-type: none"> • Etablissement du calendrier du plan de contrôles • Nombre de contrôles réalisés • Protocole signé et diffusé
Points de vigilance	<p>S'appuyer sur un référentiel socle (outils disponibles) précisant les modalités d'intervention favorisant ainsi la convergence des pratiques.</p> <p>L'évaluation interdisciplinaire de la situation du mineur/jeune majeur en cours de mesure (cahier de l'ANESM 2013).</p>

FICHE ACTION N° 9.1

Créer un dispositif de répit, adossé à une structure médico-sociale, offrant un accompagnement éducatif renforcé et une prise en charge pédopsychiatrique pour des mineurs à double vulnérabilité

ENGAGEMENT 2 – OBJECTIF 9

Garantir l'accompagnement de tous les enfants protégés en situation de handicap

Référent : direction ASE CeA + médecin ASE Bas-Rhin

Etat des lieux

Sur le territoire bas-rhinois, les enfants confiés à l'ASE en situation de handicap ont fait l'objet d'une étude spécifique par la MDPH et le Service de Protection de l'Enfance intitulée « Les enfants en situation de handicap confiés à l'Aide Sociale à l'Enfance : mieux connaître pour mieux accompagner ».

Un important travail de diagnostic a été réalisé pour mieux comprendre les besoins de ces enfants doublement vulnérables et les difficultés qu'ils rencontrent dans leurs parcours de vie.

L'étude menée a mis en lumière qu'au 31/12/2017 :

- 527 mineurs confiés à l'ASE (soit 21 %) sont en situation de handicap reconnu par la MDPH ;
- 39,8 % de ces enfants ont une déficience psychique ;
- 55 % présentent des troubles du comportement ;
- 19 sont en rupture de parcours et 62 sont à risque de rupture et, parmi eux, 95 % présentent des troubles du comportement ;
- 139 enfants et adolescents ont une notification ITEP et, parmi eux, 24 % ne bénéficient d'aucune prise en charge spécifique à leurs besoins de compensation du handicap;
- 26 jeunes ont ou ont eu un suivi PJJ et, parmi eux, 73 % ont une déficience psychique et 96 % ont des troubles du comportement;
- Ces enfants et adolescents vivent pour la plupart en établissement ASE (41 %) et en famille d'accueil (37 %).

Il apparaît que ces enfants doublement vulnérables sont souvent morcelés dans leurs accompagnements et sont davantage exposés au risque de rupture de parcours (éducatif, soins, lieux de vie, ...).

Ils présentent généralement un besoin d'une prise en charge renforcée et conjointe (psychiatrique et éducative) qui reste insuffisante dans les dispositifs actuels.

En raison des difficultés multiples auxquelles ils sont confrontés, ces jeunes doivent pouvoir bénéficier d'une réponse globale couvrant l'intégralité de leurs besoins. C'est pourquoi il apparaît nécessaire de compléter l'offre actuelle.

Partant de ces constats, les professionnels des établissements ASE, de la Protection Judiciaire de la Jeunesse, les services de psychiatrie et les professionnels des IME et des ITEP se sont réunis pour travailler ensemble sur les actions à mettre en œuvre.

	<p>Parmi les pistes évoquées, il est apparu nécessaire de mettre en place un lieu d'apaisement qui viendrait en soutien au lieu de vie et qui permettrait une évaluation des troubles présentés par le jeune. Cette piste d'action ayant également été évoquée dans le cadre des travaux d'élaboration du Projet Territorial de Santé Mentale ainsi que dans le cadre de l'appel à projet de l'ARS sur les dispositifs innovants en psychiatrie (aout 2020), il a été jugé pertinent de faire converger les réflexions et d'établir cette fiche action.</p>
<p>Objectifs opérationnels</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Offrir un lieu de répit dans un petit collectif et dans un cadre adapté pour des enfants à double vulnérabilité, présentant des troubles du comportement et/ou des troubles psychiatriques ; ▪ Assurer les admissions selon des critères de priorisation en fonction du handicap, de l'intensité des troubles et du risque de rupture ; ▪ Soutenir la prise en charge dans les établissements accueillant des enfants confiés à l'ASE et dans les familles d'accueil (appui technique en amont et en aval) ; ▪ Intervention après évaluation et appui préalable de la situation par l'équipe mobile d'appui médico-sociale pour les nouvelles situations ; ▪ Accompagner les différents moments de passage (ex : sortie d'hospitalisation) ; ▪ Offrir un espace d'évaluation psychologique et pédopsychiatrique ; ▪ Observer et réajuster le parcours de soin en lien avec le secteur sanitaire (équipe mobile et CMP de secteur) ; ▪ Eviter les ruptures dans le parcours du jeune et établir une vraie continuité ; ▪ Prévenir les risques d'aggravation de l'état de santé, des troubles du comportement, de la déficience et éviter les hospitalisations inappropriées.
<p>Description de l'action</p>	<p>Il s'agit de créer un lieu de répit (1 à 3 semaines, renouvelables en fonction des besoins dans la limite de 90 jours par année conformément à la réglementation relative à l'accueil temporaire), offrant un accompagnement socio-éducatif renforcé et une prise en charge pédopsychiatrique à des enfants et adolescents confiés à la CeA, disposant d'une reconnaissance MDPH et présentant des troubles du comportement et/ou des troubles psychiatriques, qui mettent en échec l'accompagnement éducatif et médico-social. C'est un sas de répit et d'évaluation des troubles permettant la mise en œuvre de solutions dans une logique de parcours, pour éviter la rupture.</p> <p>Il ne s'agit pas d'une structure de crise mais d'un complément au lieu de vie ; elle s'inscrit dans la prévention et non pas dans l'urgence, ni dans le cadre d'un placement direct par le Juge des enfants. Elle ne se substitue pas non plus à l'hospitalisation en pédopsychiatrie.</p> <p>Afin de stabiliser la situation de manière durable, un travail de partenariat avec les services d'accompagnement en milieu ordinaire devra être mis en place, notamment avec l'équipe mobile d'appui médico-sociale et les services de pédopsychiatrie (équipes mobiles, CMP, hôpitaux de jour...).</p> <p>Dans la mesure où il s'agit d'un lieu de vie temporaire, s'inscrivant dans le parcours du jeune et permettant d'éviter la rupture, l'établissement ou</p>

	<p>l'assistant(e) familial(e) qui accueille le jeune doit travailler en amont avec cette structure pour préparer le séjour et le retour dans son lieu de vie.</p> <p>Ce travail étroit de coordination nécessite et implique l'ensemble des partenaires intervenant auprès du jeune, sans oublier la famille. Il doit être poursuivi tout au long du séjour (présence et interventions ponctuelles du personnel d'établissement d'origine dans la structure) et en aval, pour assurer la continuité du parcours. Un travail avec l'Education Nationale devra être engagé, pour conserver le lien et éviter la rupture scolaire.</p> <p>Dans le cadre de ses missions, le dispositif pourra travailler avec les autres parties prenantes à l'élaboration d'un outil commun d'observation permettant d'aboutir à un projet cohérent pour le jeune.</p> <p>La finalité de ce dispositif étant qu'une fois l'état du jeune stabilisé (troubles du comportement ou problématique psychiatrique), il réintègre son lieu de vie, l'établissement ou la famille d'accueil d'origine s'engage à garder sa place tout au long du séjour.</p> <p>Pour un accompagnement individualisé, au plus près des besoins du jeune et qui permette une mise à distance de la vie en grande collectivité, cette structure pourra accueillir simultanément 6 à 8 jeunes de 8 à 20 ans, sur une période limitée, évaluée au cas par cas.</p> <p>Ce dispositif fonctionnera 365 jours par an.</p> <p>Pour garantir la fluidité de ce dispositif innovant et en assurer le suivi, la Direction de l'Aide Sociale à l'Enfance de la CeA centralisera les demandes d'admissions et orientera, en lien avec la commission d'admission de la structure et la MDPH, les situations.</p>															
<p>Identification des acteurs à mobiliser</p>	<p>Agents de la CeA : direction ASE dont directeur adjoint et médecin ASE Bas-Rhin, équipes de suivi ASE, assistants familiaux.</p> <p>Partenaires extérieurs : ARS, MDPH, structures médico-sociales, services de pédopsychiatrie des centres hospitaliers (dont Esquif pour les HUS et CH Erstein), établissements ASE, Maison des Ados, Education Nationale, PJJ.</p>															
<p>Moyens financiers prévisionnels</p>	<p>A ce stade, pour offrir à ces jeunes un accompagnement socio-éducatif renforcé et une prise en charge pédopsychiatrique, il est envisagé de constituer une équipe pluridisciplinaire composée notamment d'éducateurs, d'un temps de présence infirmier, d'un temps de présence de pédopsychiatre et de psychologue.</p> <p>Coût des effectifs à titre indicatif :</p> <table border="1" data-bbox="474 1528 1299 1932"> <thead> <tr> <th>Professionnels(elles)</th> <th>ETP</th> <th>Coût</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Equipe éducative spécialisée (de manière à avoir toujours 2 professionnels(elles) en journée + 1 pour la nuit en veille couchée, en plus du veilleur de nuit)</td> <td>7,5</td> <td>337 500</td> </tr> <tr> <td>Veilleur(euse) de nuit</td> <td>2,5</td> <td>75 000</td> </tr> <tr> <td>Agent de Service Intérieur</td> <td>0,5</td> <td>12 500</td> </tr> <tr> <td>IDE coordinatrice</td> <td>0,5</td> <td>20 000</td> </tr> </tbody> </table>	Professionnels(elles)	ETP	Coût	Equipe éducative spécialisée (de manière à avoir toujours 2 professionnels(elles) en journée + 1 pour la nuit en veille couchée, en plus du veilleur de nuit)	7,5	337 500	Veilleur(euse) de nuit	2,5	75 000	Agent de Service Intérieur	0,5	12 500	IDE coordinatrice	0,5	20 000
Professionnels(elles)	ETP	Coût														
Equipe éducative spécialisée (de manière à avoir toujours 2 professionnels(elles) en journée + 1 pour la nuit en veille couchée, en plus du veilleur de nuit)	7,5	337 500														
Veilleur(euse) de nuit	2,5	75 000														
Agent de Service Intérieur	0,5	12 500														
IDE coordinatrice	0,5	20 000														

	Psychologue	0,5	25 000
	Pédopsychiatre mis à disposition par l'équipe mobile pédopsychiatrique	0,5	(50 000)
	Chef(fe) de service	0,2	12 000
	Secrétaire	0,2	6 000
	TOTAL	12,4	488 000
	<p>La composition de cette équipe n'est pas figée, elle pourra être ajustée en fonction des profils recrutés.</p> <p>A ces frais de personnel, des frais de fonctionnement se rajouteront (125 000 €), portant le budget global de cette structure à 613 000 € (il s'agit là d'une estimation). Le prix de journée s'établirait ainsi à environ 210 € (sur la base de 8 jeunes, tous les jours).</p> <p>La MECS (Maison d'Enfants à Caractère Social) ou le FAE (Foyer d'Action Educative) d'origine reversera un tiers de son prix de journée à la structure porteuse, sur la totalité du séjour. Elle conservera les deux tiers restants. Sur la base d'un prix de journée moyen de 180 € en établissement ASE, ce seront donc 60 € qui seront reversés chaque jour au dispositif, par enfant. Sur l'année, cela représente une recette globale estimée à 54 000 € sur la base de 20 enfants pris en charge 45 jours en moyenne.</p> <p>Pour assurer le fonctionnement de ce dispositif, dont le coût est donc de 559 000 € (hors pédopsychiatre), les financements seront assurés à hauteur de 279 500 € par la CeA et de 279 500 € par l'ARS. Le poste de pédopsychiatre sera pris en charge par d'autres sources de financements ARS.</p> <p>Cette structure sera adossée à une structure médico-sociale existante de manière à mutualiser un certain nombre de frais de fonctionnement et de professionnels.</p> <p>Pour mettre en place ce dispositif, il est proposé de diffuser un appel à projets CeA/ARS (sur la base de cette fiche action, avec des ajustements et compléments notamment concernant la composition de l'équipe ou encore les indicateurs).</p>		
Calendrier prévisionnel	<p>T0 – 2021 : Conception de l'action.</p> <p>T1 – 2022 :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Appel à projet pour identifier la structure porteuse du dispositif expérimental (structure médico-sociale du Bas-Rhin) ; • Constitution d'un comité de pilotage et de suivi. Recherche du lieu d'accueil, recrutement de professionnels, organisation logistique. Organisation de l'articulation entre lieu d'accueil et dispositif ASE/Psy. Mise en place de la procédure d'admission et de la commission d'admission. <p>Puis phase de déploiement et premiers accueils de jeunes mineurs confiés à l'ASE.</p>		

	<p>Une évaluation globale conjointe ASE/ARS sera réalisée après 3 ans de fonctionnement afin de déterminer la reconduction, l'évolution/réorientation ou l'arrêt de ce dispositif expérimental.</p>
<p>Indicateurs de mise en œuvre de l'action</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Lancement de l'appel à projet ; - Identification de la structure porteuse du projet ; - Date du premier accueil dans le dispositif ; - Nombre de jeunes accueillis au sein de la structure chaque année ; - Recrutement complet de l'équipe ; - Communication sur le dispositif ; - Partenariats effectifs ; - Création d'un support de sélection pour la commission d'admission afin de définir des critères de priorisation des admissions en fonction du handicap, de l'intensité des troubles et du risque de rupture ; - Présentation d'un rapport d'activité annuel comprenant notamment des indicateurs sur le devenir des enfants pris en charge et l'apport du dispositif de répit.
<p>Points de vigilance</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Coût financier de la structure ; - Complexité du projet et de son organisation ; - Mobilisation des professionnels de pédopsychiatrie (pénurie de pédopsychiatres) ; - Veiller à ne pas saturer le dispositif qui doit rester un lieu de passage, d'observation et de répit ponctuel ; - Trouver la bonne indication par rapport à une hospitalisation (offre complémentaire mais qui ne remplace pas) ; - Articulation entre les professionnels.

FICHE ACTION N° 9.2

Créer de façon conjointe ARS CeA, une unité de vie ouverte à l'année en IME, dédiée aux enfants confiés en situation de handicap

ENGAGEMENT 2 – OBJECTIF 9

Garantir l'accompagnement de tous les enfants protégés en situation de handicap

Référent : Direction de l'Aide Sociale à l'Enfance – CeA + médecin ASE Bas-Rhin

Etat des lieux

Sur le territoire bas-rhinois, les enfants confiés à l'ASE en situation de handicap ont fait l'objet d'une étude spécifique par la MDPH et le Service de Protection de l'Enfance intitulée « Les enfants en situation de handicap confiés à l'Aide Sociale à l'Enfance : mieux connaître pour mieux accompagner ».

Un important travail de diagnostic a été réalisé pour mieux comprendre les besoins de ces enfants doublement vulnérables et les difficultés qu'ils rencontrent dans leurs parcours de vie.

L'étude menée a mis en lumière qu'au 31/12/2017 :

- 527 mineurs confiés à l'ASE (soit 21 %) sont en situation de handicap reconnu par la MDPH ;
- **61 % de ces enfants ont une orientation MDPH vers un établissement ou un service médico-social (IME ou ITEP).**

Pour les 152 enfants qui bénéficient d'une orientation vers un IME, 72 % sont admis au sein de ce type d'établissement. Parmi les 28 % qui ne le sont pas, **8 % ne bénéficient d'aucune prise en charge spécifique** puisque les 20 % restant sont scolarisés en ULIS principalement.

On peut donc s'interroger sur l'adéquation des modalités d'accompagnement mises en place au regard des besoins de compensation évalués par la MDPH.

- Ces enfants et adolescents vivent pour la plupart en établissement ASE (41 %) et en famille d'accueil (37 %).

Au total : 19 sont en rupture de parcours et 62 sont à risque de rupture.

La mise en œuvre de la Réponse Accompagnée Pour Tous au sein de la MDPH a permis, dans un certain nombre de situations (et surtout dans sa phase initiale de lancement en 2017-2018), de trouver des solutions pour quelques jeunes mineurs confiés à l'ASE.

Depuis 2 ans environ, les solutions trouvées deviennent exceptionnelles malgré l'organisation de Groupes Opérationnels de Synthèse réunissant de nombreux partenaires. La persistance de nombreux amendements Creton constitue toujours un frein à l'admission en établissement.

Dans la logique de l'orientation ciblant une société inclusive, les moyens nouveaux ont en effet été dirigés vers la création ou le renforcement des services d'appui et de coordination dans le secteur de l'enfance.

Pour ce qui est des situations ASE, un certain nombre de jeunes se retrouvent sans prise en charge, déscolarisés, ce qui génère une dégradation de leurs fonctions cognitives et/ou psychiques, une insécurité et une anxiété croissantes provoquant des situations de tension et des

	<p>incapacités à prendre en charge dans les établissements ASE qui les accueillent.</p> <p>A l'extrême, certains jeunes sont confiés à l'ASE par le Juge des Enfants, faute de solution en ESMS et en raison d'éléments de danger au domicile. Dans la majorité des cas, le placement n'est pas mis en œuvre faute de lieu d'accueil adapté et la situation de danger au domicile perdure, parfois plusieurs mois, voire années.</p>
Objectifs opérationnels	<p>Garantir une prise en charge spécifique correspondant aux besoins de compensation du handicap évalués par la MDPH.</p> <p>Apporter une réponse spécialisée aux enfants dont la nature des handicaps nécessite une prise en charge médico-sociale renforcée, dans les situations particulières où :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le type de handicap et l'intensité des troubles rendent très difficile pour l'enfant la vie dans les établissements de la protection de l'enfance et la prise en charge chez les assistants familiaux ; - Les retours en famille sont très limités voire inexistantes selon les décisions du Juge pour enfants. <p>Renforcer l'articulation entre le champ du handicap et la protection de l'enfance.</p> <p>Eviter toute rupture de parcours.</p>
Description de l'action	<p>Il s'agit de mobiliser, via l'ARS et par appel à projet, un établissement médico-social (IME) afin de développer des modalités différentes de prise en charge spécifiquement pour les enfants confiés à l'ASE.</p> <p>L'objectif est de créer, par renforcement financier de places existantes, une unité de vie ouverte à l'année et dédiée aux enfants confiés au service de l'ASE en situation de handicap.</p> <p>Cette unité proposera un fonctionnement spécifique permettant de veiller au maintien des liens affectifs en rapport avec les services de l'ASE.</p> <p>Dans ce cadre et selon les situations, différentes actions pourront être proposées (visites familiales en application des décisions du Juge pour enfants, liens avec les travailleurs sociaux référents, famille d'accueil ou parrainage, ...).</p> <p>L'orientation sera faite sur des critères spécifiques à déterminer : la nature du handicap et la spécialisation nécessaires à sa prise en charge seront des éléments essentiels (TSA notamment, déficience intellectuelle avec troubles associés, ...).</p>
Identification des acteurs à mobiliser	<p>Agents de la CeA : Direction ASE (dont Médecin ASE Bas-Rhin, équipes territorialisées de l'ASE, service de soutien professionnel aux assistants familiaux), MDPH.</p> <p>Partenaires extérieurs : ARS, IME du département, Etablissements ASE.</p>
Moyens financiers prévisionnels	<p>Financement à hauteur de 184 524 € au titre de l'ONDAM médico-social pour une unité d'accueil en internat à l'année complète dans un IME pour 7 à 10 places par renforcement de places d'internat de semaine existantes (en fonction du coût à la place actuel de la structure).</p>

Calendrier prévisionnel	<p>2021 – 1^{er} trimestre 2022 : Mobilisation de l'ARS, appel à projet des ESMS.</p> <p>2022 : Mise en œuvre des dispositifs selon les réponses de l'appel à projet.</p>
Indicateurs de mise en œuvre de l'action	<ul style="list-style-type: none"> - Effectivité de l'extension de l'ouverture de places en IME ; - Nombre total d'accueils réalisés pendant les week-end et vacances scolaires ; - Nombre d'enfants confiés différents concernés par an ; - Profils des enfants pris en charge ; - Nombre et nature des actions conjointes mises en place, en lien avec les services de l'ASE.
Points de vigilance	<ul style="list-style-type: none"> - Coûts et financements nécessaires ; - Bonne articulation dans les prises en charge conjointes ; - Prendre en compte l'enfant dans toutes ses dimensions sans l'enfermer dans un statut stigmatisant (handicap, ASE) ; - Prévention des troubles du comportement ; - Favoriser l'inclusion du jeune (scolarité, famille, environnement, activités sportives et culturelles) ; - Dépasser les cloisonnements institutionnels (culture, temporalité, outils, communication) ; - Anticiper les changements, prévenir l'urgence et les ruptures ; - Favoriser les échanges sur les pratiques entre professionnels de l'ASE et du handicap.

FICHE ACTION N°9.3
Compléter l'offre d'une équipe mobile d'appui

ENGAGEMENT N°2 - OBJECTIF N°9
Compléter l'offre d'accompagnement de tous les enfants protégés en situation de handicap.

Référent : Direction de l'Aide Sociale à l'Enfance – CEA :

Constat du diagnostic

Sur le territoire bas-rhinois de la Collectivité européenne d'Alsace, les enfants confiés à l'ASE en situation de handicap ont fait l'objet d'une étude spécifique par la MDPH et le Service de Protection de l'Enfance intitulée

« Les enfants en situation de handicap confiés à l'Aide Sociale à l'Enfance : mieux connaître pour mieux accompagner ».

Un important travail de diagnostic a été réalisé pour mieux comprendre les besoins de ces enfants doublement vulnérables et les difficultés qu'ils rencontrent dans leurs parcours de vie.

L'étude menée a mis en lumière qu'au 31/12/2017 :

- 527 mineurs confiés à l'ASE (soit 21 %) sont en situation de handicap reconnu par la MDPH ;
- **61 % de ces enfants ont une orientation MDPH vers un établissement ou un service médico-social (IME ou ITEP).**

Sur 139 enfants orientés vers un ITEP, seuls 45 % sont admis au sein de ce type d'établissement. Parmi les 55 % qui ne le sont pas, 31% sont pris en charge ailleurs : en classe ordinaire avec AESH, en classe SEGPA, en SESSAD, ITEP ou encore en ULIS. **Ce sont ainsi 24 % des jeunes orientés vers un ITEP qui ne bénéficient d'aucune prise en charge spécifique.**

Pour les 152 enfants qui bénéficient d'une orientation vers un IME, 72 % sont admis au sein de ce type d'établissement. Parmi les 28 % qui ne le sont pas, **8 % ne bénéficient d'aucune prise en charge spécifique** puisque les 20% restant sont scolarisés en ULIS principalement.

On peut donc s'interroger sur l'adéquation des modalités d'accompagnement mises en place au regard des besoins de compensation évalués par la MDPH.

- Ces enfants et adolescents vivent pour la plupart en établissement ASE (41 %) et en famille d'accueil (37 %).

Au total : 19 sont en rupture de parcours et 62 sont à risque de rupture.

La mise en œuvre de la Réponse Accompagnée Pour Tous au sein de la MDPH a permis dans un certain nombre de situations (et surtout dans sa phase initiale de lancement en 2017-2018) de trouver des solutions pour quelques jeunes mineurs confiés à l'ASE.

Depuis 2 ans environ, les solutions trouvées deviennent exceptionnelles malgré l'organisation de Groupes Opérationnels de Synthèse réunissant de nombreux partenaires. La persistance de nombreux amendements Creton constitue toujours un frein à l'admission en établissement.

	<p>Dans la logique de l'orientation ciblant une société inclusive, les moyens nouveaux ont en effet été dirigés vers la création ou le renforcement des services d'appui et de coordination dans le secteur de l'enfance.</p> <p>Des points de tension sont relevés dans les structures de protection de l'enfance qui ne sont pas adaptées pour la prise en charge à temps plein des enfants en situation de handicap. Ces difficultés s'expliquent notamment par des formations inadaptées des professionnels à la gestion des troubles du comportement et un manque de logique de soin intégrée aux établissements.</p> <p>Alors qu'ils auraient besoin d'une approche intersectorielle renforcée, les enfants confiés en situation de handicap doivent naviguer entre des interlocuteurs et des modes de prises en charge distincts les uns des autres, au suivi haché et parfois contradictoire, loin de l'idée d'un parcours fluide et centré sur leurs besoins.</p> <p>De manière plus générale, un manque d'articulation entre champ du handicap et champ de la protection de l'enfance est constaté.</p>
<p>Objectif opérationnel</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Garantir une stabilité et une continuité des parcours ainsi que la prise en charge des enfants confiés en situation de handicap ou présentant des troubles du neuro-développement et des troubles du comportement. Ces enfants nécessitent une évaluation, un diagnostic, permettant de construire un projet individuel cohérent ; - Renforcer l'articulation entre le champ du handicap et de la protection de l'enfance et apporter un soutien aux professionnels de ces deux champs d'intervention ; - Désamorcer les difficultés afin d'éviter l'entrée dans des dispositifs de situations complexes ; - Disposer d'une équipe mobile dédiée aux professionnels de la protection de l'enfance et à titre plus exceptionnel en recours des professionnels du champ du handicap.
<p>Description de l'action</p>	<p>L'équipe mobile a double compétence :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intervenir en expertise et en appui des professionnels de la protection de l'enfance quand ils sont en difficulté pour assurer la prise en charge au quotidien de l'enfant ; - Venir ponctuellement renforcer les interventions directes auprès d'un enfant, en fonction d'objectifs précis préalablement déterminés. <p>L'équipe pluridisciplinaire assurera tout au long du parcours :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Des consultations préventives aux enfants ASE au sein des établissements et sur sollicitation à domicile ou au plus près du lieu de vie ; - Elle accompagne à la réalisation du projet individuel ; - Elle apporte des compétences aux équipes d'encadrement de ces enfants. <p>L'équipe mobile a également vocation à mener des actions de sensibilisation collective auprès des équipes encadrantes, des familles d'accueil ou des parents d'enfants confiés.</p>

	<p>Concernant les prestations d'appui-conseil, l'équipe mobile intervient après demande des professionnels et régulation par une commission pluridisciplinaire.</p> <p>Un comité de suivi des situations signalées à l'équipe mobile est organisé tous les trimestres.</p>
Identification des acteurs à mobiliser	<ul style="list-style-type: none"> - Secteur associatif ; - Services du soin : CHS, CAMSP ; - ARS ; - MDPH ; - Education nationale ; - ASE ; - Personnels de la protection de l'enfance.
Moyens financiers prévisionnels	<p>2022 : 100 000 €</p> <p>Création d'une équipe pluridisciplinaire (exemple : éducateur, psychologue, ...).</p>
Calendrier prévisionnel	<ul style="list-style-type: none"> - Novembre 2021 : définition d'un cahier des charges avec l'opérateur retenu en lien avec l'ARS, l'ASE et la MDPH. - Mise en œuvre courant 1^{er} trimestre 2022.
Indicateurs de mise en œuvre de l'action	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre de jeunes pris en charge par l'équipe ; - Lieux de prise en charge principal ; - Durée d'intervention de l'équipe mobile ; - Délai moyen entre le signalement et l'intervention effective ; - Nombre d'interventions pour le suivi de chaque enfant ; - Nombre de participants aux formations, informations par an ; - Bilan financier détaillé de l'activité.
Points de vigilance	<p>Garantir l'articulation entre ce dispositif et les autres dispositifs intervenant dans le champ de la protection de l'enfance et du handicap.</p> <p>Intervenir en subsidiarité par rapport à l'ensemble des autres dispositifs.</p> <p>Garantir une évaluation objective des besoins de l'enfant.</p> <p>Veiller à passer le relais dès que possible aux dispositifs de droit commun ou de droit spécifique pouvant prendre en charge les besoins de l'enfant (SESSAD, CHS, CMPP ...). En tout état de cause, l'intervention de l'équipe mobile ne peut être que ponctuelle.</p>

FICHE ACTION N° 10

Renforcer la participation des enfants et des jeunes aux rencontres annuelles de l'Observatoire Départemental de la Protection de l'Enfance (ODPE)

ENGAGEMENT 3 – OBJECTIF 10

Systematiser la participation des enfants et des jeunes aux observatoires départementaux de la protection de l'enfance (ODPE)

Référent : La Responsable de l'Observatoire Départemental de la Protection de l'enfance – Direction de l'ASE – Unité Nord

Etat des lieux

Tant au niveau national que supra national, le cadre juridique place l'expression du mineur comme un droit fondamental.

Dès 1989, la Convention Internationale des Droits de l'Enfant consacre ce droit dans son article 12 qui stipule que « *Les Etats parties garantissent à l'enfant qui est capable de discernement le droit d'exprimer librement son opinion sur toute question l'intéressant, les opinions de l'enfant étant dûment prises en considération eu égard à son âge et à son degré de maturité.* »

En droit français, on retrouve ce principe notamment dans les lois du 2 janvier 2002 et du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance.

L'Observatoire de la protection de l'enfance (ODPE) :

La loi du 10 juillet 1989 relative à la prévention des mauvais traitements à l'égard des mineurs et à la protection de l'enfance a posé les premiers jalons de l'observation départementale de la protection de l'enfance.

La loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance, crée un observatoire de la protection de l'enfance dans chaque département et lui confère une place stratégique dans la définition et le suivi des politiques locales de protection de l'enfance.

Les missions des ODPE sont renforcées par la loi du 14 mars 2016 et sa composition précisée par décret.

Ces missions sont au nombre de 5 :

- 1° Recueillir, examiner et analyser les données relatives à l'enfance en danger dans le département,
- 2° Etre informé de toute évaluation des services et établissements intervenant dans le domaine de la protection de l'enfance,
- 3° Suivre la mise en œuvre du schéma départemental de protection de l'enfance,
- 4° Formuler des propositions et avis sur la mise en œuvre de la politique de protection de l'enfance dans le département,
- 5° Réaliser un bilan annuel des formations continues délivrées dans le département et élaborer un plan pluriannuel des besoins en formation de tous les professionnels concourant dans le département à la protection de l'enfance.

Dans le Bas-Rhin, l'ODPE a été mis en place le 19 septembre 2016.

La réunion plénière de l'ODPE se réunit au moins une fois par an. Par ailleurs, un comité technique (formation restreinte) se réunit au minimum 2 fois par an pour la conduite opérationnelle des travaux de l'Observatoire et la préparation de la réunion plénière.

	<p>Deux associations de représentants d'usagers font partie de l'ODPE : l'Association d'Entraide des Personnes accueillies en protection de l'enfance (ADEPAPÉ) et l'Union Départementale des Associations Familiales (UDAF).</p> <p>Rebond du Cœur est très actif et collabore régulièrement avec l'ODPE pour favoriser la participation directe de jeunes à l'ODPE. L'ODPE du Bas-Rhin a en effet initié plusieurs rencontres avec des jeunes majeurs au cours de l'année 2020. Lors de la rencontre annuelle de l'ODPE en octobre 2020, un film a été diffusé présentant le témoignage de deux jeunes. L'une d'entre elles était présente et a pu témoigner de son parcours, des difficultés rencontrées et échanger avec les représentants des différentes institutions : Gendarmerie, Police, ASE, ...</p>
Objectifs opérationnels	<ul style="list-style-type: none"> • Identifier des jeunes volontaires pour constituer un groupe d'échanges et de réflexion prêt à partager avec les membres de l'ODPE sur divers aspects de la mise en œuvre de la politique de protection de l'enfance dans le Bas-Rhin. Ils constitueront un panel représentatif en termes d'âge, de sexe, de modalité de prise en charge et de lieu d'habitation (urbain – rural) ; • S'appuyer sur les associations en lien direct avec les jeunes bénéficiant d'une mesure de protection de l'enfance : ADEPAPÉ, Rebond du Cœur, UDAF ; • Elaborer un programme d'accompagnement à destination des enfants et des jeunes pour leur permettre d'être à l'aise lors de leurs interventions en séance plénière ; • Construire la démarche de bilan de la participation des enfants et des jeunes à l'ODPE.
Description de l'action	<p>L'action vise à :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Constituer un groupe d'enfants et de jeunes, bénéficiant d'une prestation de l'aide sociale à l'enfance ; • Former les membres de ce groupe pour leur permettre de prendre connaissance du contexte de leur intervention et d'avoir un maximum d'outils pour participer activement à l'ODPE. Le programme de formation sera construit en ce sens ; • Identifier, avec le groupe, des thématiques de travail dont les conclusions seront présentées à l'ODPE comme, par exemple : la majorité, le Projet Pour l'Enfant (PPE), l'évaluation du PPE, ... pour recueillir leur parole ; • Programmer un bilan de la participation du groupe à l'ODPE.
Identification des acteurs à mobiliser	<p>Agents de la CeA : les membres de l'ODPE, le comité technique de l'ODPE, des assistants familiaux de la CeA.</p> <p>Partenaires extérieurs : les membres de l'ODPE, les MECS, les enfants et les jeunes, l'ADEPAPÉ, Rebond du Cœur, l'UDAF.</p>
Moyens financiers prévisionnels	<p>Une subvention de 20 000 € fléchée à destination d'une association en charge d'identifier et d'accompagner des jeunes partants pour intervenir par leur témoignage sur leur parcours auprès des professionnels et des jeunes dans les établissements et chez les assistants familiaux.</p>

Calendrier prévisionnel	<p>T1 – 2021 : Constitution du groupe d'enfants et de jeunes. Elaboration du programme des rencontres et des sujets débattus.</p> <p>T2 – 2022 : Participation des enfants et des jeunes à l'ODPE et présentation des travaux à l'ODPE.</p>
Indicateurs de mise en œuvre de l'action	<ul style="list-style-type: none">• Constitution du groupe d'enfants et de jeunes ;• Nombre d'enfants participant à l'ODPE ;• Dates des rencontres ;• Contributions du groupe à la conférence stratégique.
Points de vigilance	<ul style="list-style-type: none">• Veiller à la distinction entre l'objectif de participation à l'ODPE et les études permettant de mieux connaître le public des enfants et des jeunes ayant un parcours à l'ASE.• Permettre l'expression de chacun en fonction de son âge (capacité de discernement).• Convergence avec la fiche action 12 - objectif 10 du CDPPE du Haut-Rhin « <i>Systématiser la participation des enfants et des jeunes aux observatoires départementaux de la protection de l'enfance (ODPE)</i> » - veiller à une cohérence d'action entre les deux ODPE.

FICHE ACTION N° 11

Renforcer l'Observatoire départemental de la protection de l'enfance (ODPE)

ENGAGEMENT TRANSVERSE - OBJECTIF N° 11

Renforcer les ODPE

Référent : La Responsable de l'Observatoire Départemental de la Protection de l'enfance – Direction de l'ASE – Unité Nord

Etat des lieux

Instauré par l'article 16 de la loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance, puis renforcé par la loi du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant et la feuille de route 2015-2017 pour la protection de l'enfance, l'Observatoire départemental de la protection de l'enfance (ODPE) occupe une place stratégique dans la définition, le suivi et l'évaluation des politiques locales en faveur de l'enfance et de la famille, et plus spécifiquement de protection de l'enfance. Lieu de mutualisation et d'échange des connaissances, il contribue à mieux faire connaître le dispositif de protection de l'enfance, tant à l'échelon départemental qu'à l'échelon national, et à le faire évoluer. Il favorise la collaboration et l'articulation entre l'ensemble des acteurs de la protection de l'enfance et ceux qui y concourent, et contribue au décloisonnement des pratiques professionnelles.

L'article L. 226-3-1 du CASF définit ses missions comme suit :

« 1° Recueillir, examiner et analyser les données relatives à l'enfance en danger dans le département, au regard notamment des informations anonymes transmises dans les conditions prévues à l'article L. 226-3. Ces données sont ensuite adressées par chaque département à l'Observatoire national de la protection de l'enfance ;

2° Etre informé de toute évaluation des services et établissements intervenant dans le domaine de la protection de l'enfance et assurée en application de l'article L. 312-8 ;

3° Suivre la mise en œuvre du schéma départemental prévu à l'article L. 312-5 en tant qu'il concerne les établissements et services mentionnés aux 1° et 4° du I de l'article L. 312-1, et de formuler des avis ;

4° Formuler des propositions et avis sur la mise en œuvre de la politique de protection de l'enfance dans le département ;

5° Réaliser un bilan annuel des formations continues délivrées dans le département en application de l'article L. 542-1 du code de l'éducation, qui est rendu public, et d'élaborer un programme pluriannuel des besoins en formation de tous les professionnels concourant dans le département à la protection de l'enfance.

L'Observatoire départemental de la protection de l'enfance établit des statistiques qui sont portées à la connaissance de l'assemblée départementale et transmises aux représentants de l'Etat et de l'autorité judiciaire ».

	<p>L'ODPE du département du Bas-Rhin a été installé le 19 septembre 2016. Il réunit l'ensemble des acteurs locaux de la protection de l'enfance. Sa gouvernance repose sur une conférence stratégique qui se réunit au moins une fois par an et un Comité technique qui se réunit à une fréquence plus régulière. Des commissions de travail sont organisées sur différentes thématiques.</p> <p>L'ODPE apporte une expertise prospective et transversale sur les questions liées à l'enfance en difficulté et l'enfance en danger. Il formule des recommandations et des avis en matière d'évolution des organisations et des pratiques professionnelles, ainsi que de politiques départementales. Par la constitution d'un savoir transversal (connaissance formalisée, objectivée et quantifiée des phénomènes sociaux), l'observation sociale est un outil d'aide à la décision permettant la définition, le suivi et l'évaluation des politiques sociales. Elle s'inscrit dans une démarche de rationalisation des politiques et des coûts de traitement, d'évolution et d'adaptation des moyens d'action et des modes d'intervention.</p> <p>Ainsi, la question des connaissances, de leur élaboration, de leur diffusion et de leur appropriation par tous les acteurs est centrale dans la réflexion et l'action de l'ODPE. La production de données statistiques concluantes, solides et pertinentes, est un enjeu fondamental pour soutenir les prises de décisions au niveau des politiques et des pratiques.</p> <p>Dans le cadre de la construction de la CeA, il est indispensable de consolider et de développer les données statistiques du Bas-Rhin et du Haut-Rhin pour permettre une convergence territoriale et renforcer l'efficacité des politiques et des pratiques dans les champs de l'enfance, de la famille et de la protection de l'enfance.</p>
Objectifs opérationnels	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Développer la fonction d'observation et de recherche de l'ODPE, ▪ Formaliser et mettre en œuvre une méthodologie de recueil, d'examen et d'analyse des données relatives à la protection de l'enfance en danger.
Description de l'action	<p>Renforcer les équipes de la Collectivité par un 1 ETP pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Consolider et développer la production de données statistiques, ▪ Préparer la convergence des données statistiques du Haut-Rhin et du Bas-Rhin, dans le cadre de la construction de la CeA.
Identification des acteurs à mobiliser	<p>Agents de la CeA : les services de la Solidarité, les membres de l'ODPE.</p> <p>Partenaires extérieurs : les membres de l'ODPE.</p>
Moyens financiers prévisionnels	<p>Financement Etat (BOP 304) :</p> <p>50 000 € (2021) pour 1 ETP d'1 an d'un poste de Chargé de mission pour la convergence et la production des indicateurs de l'ODPE.</p>
Calendrier prévisionnel	<p>T1 – 2021 : renforcement des moyens humains d'un ETP</p> <p>T2 – 2022 : production de statistiques communes (Bas-Rhin/Haut-Rhin)</p>

Indicateurs de mise en œuvre de l'action	<ul style="list-style-type: none">• Nombre de réunions de l'ODPE, Conférence stratégique et Comité Technique• Nombre de points à l'ordre du jour concernant les données chiffrées• Actualisation des données chiffrées à l'échelle de la CeA.
Points de vigilance	Exploiter les données chiffrées dont disposent les départements du Bas-Rhin et du Haut-Rhin sur la protection de l'enfance pour le recueil et l'analyse de données statistiques communes avec 2 logiciels métiers différents (SOLIS & IODAS).

FICHE ACTION N° 12

Augmenter la capacité d'accueil des fratries dans le dispositif bas-rhinois

ENGAGEMENT 2 - OBJECTIF 18

Créer 600 nouvelles places d'accueil en fratries au niveau national à l'horizon 2022

Référent : Chef de service Offre d'accueil en établissements

Etat des lieux

La Convention internationale des droits de l'enfant affirme dans son préambule que « l'enfant, pour l'épanouissement harmonieux de sa personnalité, doit **grandir dans son milieu familial**, dans un climat de bonheur, d'amour et de compréhension ».

Lorsque la situation le nécessite, **l'enfant peut être amené à être pris en charge par l'ASE.**

Principe affirmé depuis longtemps, grandir ensemble est un facteur important de l'équilibre et la construction de chaque enfant d'une fratrie. C'est pourquoi le législateur insiste sur la prise en compte de cette question :

- **La loi de 2007** prévoit que le lieu d'accueil de l'enfant doit être recherché dans l'intérêt de celui-ci, afin de faciliter l'exercice du droit de visite et d'hébergement par le ou les parents ainsi que **le maintien de ses liens avec ses frères et sœurs.**
- **La loi de 2016** est plus précise : **le projet pour l'enfant prend en compte les relations personnelles entre les frères et sœurs**, lorsqu'elles existent, **afin d'éviter les séparations**, sauf si cela n'est pas possible ou si l'intérêt de l'enfant commande une autre solution.

Un **nouveau projet de loi**, en débat actuellement, va encore plus loin en proposant une modification du Code civil en ce qui concerne les liens personnels entre frères et sœurs, inspirée de ce qui est prévu en matière de relations continues entre les grands-parents et leurs petits-enfants. « En toutes circonstances, **les frères et sœurs mineurs ont le droit de ne pas être séparés**, à moins que cela soit contraire à l'intérêt de l'enfant ».

Le 7 juillet 2021, l'Assemblée nationale s'est déjà positionnée pour **interdire la séparation des frères et sœurs pris en charge par l'Aide sociale à l'enfance** (voté à l'unanimité).

Les auditions menées avant l'adoption de ce projet de loi ont révélé qu'il restait particulièrement difficile de trouver des places pour les enfants extraits de leur famille, et encore plus **ardu lorsqu'il s'agissait d'en placer 2, 3 ou plus ensemble**, constat que nous partageons.

Au 1^{er} janvier 2021, sur 2 386 mineurs confiés à l'ASE Bas-Rhin (hors MNA) :

- 1443 enfants, soit 60 % sont accueillis avec leur fratrie.
- **379 enfants, soit 15 % sont même issus de fratries de plus de 3 enfants.**

	Nb de fratries	Nb d'enfants concernés
Nombre de fratries	549	1443
dont 2 enfants placés	333	666
dont 3 enfants placés	132	396
dont plus de 3 enfants placés (moyenne 4,7)	83	379

Le Foyer de l'enfance est sollicité en priorité pour les situations d'urgence et peut être amené à accueillir des fratries sur une période plus ou moins longue.

	<p>En fonction des situations et des places disponibles, les enfants sont orientés en famille d'accueil ou en établissement.</p> <p>En ce qui concerne les fratries, le principe de non-séparation est privilégié, sauf indication contraire, mais pas toujours respecté du fait d'une insuffisance de places spécialisées.</p> <p>En effet, seuls 3 établissements ont inscrit dans leur projet d'établissement l'accueil de fratries (SOS Village Enfants, St François d'Assise et St Joseph) pour un total de 76 places.</p> <p>Pour les autres, les demandes d'admission permettant également l'accueil de fratries sont faites :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dans les 2 autres établissements qui fonctionnent avec des pavillons (Louise de Marillac, le Freihof), capacité totale 38 places ; • En familles d'accueil employées par la Collectivité (410 assistants familiaux) pour les fratries de 2 et de 3. <p>Notre volonté est de mieux satisfaire aux obligations légales dans l'intérêt supérieur des enfants en augmentant notre capacité d'accueil fratries, par transformation et création.</p>
Objectifs opérationnels	<ul style="list-style-type: none"> • Adaptation d'accueils en pavillons à l'accueil de fratries, • Ouverture d'un groupe spécifique dans le cadre d'un appel à manifestation d'intérêt auprès des établissements ASE du territoire.
Description de l'action	<p>En 2021, accompagner la reconfiguration de l'offre d'accueil du Foyer départemental de l'enfance par la création d'une maison territoriale.</p> <p>En 2022, créer un groupe fratrie d'une capacité de 8 enfants (extension possible jusqu'à 10), en territoire, adossé à un établissement existant : acquisition ou location d'une maison, recrutement du personnel.</p>
Identification des acteurs à mobiliser	<p>Agents de la CeA : Direction ASE, Service Offre d'accueil en établissement, Service Accompagnement des enfants confiés nord.</p> <p>Partenaires extérieurs : Les établissements ASE du 67.</p>
Moyens financiers prévisionnels	<p>T1 – 2021 :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reconfiguration de l'offre d'accueil du Foyer départemental de l'enfance par la création d'une maison territoriale : 43 950 € correspondant au surcoût lié à un fonctionnement en site isolé. • 0,5 ETP de coordonnateur projet : 22 500 €. <p>Soit un total de 66 450 €.</p> <p>T2 – 2022 : 552 500 € dont :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Création de 8 places – coût annuel de la place : 66 250 €. • 0,5 ETP de coordonnateur de projet : 22 500 €. <p>Soit un total 552 500 €.</p>
Calendrier prévisionnel	<p>T1 – avril 2021 : Reconfiguration de l'offre d'accueil du Foyer départemental de l'enfance par la création d'une maison territoriale, à OBERHAUSBERGEN.</p>

	T2 – 2022 : Ouverture de la maison territoriale.
Indicateurs de mise en œuvre de l'action	<ul style="list-style-type: none">▪ Date d'ouverture des maisons▪ Nombre d'enfants accueillis au 31 décembre de chaque année.
Points de vigilance	Tension du marché immobilier qui pourrait freiner la location d'une maison susceptible d'accueillir les enfants.

FICHE ACTION N° 13 Création de postes de travailleur social « Aide à la Parentalité » ENGAGEMENT 2 – OBJECTIF 19 Diversifier l'offre en matière de protection de l'enfance à domicile	
Référents : Direction de l'Action Sociale de proximité	
Etat des lieux	<p>La politique de soutien à la parentalité est une politique dont l'objectif consiste à répondre aux mutations de la famille et aux évolutions des conditions d'exercice du rôle de parent. Cette politique publique consiste à épauler les parents en les informant, les écoutant et en mettant à leur disposition des services et des moyens leur permettant d'assumer pleinement leur rôle.</p> <p>En France, le soutien à la parentalité s'enrichit également de nombreux dispositifs rattachés à d'autres politiques publiques, dont les acteurs ont constaté l'importance d'agir sur les parents pour atteindre leurs objectifs (Education Nationale, politique de la Ville, prévention de la délinquance, ...). La CeA, dans le cadre de ses missions de Protection Maternelle et Infantile et d'Action Sociale de Proximité, est un acteur majeur du soutien à la parentalité.</p> <p>En Alsace, la structure de la population bas-rhinoise est composée de 37 % de ménages avec enfants. Près d'une personne sur 5 (18 %) rencontrée dans les Unités Territoriales d'Action Médico-sociale (UTAMS) ou dans les Unités Territoriales (UT) de la Ville de STRASBOURG (hors PMI) l'a été pour une ou des problématiques liées à l'enfance.</p> <p>Concernant les personnes rencontrées pour une problématique enfance, l'activité est fortement centrée sur le soutien à la parentalité et la prévention, notamment par l'accompagnement au quotidien par les travailleurs sociaux, le Travailleur en Intervention Sociale et Familiale (TISF) et la mise en œuvre des mesures administratives d'Aide Educative à Domicile (AED) notamment.</p> <p>Un ménage avec enfant sur 5 fait l'objet d'une évaluation dans le domaine de la prévention ou de la protection.</p> <p>Plusieurs constats sont réalisés : besoin de coordonner l'action des acteurs institutionnels et associatifs sur les territoires, difficultés de mobilisation et d'information efficace des parents, l'action collective ne correspond pas aux besoins de toutes les familles.</p>
Objectifs opérationnels	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Diversifier l'offre en matière de protection et de prévention de l'enfance à domicile ; ▪ Créer des postes de travailleur social « aide à la parentalité ».
Description de l'action	<p>Les unités territoriales d'action médico-sociales (UTAMS et UT de Strasbourg) développent un service de proximité afin d'assurer le soutien des familles, prévenir les risques et le danger encourus pour certains enfants et de fournir des conseils personnalisés de proximité accessibles pour toutes les familles.</p>

	<p>Pour certaines familles, le besoin d'être accompagnées - en-dehors d'une procédure administrative d'Aide sociale à l'enfance -, sur leurs fonctions parentales et de manière plus soutenue, est nécessaire.</p> <p>Le travailleur social « aide à la parentalité » est chargé de développer des axes de soutien à la parentalité, en lien avec les professionnels médicosociaux des unités territoriales et des partenaires du territoire œuvrant dans le domaine socioéducatif. Il intervient particulièrement lorsque les conflits familiaux sont prégnants.</p> <p>Le soutien à la parentalité s'axe sur plusieurs modes d'intervention : individuel, collectif et en réseau partenarial.</p> <p>Ce professionnel spécialiste du soutien de la fonction parentale contribue à repérer et à analyser les éventuelles situations de risque ou de danger et à proposer des actions visant à protéger l'enfant.</p> <p>L'intervention de ce professionnel vise ainsi à prévenir les prises en charge en assistance éducative.</p> <p>Ce projet s'inscrit en cohérence avec le déploiement du Schéma Départemental d'Accompagnement et de Soutien aux Familles.</p>
Identification des acteurs à mobiliser	<p>Agents de la CeA :</p> <p>Sur le territoire Bas-Rhinois, 5 UTAMS avec 14 équipes médico-sociales dont l'Action sociale de proximité et la PMI.</p> <p>La CeA délègue la mise en œuvre de ses missions d'action sociale de proximité à la Ville de STRASBOURG et en assure le financement.</p> <p>Partenaires extérieurs :</p> <p>Mobilisation d'acteurs ressources de l'environnement et autour de la famille (notamment la CAF), structures de la petite enfance, de l'enfance, de l'adolescence, etc.</p>
Moyens financiers prévisionnels	<p>2021</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 40 000 € x 1,8 ETP d'amorçage des actions d'aide à la parentalité <p>Soit un total de 72 000 €.</p> <p>2022</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 40 000 € x 10 postes couvrant l'ensemble du territoire bas-rhinois de la Collectivité européenne d'Alsace (400 000 €) ; ▪ 0,5 ETP de coordonnateur projet (22 500 €). <p>Soit un total de 422 500 €.</p>
Calendrier prévisionnel	<p>T1 – 2022 :</p> <p>Coût des postes en année pleine : 422 500 € pour le territoire bas-rhinois de la CeA.</p>
Indicateurs de mise en œuvre de l'action	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nombre de postes déployés ; ▪ Nombre de familles accompagnées par les éducateurs à la parentalité dont dans les zones rurales et dans les QPV ; ▪ Nombre d'enfants accompagnés par les éducateurs à la parentalité dont dans les zones rurales et dans les QPV ;

	<ul style="list-style-type: none">▪ Nombre de familles accompagnées n'ayant pas souhaité poursuivre l'accompagnement.
Points de vigilance	<ul style="list-style-type: none">▪ Veiller à la bonne articulation avec les travailleurs sociaux de secteur, les TS Aide Educative à Domicile et les professionnels Spécialisés Evaluation Enfance (TS et puéricultrices) ;▪ Contexte sanitaire lié au COVID (suspension ou retard des projets).

FICHE ACTION N° 14

Augmenter les capacités de prise en charge en Aide Educative à Domicile Renforcée afin de mieux répondre aux besoins de la population.

ENGAGEMENT N° 2 – OBJECTIF N° 19

Diversifier l'offre en matière de protection de l'enfance à domicile.

Référents : Responsable de l'Unité prévention ASE – Direction de l'Action Sociale de Proximité

Etat des lieux

Intérêt des mesures d'accompagnement à domicile renforcées

Pour construire un projet adapté aux besoins de chaque enfant relevant de l'Aide Sociale à l'Enfance, la Collectivité européenne d'Alsace s'est engagée depuis plusieurs années dans la diversification des modalités d'accueil en établissements (placement à domicile, accueil de jour).

Dès 2018, le constat a été fait de l'insuffisance des mesures classiques d'aide éducative à domicile (AED) et d'Aide Educative en Milieu Ordinaire (AEMO) au regard du besoin des familles.

Au titre du renforcement des mesures de prévention, et conformément aux orientations adoptées dans le cadre du budget primitif 2018, un appel à projet a été lancé sur le territoire du Bas-Rhin pour la création de mesures d'AED et d'AEMO renforcées (AED-R et AEMO-R), davantage adaptées aux situations de crises aiguës. Les mesures renforcées permettent une stabilisation des situations plus rapidement et plus en profondeur, grâce à une intervention intensive.

Offres existantes sur le territoire du Bas-Rhin

- Le Département de Protection des Mineurs (DPM) de la Ville de STRASBOURG intervient pour des mesures d'AED et d'AEMO dans les familles de son ressort ;
- Les travailleurs sociaux de la Collectivité européenne d'Alsace assurent les mesures d'AED sur le territoire des Unités Territoriales d'Action Médico-Sociale (UTAMS) : UTAMS Nord, Eurométropole de Strasbourg (EMS), EMS Nord et EMS Sud ;
- L'Association Régionale Spécialisée d'action sociale d'Education et d'Animation (ARSEA) intervient pour des mesures d'AED et d'AEMO sur le territoire des UTAMS Sud, Ouest, Nord, EMS Nord et EMS Sud ;
- Une offre d'AEMO renforcée est mise en œuvre par le Dispositif Jeunesse de l'Armée du Salut à travers le Service d'Adaptation Progressive en Milieu Naturel (SAPMN), existe déjà sur l'Eurométropole de Strasbourg à raison de 70 mesures pour des garçons ou filles de 13 à 21 ans ;
- 60 mesures d'AED et d'AEMO renforcées sont déployées par l'association Adèle de Glaubitz à travers le service HEMERA de l'institution Saint Joseph, depuis septembre 2019.

Tout le territoire est couvert, pour les enfants de 0 à 18 ans mais seulement à hauteur de 130 mesures dont 70 sur l'Eurométropole de Strasbourg et 60 pour le reste du Bas-Rhin.

Malgré l'étendue de l'offre existante, le dispositif demeure sous-calibré par rapport aux besoins

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dès leur mise en place en décembre 2019, les magistrats ont ordonné très rapidement des AEMO renforcées, mobilisant la quasi-totalité des mesures proposées par l'HEMERA ; ▪ 3 mois après leur lancement, les mesures renforcées ont toutes été attribuées ; ▪ Les UTAMS se sont vu confronter à des délais d'attente importants et n'ont prononcé que quelques AED renforcées ; ▪ Alors que pour les mesures classiques, l'AEMO représente 60 % des mesures et l'AED 40 %, sur les mesures renforcées, la répartition est de 93 % pour l'AEMO-R et 7 % pour l'AED-R. ▪ Aujourd'hui, 60 mesures (6 mois renouvelable 1 fois) sont mises en œuvre et 26 mesures d'AEMO-R sont en attente ; ▪ Le délai moyen entre la décision et la prise en compte de la mesure est de 8 mois ; ▪ Les UTAMS limitent très fortement les demandes d'AED-R, faute de places dans le dispositif renforcé. 														
<p>Objectif opérationnel</p>	<p>Il convient de favoriser le recours à l'AED-R pour éviter la dégradation des situations et le placement et de diminuer les délais d'attente par la création de 36 mesures d'AED-R, avec possibilité d'un hébergement temporaire.</p>														
<p>Description de l'action</p>	<p>Renforcement des mesures en AEMO</p> <p>Dès 2021, il est proposé de renforcer les mesures d'AEMO à hauteur de 3 ETP sur six mois pour fluidifier le dispositif.</p> <p>Nouvelles mesures AED-R</p> <p>Un référentiel a été préalablement travaillé avec les opérateurs exerçant en AED et AEMO et les UTAMS qui mobilisent ces aides éducatives afin de clarifier les attendus des mesures renforcées, en comparaison avec les mesures classiques, avec notamment :</p> <table border="1" data-bbox="368 1230 1326 1738"> <thead> <tr> <th data-bbox="368 1230 848 1293">AED et AEMO classiques</th> <th data-bbox="848 1230 1326 1293">AED et AEMO renforcées</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="368 1293 848 1394">1 intervention minimum en moyenne au domicile tous les 15 jours</td> <td data-bbox="848 1293 1326 1394">2 interventions minimum auprès de la famille par semaine dont une intervention au moins au domicile.</td> </tr> <tr> <td data-bbox="368 1394 848 1465">Interventions en journée</td> <td data-bbox="848 1394 1326 1465">Interventions en journée, en soirée et le week-end.</td> </tr> <tr> <td data-bbox="368 1465 848 1537">Amplitude d'intervention 5j/7j de 8h à 19h</td> <td data-bbox="848 1465 1326 1537">Amplitude d'intervention 6j/7j de 8h à 21h</td> </tr> <tr> <td data-bbox="368 1537 848 1587"></td> <td data-bbox="848 1537 1326 1587">Mise en place d'une astreinte</td> </tr> <tr> <td data-bbox="368 1587 848 1688">Joignabilité téléphonique et capacité d'intervention rapide (8h-20h) pendant les jours d'ouverture</td> <td data-bbox="848 1587 1326 1688">Joignabilité téléphonique et capacité d'intervention rapide (8h- 21h) pendant les jours d'ouverture</td> </tr> <tr> <td data-bbox="368 1688 848 1738">1 travailleur social pour 30 jeunes suivis</td> <td data-bbox="848 1688 1326 1738">1 travailleur social pour 12 jeunes suivis</td> </tr> </tbody> </table> <p>Leur durée est de 6 mois renouvelable 1 fois.</p> <p>Ces mesures prévoient également la possibilité d'assurer un hébergement temporaire pour répondre à une situation de crise (3 jours ouvrés maximum).</p>	AED et AEMO classiques	AED et AEMO renforcées	1 intervention minimum en moyenne au domicile tous les 15 jours	2 interventions minimum auprès de la famille par semaine dont une intervention au moins au domicile.	Interventions en journée	Interventions en journée, en soirée et le week-end.	Amplitude d'intervention 5j/7j de 8h à 19h	Amplitude d'intervention 6j/7j de 8h à 21h		Mise en place d'une astreinte	Joignabilité téléphonique et capacité d'intervention rapide (8h-20h) pendant les jours d'ouverture	Joignabilité téléphonique et capacité d'intervention rapide (8h- 21h) pendant les jours d'ouverture	1 travailleur social pour 30 jeunes suivis	1 travailleur social pour 12 jeunes suivis
AED et AEMO classiques	AED et AEMO renforcées														
1 intervention minimum en moyenne au domicile tous les 15 jours	2 interventions minimum auprès de la famille par semaine dont une intervention au moins au domicile.														
Interventions en journée	Interventions en journée, en soirée et le week-end.														
Amplitude d'intervention 5j/7j de 8h à 19h	Amplitude d'intervention 6j/7j de 8h à 21h														
	Mise en place d'une astreinte														
Joignabilité téléphonique et capacité d'intervention rapide (8h-20h) pendant les jours d'ouverture	Joignabilité téléphonique et capacité d'intervention rapide (8h- 21h) pendant les jours d'ouverture														
1 travailleur social pour 30 jeunes suivis	1 travailleur social pour 12 jeunes suivis														

	<p>La mesure renforcée permet d'avoir un effet accélérateur notamment au démarrage de l'accompagnement, de mobiliser la famille et le jeune de façon intensive, d'éviter les placements en urgence en cours de mesure « classique ». Les adolescents sont davantage soutenus dans leurs démarches d'insertion sociale et professionnelle et globalement bénéficient d'un cadre éducatif posé de façon plus intensive.</p> <p>Le prix de journée pour des mesures renforcées est de 26,81 €. L'hébergement temporaire facturé en sus en fonction des prises en charge effectives reste très exceptionnel. Le coût global pour la mise en œuvre de ces 60 mesures renforcées est actuellement de 587 145 €.</p>
Identification des acteurs à mobiliser	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Les agents de la Collectivité européenne d'Alsace (CeA) : <ul style="list-style-type: none"> - Unités Territoriales d'Action Médico-Sociale (UTAMS) ; - Equipes Territoriales de l'Aide Sociale à l'Enfance (ETASE) ; - Protection Maternelle et Infantile (PMI). ▪ Les partenaires extérieurs, partenaires réalisant des mesures d'AED et/ou AEMO : <ul style="list-style-type: none"> - Ville de Strasbourg : Département de Protection des Mineurs (DMP), Unités Territoriales (UT) ; - L'ARSEA, service d'AED et d'AEMO ; - L'Association Adèle de Glaubitz : Service HEMERA ; - Armée du Salut : SAPMN.
Moyens financiers prévisionnels	<p><u>2021 :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Renforcement des mesures d'AEMO par le financement de 3 ETP éducatifs sur 6 mois : 60 000 € <p><u>En 2022 :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nouvelles mesures d'AED-R. Ces mesures sont moins onéreuses que le placement : 26,81 €/jour (9 785,65 €/an) contre en moyenne 150 € en internat et 64 € en placement à domicile. ▪ 36 mesures pour 352 283,40 €.
Calendrier prévisionnel	<p>T1 – 2021 : financement de 3 ETP sur 6 mois.</p> <p>T2 – 2022 : mise en œuvre des mesures.</p>
Indicateurs de mise en œuvre de l'action	<p>Modalités de mise en œuvre des nouvelles mesures des AED-R :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Date d'ouverture des mesures supplémentaires ; ▪ Nombre de mesures prises en charge à chaque fin de mois ; ▪ Délai d'attente avant le démarrage des mesures ; ▪ Nombre de mesures en attentes.
Points de vigilance	<p>Veiller à la mise en œuvre de mesures administratives d'AED-R afin de permettre aux UTAMS du Bas-Rhin et aux UT de la Ville de STRASBOURG de pouvoir répondre rapidement à des situations critiques.</p>

FICHE ACTION N° 15

Renforcer l'offre d'accompagnement dédiée aux jeunes majeurs, notamment anciens Mineurs Non Accompagnés (MNA)

ENGAGEMENT N°4 – OBJECTIF N° 25 Favoriser l'accès aux droits et l'accompagnement vers l'autonomie des anciens Mineurs Non Accompagnés	
Référent : Le Chef de service MNA – Préparation majorité et Jeunes majeurs	
Etat des lieux	<p>La Collectivité européenne d'Alsace se voit confier des mineurs qu'elle doit accompagner vers l'autonomie.</p> <p>Quelques données statistiques :</p> <p>Au 31/12/2020 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 2 804 mineurs confiés à l'ASE 67 - 292 jeunes majeurs en Contrat Jeune Majeur Insertion (CJMI), soit + 86 % par rapport à 2018, + 32 % par rapport à 2019, avec hébergement pour plus de 95 % d'entre eux. <p>Prévision 2021 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 410 jeunes vont devenir majeurs, dont 209 ex-MNA (51 %), soit + 5,4 % par rapport à 2019 et + 12,6 % par rapport à 2020. <p>Le Département du Bas-Rhin a contractualisé avec l'Etat dès décembre 2018, dans le cadre de la Stratégie nationale de prévention et lutte contre la pauvreté. Au titre de la prévention des sorties sèches de l'ASE, plusieurs actions ont été retenues, dont l'action 1.2 intitulée « Développer le logement accompagné pour les jeunes sortant de l'ASE ». Son objectif est de développer du logement accompagné pour des publics cibles, les jeunes sortant de l'Aide Sociale à l'Enfance, particulièrement les jeunes majeurs ex-MNA en attente de régularisation administrative.</p> <p>Mi-2021, le département du Bas-Rhin dispose de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 124 places jeunes majeurs dans le cadre des CJMI, - 40 places dédiées aux jeunes majeurs ex-MNA ciblées sur les dernières démarches d'accès au séjour généralement en sortie de CJMI (dispositif Vers l'Insertion pour l'Autonomie – VIA, Foyer Notre-Dame), - 140 places d'intermédiation locative jeunes, notamment fléchées pour les sortants d'ASE, orientation SIAO. <p>Malgré l'étendue de ce dispositif de places dédiées aux contrats jeunes majeurs insertion, il existe un déficit de places dédiées aux CJMI qui peut varier entre 100 et 250 places en fonction des périodes et de la démographie. De surcroît, la prise en charge dans les dispositifs majeurs ASE ou d'intermédiation locative peut, dans certains cas, durer plus d'un an au regard des capacités d'autonomie de ces jeunes et des difficultés d'accès à un logement autonome que connaît la population des jeunes du Bas-Rhin, notamment dans l'Eurométropole de Strasbourg.</p>
Objectifs opérationnels	<ul style="list-style-type: none"> • Consolider le parcours résidentiel des jeunes sortant de l'ASE, notamment les ex-MNA dont la situation administrative est fragile. • Eviter les sorties sèches - sans solution de logement ou hébergement stable - qui compromettent les projets d'insertion, d'apprentissage ou d'emploi en cours pour ces jeunes.

	<ul style="list-style-type: none"> Favoriser l'accès aux droits et l'accompagnement vers l'autonomie des anciens MNA.
Description de l'action	<p>Renforcer l'offre d'accompagnement en appartements partagés jeunes majeurs pour les ex-MNA</p> <p>Le dispositif en appartements partagés demeure pertinent et pourrait utilement être renforcé en nombre de places (+ 20 places) et proposer une prise en charge plus contenante pour certains (+ 10 places). Au regard de la tension en matière d'hébergement dans l'Eurométropole de Strasbourg et de la nécessité de favoriser l'insertion dans des bassins d'emploi en tension de main d'œuvre, la répartition de ces places devra veiller à un équilibre territorial. Exemple : SAVERNE et HAGUENAU.</p> <p>La Collectivité européenne d'Alsace s'est engagée dans une reconfiguration du calibrage des places d'accueil disponibles pour les MNA afin de s'adapter à l'évolution des besoins, notamment en terme démographique. Cette période est donc favorable à la création de places d'accompagnement des jeunes majeurs, ex-MNA, en capitalisant les ressources humaines et immobilières et les compétences des établissements existants à destination de nouveaux publics.</p> <p>Ainsi, dès 2021, la Collectivité européenne d'Alsace fait le choix de la mise à disposition des places dédiées à des mineurs pour l'accueil d'environ 120 jeunes majeurs ex-MNA.</p> <p>Les 30 places proposées pour renforcer l'offre permettront de consolider en 2022 cette reconfiguration au bénéfice des jeunes majeurs ex-MNA.</p> <p>Les statistiques ici présentées excluent les jeunes majeurs maintenus dans le dispositif en raison de l'état d'urgence sanitaire.</p>
Identification des acteurs à mobiliser	<p>Agents de la CeA : Equipes jeunes majeurs et MNA.</p> <p>Partenaires extérieurs :</p> <ul style="list-style-type: none"> - ARSEA - Groupe SOS - Fondation du Diaconat - Comité de pilotage jeunes majeurs et MNA + SIAO pour affiner le besoin.
Moyens financiers prévisionnels	<p>2021 :</p> <ul style="list-style-type: none"> Redéploiement de places existantes au Château d'Angleterre (ARSEA) ainsi qu'à OBERHOLZ (Groupe SOS) à hauteur de 762 412 €. 40 places à 52,22 €/jour = 762 412 €. 0,5 ETP de coordonnateur de projet sur 7 mois : 13 125 €. <p>Soit un total de 775 537 €.</p> <p>2022 :</p> <ul style="list-style-type: none"> Création de places <ul style="list-style-type: none"> - 20 places * 48,40 €/j = 353 320 € - 10 places renforcées * 62,92 €/j (soit 48,40 € + 30 %/j) = 229 658 € 0,5 ETP de coordonnateur de projet : 22 500 €

	Soit un total de 605 478 € .
Calendrier prévisionnel	T0 – 2021 : <ul style="list-style-type: none">▪ Éviter les ruptures de parcours des ex-MNA en assurant une continuité d'accompagnement par redéploiement des places MNA ;▪ Affiner le besoin et le public au regard des dispositifs existants. T1 – 2022 : <ul style="list-style-type: none">▪ Renégocier avec les opérateurs pour déployer un dispositif adapté aux besoins du public accueilli.
Indicateurs de mise en œuvre de l'action	<ul style="list-style-type: none">• Nombre de places ouvertes et occupées.
Points de vigilance	Structurer un dispositif capable de s'adapter aux besoins quantitatifs et qualitatifs du public accueilli.