



Schéma Départemental de l'Enfance, des Familles et de la Jeunesse 2026 – 2030

Sommaire

1.	Cadre juridique et méthodologique du Schéma	7
1.1.	L'évolution du cadre juridique afférent à l'enfance, aux familles et à la jeunesse	8
1.1.1.	La loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale	8
1.1.2.	La loi du 27 juin 2005 relative aux assistants maternels et aux assistants familiaux	8
1.1.3.	La loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance	8
1.1.4.	La loi du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfance	8
1.1.5.	La stratégie nationale de prévention et de protection de l'enfance 2020 – 2022	9
1.1.6.	La loi du 7 février 2022 de protection de l'enfant dite « Loi Taquet »	9
1.2.	L'élaboration participative du Schéma Départemental l'Enfance, des Familles et de la Jeunesse	10
1.2.1.	L'obligation d'élaboration d'un Schéma Départemental d'Organisation Sociale et Médico-Sociale	10
1.2.2.	Le choix d'une méthodologie participative	10
1.2.3.	Le comparatisme territorial comme fil rouge du diagnostic	11
2.	Synthèse du diagnostic	12
2.1.	Une population fragile impactée par un fort déclin démographique	13
2.2.	Des fragilités sociales et économiques nombreuses au sein des familles	14
2.3.	Un portrait de santé des enfants et des familles qui interpelle	15
2.4.	L'offre d'accueil du jeune enfant centrée sur l'accueil individuel	16
2.5.	Une offre de prévention à développer en coordination avec toutes les parties prenantes	17
2.6.	Le besoin de réorientation de la politique départementale de protection	18
2.7.	La révision du statut de l'enfant et l'accès aux origines	19
2.8.	Une institutionnalisation participative de l'ODPE	19
2.9.	Des dépenses départementales à la hausse	20
3.	Plan d'action du Schéma	21
3.1.	AXE 1 – Soutenir le secteur et les professionnels de la petite enfance	24
3.1.1.	Orientation 1 – Développer et diversifier l'offre d'accueil du jeune enfant	24
3.1.2.	Orientation 2 – Professionnaliser les acteurs et renforcer la qualité de l'accueil	32
3.2.	AXE 2 – Renforcer la prévention à destination des enfants et des familles	37
3.2.1.	Orientation 1 – Renforcer la prévention primaire et secondaire	37
3.2.2.	Orientation 2 – Diversifier la prévention tertiaire	56

3.3.	AXE 3 – Réorienter la politique de protection de l'enfance	63
3.3.1.	Orientation 1 – Diversifier l'offre d'accueil	63
3.3.2.	Orientation 2 – Améliorer la coordination du parcours de l'enfant.....	72
3.3.3.	Orientation 3 – Préparer la sortie du dispositif de l'Aide Sociale à l'Enfance	78
3.4.	AXE 4 – Conduire une démarche soutenue de pilotage des interventions du Département en direction des enfants, des familles et de la jeunesse.....	83
3.4.1.	Orientation 1 – Décliner le Schéma dans l'organisation et le fonctionnement de la DGA EFJ	83
3.4.2.	Orientation 2 – Poursuivre la structuration de la protection maternelle et infantile.....	88
3.4.3.	Orientation 3 – Perfectionner le traitement des informations préoccupantes	94
3.4.4.	Orientation 4 – Améliorer l'accompagnement des assistants familiaux ainsi que le suivi des ESSMS de protection de l'enfance	97
3.4.5.	Orientation 4 – Améliorer l'accompagnement des assistants familiaux ainsi que le suivi des ESSMS de protection de l'enfance	99
3.4.6.	Orientation 5 – Etayer les missions de l'ODPE	104
4.	Annexes	106
5.	Annexe n°1 - diagnostic exhaustif du Schéma	107
5.1.	Une population fragile concernée par un fort déclin démographique.....	107
5.1.1.	Une population en décroissance	107
5.1.2.	Un solde naturel qui se contracte	119
5.1.3.	Le solde migratoire : 2 886 départs en 2021	121
5.1.4.	Synthèse	122
5.2.	Des fragilités sociales et économiques nombreuses	123
5.2.1.	Une scolarisation importante des mineurs mais des diplômes peu élevés	123
5.2.2.	Une part importante de personnes inactives.....	127
5.2.3.	Un jeune sur quatre ni en emploi, ni en études, ni en formation (« NEET »)	129
5.2.4.	Une forte prégnance de la pauvreté	129
5.2.5.	Une recomposition des structures familiales	137
5.2.6.	Un habitat dégradé.....	144
5.2.7.	Une forte propension à la violence au sein des familles.....	149
5.2.8.	Synthèse	153
5.3.	Un portrait de sante qui interpelle	154

5.3.1.	Des indicateurs de santé dégradés.....	154
5.3.2.	Un accès aux soins parfois complexe	161
5.3.3.	Synthèse	167
5.4.	L'offre à destination des enfants et des familles	168
5.4.1.	Une offre d'accueil du jeune enfant et d'accompagnement des familles à consolider	168
5.4.2.	Une offre de prévention à développer en coordination avec toutes les parties prenantes	179
5.4.3.	Le besoin de réorientation de la politique départementale de protection	206
5.4.4.	Le panorama des mesures d'ASE : une nette prédominance de la mesure judiciaire de placement.....	215
5.4.5.	L'offre d'accompagnement et d'accueil des mineurs et majeurs à développer	221
5.4.6.	La révision du statut de l'enfant et l'adoption	230
5.4.7.	Une difficile autonomisation du jeune accompagné par l'ASE	234
5.4.8.	Une institutionnalisation de l'ODPE au travers de groupes techniques de travail	236
5.5.	Des dépenses départementales en hausse	239
5.5.1.	Une évolution contenue des dépenses de Prévention spécialisée	240
5.5.2.	Une nette diminution des dépenses en matière d'Actions éducatives en milieu ouvert (AED / AEMO)	241
5.5.3.	Une forte augmentation des dépenses liées aux placements notamment au sein des familles d'accueil	242
5.5.4.	Synthèse	244
5.6.	Bilan du précédent schéma.....	245
5.6.1.	Améliorer l'efficacité et la pertinence du dispositif de prévention.....	245
5.6.2.	Contribuer au renforcement des compétences parentales et du soutien à la parentalité	246
5.6.3.	Renforcer la qualité de l'accueil des jeunes pris en charge	247
5.6.4.	Piloter le schéma en évaluant ses impacts	247
6.	Annexe 2 – Lexique.....	248

EDITO



Pour conduire sa politique de prévention et de protection de l'enfance au cours des 5 prochaines années, le Département de la Guadeloupe a adopté en assemblée plénière son Schéma Départemental de l'Enfance, des Familles et de la Jeunesse pour la période 2026-2030.

La protection des enfants et l'accompagnement des familles s'inscrivent de longue date au rang des missions prioritaires du Département de la Guadeloupe et représentent l'une de ses plus grandes responsabilités.

A l'heure où nous ouvrons une nouvelle page pour notre territoire, je veux rappeler une conviction profonde : la Guadeloupe possède des ressources humaines, culturelles et solidaires importantes, ce sont sur ces dernières que nous devons construire l'avenir.

Le diagnostic réalisé ces derniers mois nous offre un regard lucide et précis sur nos réalités. Il met en lumière des évolutions démographiques, sociales ou encore sanitaires importantes et dont nous devons nous saisir. Certaines fragilités demeurent et appellent une action publique plus cohérente, plus proche du terrain, plus préventive et foncièrement tournée vers notre jeunesse. En effet, la démographie guadeloupéenne est en décroissance et les jeunes publics sont les plus touchés.

Dans le but de mieux accompagner nos jeunes, nous disposons d'un atout décisif : un réseau de partenaires, d'associations, de professionnels de terrain et d'institutions qui se sont mobilisés tout au long de l'élaboration de ce Schéma et qui devront continuer dans cette dynamique afin de coconstruire nos actions de demain. Ce schéma a donc été bâti autour de quatre axes principaux :

- **Renforcer l'offre d'accueil des jeunes enfants.** Le Département entend renforcer l'accueil des jeunes enfants en développant de nouvelles places, en diversifiant les modes d'accueil et en accompagnant l'ouverture de structures sur tout le territoire. Il souhaite également professionnaliser les acteurs et garantir une qualité d'accueil homogène, grâce à la formation, au contrôle et à l'appui technique
- **Renforcer la prévention primaire, secondaire et tertiaire.** En réponse aux fragilités sociales, sanitaires et éducatives identifiées, le Département se doit de mettre en place une stratégie de prévention plus forte et mieux coordonnée. Le but est d'avoir une vision globale et de traiter la santé mentale, la vaccination, la nutrition, la périnatalité et de mener des actions ciblées en milieu scolaire. Enfin, les dispositifs de prévention tertiaire sont également renforcés, notamment pour lutter contre les violences intrafamiliales et accompagner les familles vulnérables.

- **Réorienter la politique départementale de protection de l'enfance.** Nous engageons une transformation profonde de la protection de l'enfance afin de proposer des parcours plus cohérents, sûrs et adaptés aux besoins des enfants. Cela passe par un renforcement du milieu ouvert, une diversification de l'offre d'accueil, un meilleur accompagnement des situations complexes et une coordination accrue avec la Justice, la MDPH ou encore l'Éducation Nationale. L'autonomie des jeunes protégés devient également une priorité, avec de nouveaux dispositifs d'hébergement et de soutien aux études ou à l'insertion.
- **Conduire une démarche de transformation et de réorganisation des services.** Notre pilotage doit en effet être fondé sur la qualité, la lisibilité et l'efficacité de l'action publique. Nous prévoyons pour ce faire, la modernisation de la DGA Enfance-Famille-Jeunesse, l'harmonisation des pratiques, la mise en place d'outils de suivi et un pilotage renforcé des établissements et services. Enfin, l'Observatoire de la protection de l'enfance voit aussi son rôle consolidé pour éclairer les décisions publiques.

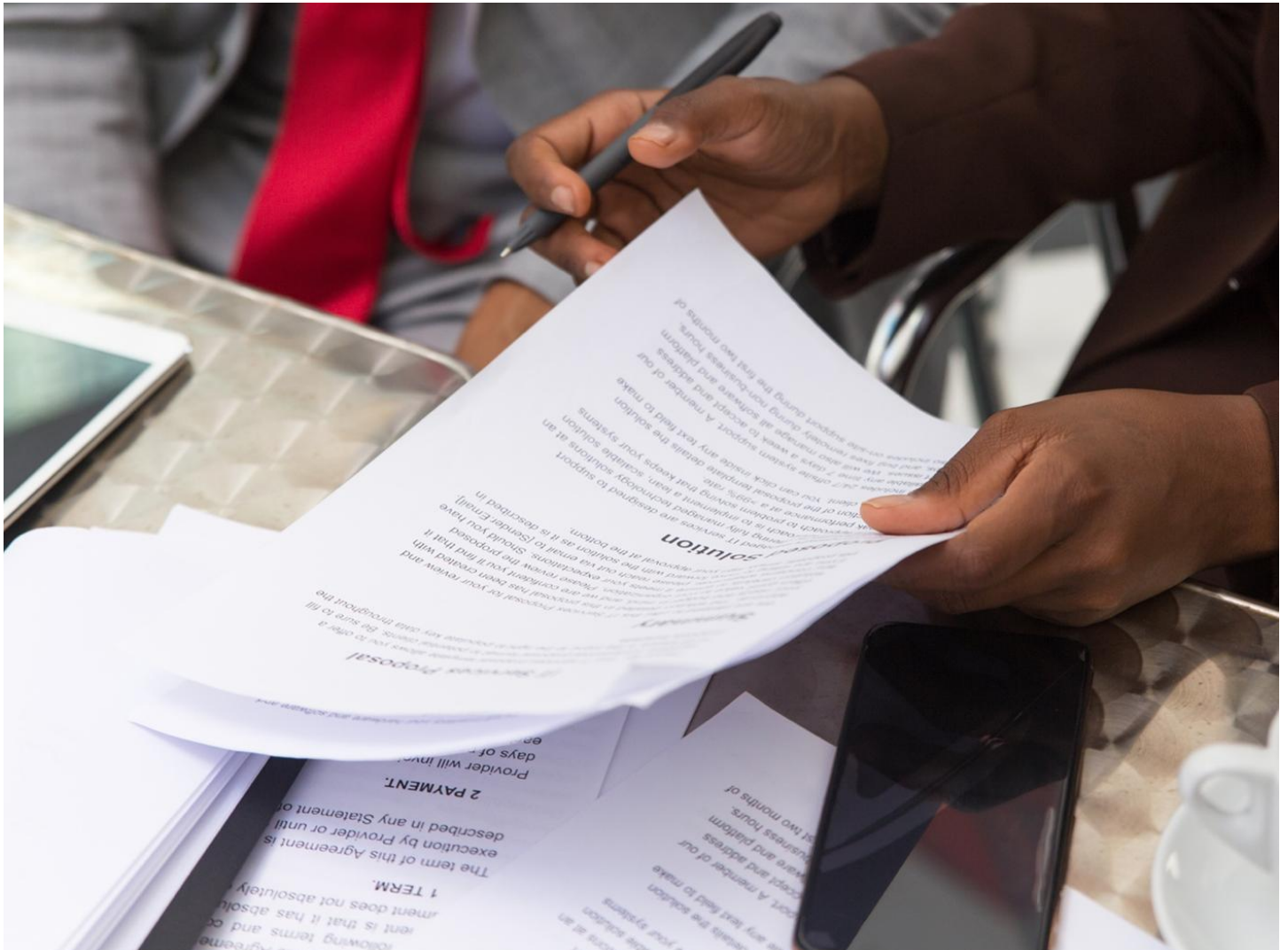
Au terme de ce travail collectif, notre Schéma 2026-2030 affirme une ambition claire : replacer les enfants, les familles et la jeunesse au cœur de nos politiques publiques.

En renforçant l'accueil des jeunes, en déployant une prévention plus proche des réalités du terrain et en transformant profondément la protection de l'enfance, nous faisons le choix d'une politique résolument tournée vers l'avenir.

Ce schéma engage également une modernisation essentielle de notre action publique afin de garantir davantage d'efficacité, de lisibilité et de réactivité. Il témoigne de la mobilisation de tous : institutions, associations, professionnels, partenaires et citoyens.

Ensemble, nous avons désormais une feuille de route solide pour bâtir un territoire plus protecteur et plus solidaire.

Guy LOSBAR,
Président du Conseil Départemental



1. Cadre juridique et méthodologique du Schéma

1.1. L'évolution du cadre juridique afférent à l'enfance, aux familles et à la jeunesse

Avec l'entrée en vigueur de la loi du 22 juillet 1983 relative à la répartition des compétences entre les Communes, les Départements, les Régions et l'Etat ; les Conseils Départementaux se sont vus transférer des compétences en matière de protection de l'enfance et de protection maternelle et infantile.

1.1.1. La loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale

Par son large spectre d'application (l'ensemble des établissements et services sociaux et médico-sociaux), la loi n°2002-2 a pour ambition de garantir les droits des usagers dans le cadre de leur prise en charge. A ce titre, plusieurs outils spécifiques doivent être mis en place : livret d'accueil, contrat de séjour, règlement de fonctionnement, projet d'établissement ou de service, etc. Par ailleurs, elle a pour vocation d'améliorer l'organisation et la coordination des différents acteurs intervenant dans le secteur social et médico-social.

1.1.2. La loi du 27 juin 2005 relative aux assistants maternels et aux assistants familiaux

Ces dispositions législatives viennent consacrer la distinction entre les assistants maternels et les assistants familiaux. Elles actent le rôle de ces derniers en termes d'accueil des mineurs confiés ou placés à l'Aide Sociale à l'Enfance. De surcroît, elle sanctuarise leur parcours de formation et d'accompagnement. Elle implique également que les assistants familiaux soient inscrits au sein d'équipes pluridisciplinaires.

1.1.3. La loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance

Au travers de ce texte législatif, le Département est officiellement désigné comme le chef de file de la protection de l'enfance. En conséquence, il entérine la subsidiarité du judiciaire par rapport à la protection administrative.

En outre, la loi réaffirme la nécessité de centrer toutes les interventions sur l'enfant. Pour cela, sont institués un Conseil National de la Protection de l'Enfance et des Observatoires Départementaux de la Protection de l'Enfance. En complément, elle approfondit la loi 2002 – 2 en consacrant le Projet Pour l'Enfant (PPE) comme outil central de sa prise en charge.

1.1.4. La loi du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfance

La loi du 14 mars 2016 s'inscrit de la continuité de celle de 2007. A ce titre, elle vise à renforcer la sécurité du parcours de l'enfant en rappelant que le PPE est obligatoire pour toute démarche d'accompagnement d'un enfant. Elle instaure également la participation du mineur à l'élaboration de son PPE dans le cadre de son accueil au sein d'un établissement ou chez un assistant familial.

Par ailleurs, la loi de 2016 cherche à adapter le statut de l'enfant placé sur le long terme. Pour cela, il doit être assuré une stabilité affective et relationnelle de l'enfant lors d'un retour dans le cadre familial.

1.1.5. La stratégie nationale de prévention et de protection de l'enfance 2020 – 2022

La Stratégie Nationale de Prévention et de Protection de l'Enfance décline un ensemble de propositions visant à garantir les droits des enfants à la santé, l'éducation, la sécurité affective, l'autonomie après 18 ans. Elle ambitionne aussi d'offrir une meilleure convergence des réponses à leurs besoins dans les territoires.

Les quatre axes fondamentaux s'emploient ainsi à :

- Agir le plus précocement possible pour répondre aux besoins fondamentaux des enfants et de leurs familles.
- Sécuriser les parcours des enfants protégés et prévenir les ruptures.
- Donner aux enfants des moyens d'agir et garantir leurs droits.
- Préparer leur avenir et sécuriser leur vie d'adulte.

1.1.6. La loi du 7 février 2022 de protection de l'enfant dite « Loi Taquet »

La loi « Taquet » cherche à améliorer la situation des enfants protégés par l'ASE. A ce titre, elle interdit des placements à l'hôtel (à l'exception des situations d'urgence conformément au décret d'application), prohibe les sorties « sèches » à la majorité du jeune et instaure une meilleure protection contre les violences. En outre, elle renforce les conditions d'accueil chez un membre de la famille ou un tiers digne de confiance d'un jeune confié et consacre la rédaction par la HAS d'un référentiel national d'évaluation des situations de danger ou de risque de danger.

Elle modernise également le métier des assistants familiaux en leur garantissant une rémunération minimale pour l'accueil d'un enfant et en permettant le cumul d'employeur.

Enfin, elle modifie le cadre juridique relatif aux Centres de Planification et d'Education Familiale en les renommant notamment par Centres de Santé Sexuelle au sein du Code de la Santé Publique.

1.2. L'élaboration participative du Schéma Départemental l'Enfance, des Familles et de la Jeunesse

1.2.1. L'obligation d'élaboration d'un Schéma Départemental d'Organisation Sociale et Médico-Sociale

Le Code de l'Action Sociale et des Familles prévoit l'obligation pour tous les Départements d'élaborer un « schéma d'organisation sociale et médico-sociale ». Celui-ci doit nécessairement inclure la protection de l'enfance (articles L. 312-4 et suivants du CASF).

La loi du 2 janvier 2002 rappelle que les buts du schéma sont :

- D'apprécier « la nature, le niveau et l'évolution des besoins sociaux et médico-sociaux de la population » ;
- De dresser « le bilan quantitatif et qualitatif de l'offre sociale et médico-sociale » existante
- De déterminer « les perspectives et les objectifs de développement de l'offre sociale et médico-sociale » ;
- De préciser « le cadre de la coopération et de la coordination entre les établissements et services ainsi qu'avec les établissements de santé » ;
- De définir « les critères d'évaluation des actions mises en œuvre dans le cadre de ces schémas ».

Le CASF n'impose donc pas de modalités d'élaboration particulières. Le Département de la Guadeloupe a toutefois fait le choix de la transversalité et de la participation de ses partenaires aux travaux préparatoires.

1.2.2. Le choix d'une méthodologie participative

Le lancement du schéma a eu lieu le vendredi 14 mars 2025.

Ensuite, plusieurs entretiens stratégiques ont été menés avec des directions du Conseil Départemental ainsi que des partenaires du Département afin de nourrir le diagnostic qui était produit en parallèle. Ont ainsi été rencontrés :

- Direction de l'Enfance, des Familles et de la Jeunesse et Service coordination du Conseil Départemental de Guadeloupe
- Service du Signalement, de l'Ecoute, de la Prévention de l'Enfance en Danger du Conseil Départemental de Guadeloupe
- Groupements Aide Sociale à l'Enfance n°1 et n°2 du Conseil Départemental de Guadeloupe
- Service d'Accompagnement à la Parentalité du Conseil Départemental de Guadeloupe
- Mission Jeunesse du Conseil Départemental de Guadeloupe
- Service de l'Adoption et de l'Accès aux Origines du Conseil Départemental de Guadeloupe
- Service de l'Accueil Familial du Conseil Départemental de Guadeloupe
- Mission tarification des Etablissements et Services Sociaux du Conseil Départemental de Guadeloupe

- Observatoire Départemental de la Protection de l'Enfance du Conseil Départemental de Guadeloupe
- Service de Protection Maternelle et Infantile du Conseil Départemental de Guadeloupe
- Direction Territoriale de la Protection Judiciaire de la Jeunesse de Guadeloupe
- Agence Régionale de Santé de Guadeloupe
- Education Nationale – Rectorat de Guadeloupe
- Caisse d'Allocations Familiales de Guadeloupe
- Parquet de Basse Terre
- Tribunal Judiciaire de Pointe-à-Pitre – Juge des Enfants

De plus, dans l'optique de compléter le diagnostic, deux questionnaires ont été diffusés. Le premier était à destination des Conseils Communaux d'Action Sociale en tant que titulaires d'une mission de prévention générale. Le second visait les assistants familiaux du Conseil Départemental.

Enfin, des ateliers de concertation ont été organisés selon un double objectif : d'une part il s'agissait de partager les constats posés et d'autre part de préfigurer le travail des fiches-actions du schéma. Réunissant plus de deux cents participants, ces ateliers ont eu lieu durant deux semaines à différents endroits de l'Archipel.

1.2.3. Le comparatisme territorial comme fil rouge du diagnostic

Le diagnostic produit dans le cadre de ce schéma se fonde sur plusieurs types de données :

- **Des données internes au Conseil Départemental** : ces données « chaudes » issues directement du terrain sont indispensables pour matérialiser les tendances de fond. Elles concernent la population, les services du Département, les personnes accompagnées, etc.
- **Des données en open data** : elles sont élaborées par les grandes institutions publiques comme l'INSEE, la DREES, le SNDS, l'INSERM, le FINESS, etc. Elles sont essentielles afin de pouvoir comparer les territoires.

A ce titre, plusieurs territoires de référence ont été sélectionnés afin de mettre en parallèle les évolutions en cours :

- Quatre Départements aux typologies similaires (outre-mer, précarité, offre, etc.). Il s'agit ainsi de **La Réunion**, de **la Seine-Saint-Denis**, des **Bouches du Rhône** et de **la Martinique** ;
- **Les moyennes françaises.**



2. Synthèse du diagnostic

2.1. Une population fragile impactée par un fort déclin démographique

Selon l'INSEE, la **démographie guadeloupéenne est en décroissance**. Entre 2010 et 2021, le territoire a perdu 19 040 habitants. Cette baisse se concentre notamment sur les tranches d'âge les plus jeunes :

- - 24,68% pour 0 - 14 ans ;
- - 12,91% pour les 15 - 29 ans ;
- - 26,85% pour les 30 à 44 ans.

Cette diminution s'explique par :

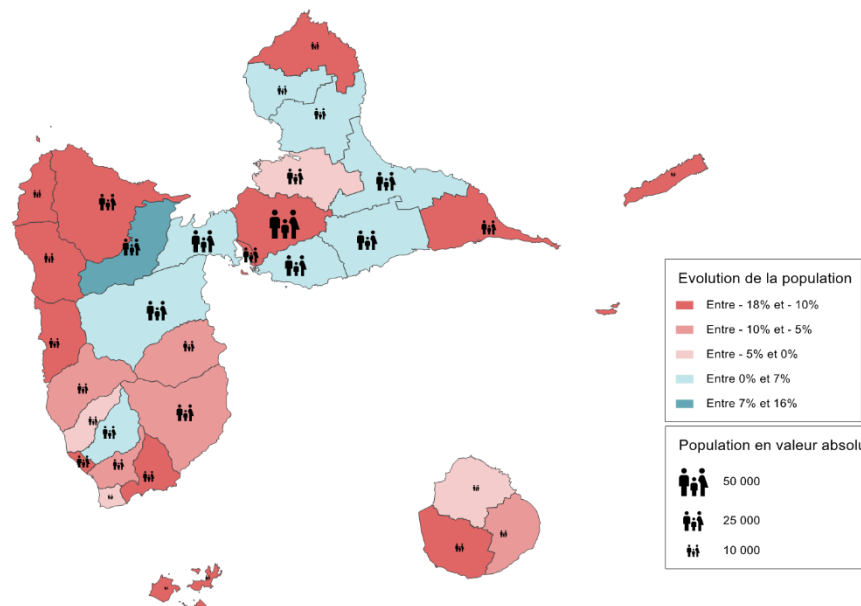
- **Une contraction du solde naturel** : il y a moins de naissances et plus de décès.
- **Un solde migratoire négatif** : il y a plus de départs que d'arrivées.

Sur la même période, **les ménages d'une famille sont également moins nombreux** (- 1%) et leur structuration évolue :

- Les couples sans enfant progressent nettement (+16%) ;
- Les couples sans enfant diminuent fortement (- 22%) ;
- Les familles monoparentales sont en hausse (+11%) ;

Cette évolution de la démographie guadeloupéenne s'accompagne également de fragilités sociales et économiques.

Evolution de la population par commune entre 2010 et 2021 (INSEE SPQR)



« Il y a de moins en moins de jeunes en Guadeloupe »

Verbatim – entretiens stratégiques et ateliers de concertation

2.2. Des fragilités sociales et économiques nombreuses au sein des familles

D'après l'INSEE, si la scolarisation des mineurs est élevée (78,5% des 2 à 5 ans et plus de 97% pour les plus 6 ans et plus), **la part de la population de plus de 15 ans à n'avoir aucun diplôme s'élève à 33%** et seulement 20% des Guadeloupéens ont un diplôme de l'enseignement supérieur. Cette tendance s'inscrit dans **un contexte ultramarin** impactant également La Martinique et La Réunion.

Par ailleurs, selon l'INSEE, une part importante de la population est inactive (25,2% de la population en 2021). Ce facteur fragilité concerne également les plus jeunes puisque **25% des jeunes Guadeloupéens ne sont ni en emploi, ni en études, ni en formation** (*Schéma Départemental des Services aux Familles*). Le Département a renouvelé en 2025 sa convention avec la Mission Locale afin de favoriser l'insertion professionnelle des jeunes.

En conséquence, la pauvreté est assez prégnante (INSEE) :

- 45% chez les moins de trente ans vivent sous le seuil de pauvreté
- 41% des Guadeloupéens sont en situation de privation matérielle importante

Le Département s'est engagé en signant des conventions avec **les CCAS pour l'accueil social universel et inconditionnel de proximité.**

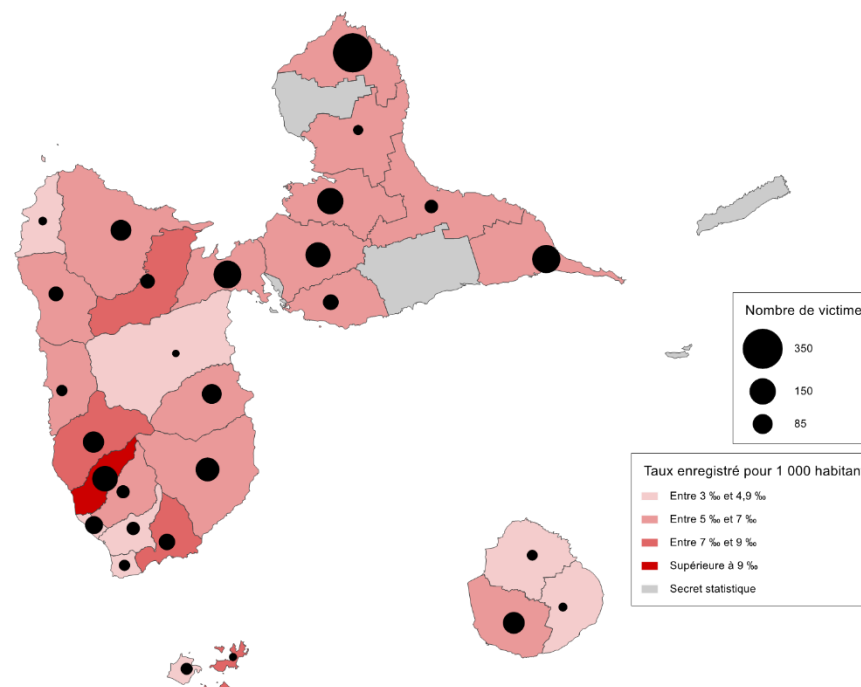
Enfin, les violences intra-familiales sont nombreuses et très largement supérieures à la moyenne nationale : les coups et blessures volontaires survenant dans le cadre intrafamilial ont doublé entre 2016 et 2024 en

passant de 946 faits à 1 839 en 2024, soit un taux pour 1000 habitants de 2,4 à 4,8 (SSMSI).

« Les NEET c'est un vrai problème »

Verbatim – entretiens stratégiques et ateliers de concertation

Nombre de victimes de VIF enregistrées ainsi que le taux pour 1 000 habitants en 2024 (INSEE et SPQR)



2.3. Un portrait de santé des enfants et des familles qui interpelle

La santé des jeunes fait face à de multiples vulnérabilités :

- **Une mise en œuvre de la vaccination peu efficiente notamment chez les moins de deux ans** (ROR : 65,8 % en Guadeloupe vs 84,6 % en moyenne en France ; Méningocoque C : 90,7 % en Guadeloupe vs 97,1 % en moyenne en France) ;
- **Une consommation forte d'aliments gras et sucrés** : 77% consomment des boissons sucrées de manière hebdomadaire et 72% consomment des sucreries de façon hebdomadaire ;
- **Un net mésusage des écrans et des réseaux sociaux** : selon l'enquête EnCLASS menée en 2023, 9,8% des collégiens souffrent de troubles dans l'usage des réseaux sociaux ;
- **Une expérimentation banalisée du cannabis** : en 2023, un collégien sur dix et un lycéen sur cinq a déjà expérimenté le cannabis au cours de sa vie. Cette tendance est toutefois inférieure à la moyenne nationale (*enquête EnCLASS*).

La santé mentale est aussi notablement impactée : 44% des collégiens et 52% des lycéens déclarent ne pas disposer d'un bon niveau de bien-être mental (*enquête EnCLASS*).

En Guadeloupe, la santé des mères et futures mères est aussi dégradée :

- 33,9% des femmes enceintes expriment un sentiment de mal-être pendant leur grossesse (*Hexagone : 25,6% soit + 8,3 points*).

- 24,1% des femmes enceintes présentent une situation d'obésité (*Hexagone : 14,4% soit + 9,7 points*).

La Protection Maternelle et Infantile est pleinement engagée afin de renforcer ses actions.

En parallèle, l'accès aux soins est parfois complexe du fait de l'état de double insularité.

En conséquence, la mortalité infantile reste élevée : 7,8‰ en Guadeloupe contre 3,4‰ en France hexagonale (ce taux est comparable à celui de la Martinique 8‰). **Le taux de recours à l'IVG sur le territoire est aussi plus du double de celui de l'Hexagone** (respectivement 41,2 pour 1000 femmes de 15 à 49 ans contre 14,9 pour 1000 femmes de 15 à 49 ans).

Figure – Part des enfants de moins de 2 ans ayant reçu 2 doses de vaccin ROR en 2023 / 2024

	Guadeloupe	Martinique	La Réunion	Bouches du Rhône	Seine Saint Denis	France
Taux en %	65,8%	71,9%	72,9%	84,6%	85,4%	84,6%

Figure - Part des enfants de moins de 18 mois ayant reçu une dose de vaccin anti-méningocoque C en 2023 / 2024

	Guadeloupe	Martinique	La Réunion	Bouches du Rhône	Seine Saint Denis	France
Taux en %	90,7%	92,4%	93,7%	97,2%	97,1%	97,1%

2.4. L'offre d'accueil du jeune enfant centrée sur l'accueil individuel

En 2022, l'offre d'accueil du jeune enfant en Guadeloupe représente 44 places pour 100 enfants de moins de 3 ans, soit un niveau nettement inférieur au niveau national (60 places).

Pour 100 enfants de moins de 3 ans, on dénombre :

- 20,4 places en accueil collectif (crèches) soit 46% de l'offre ;
- 15 places en accueil individuel (assistantes maternelles principalement, et gardes à domicile) soit 34% de l'offre ;
- 8,7 places en préscolarisation soit 20% de l'offre.

L'accueil du jeune enfant est ainsi orienté vers l'accueil collectif – à un niveau tout de même inférieur à l'Hexagone - avec notamment :

- 729 places en grande crèche (entre 40 et 59 places) soit 28% de l'offre ;
- 542 places en crèche (entre 25 et 39 places) soit 20% de l'offre ;
- 473 places en micro-crèche (< 12 places), soit 18% de l'offre.

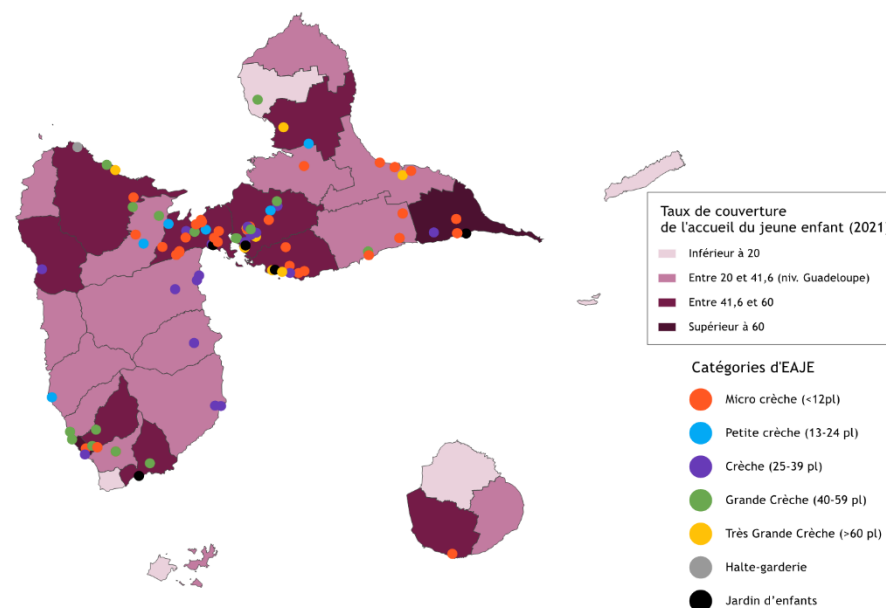
Par ailleurs, l'accueil à domicile est confronté au vieillissement progressif des professionnels assistants maternels. La question de la pérennité du modèle se pose. Un levier existe tout de même : **les Maisons d'Assistantes Maternelles** qui permettent l'exercice du métier de manière regroupée. D'après les données communiquées par la PMI, en septembre 2025, l'Archipel compte 27 MAM soit 400 places.

Enfin, l'offre d'accompagnement des assistants maternels et des familles prend forme au travers de **neuf relais petite enfance**, mais leur

implantation est insuffisante sur l'archipel, et doit être développée, particulièrement dans les communes les plus peuplées. Ces structures sont en effet la première porte d'entrée pour un accompagnement renforcé des assistants maternels et des familles à la recherche d'un mode d'accueil pour les jeunes enfants.

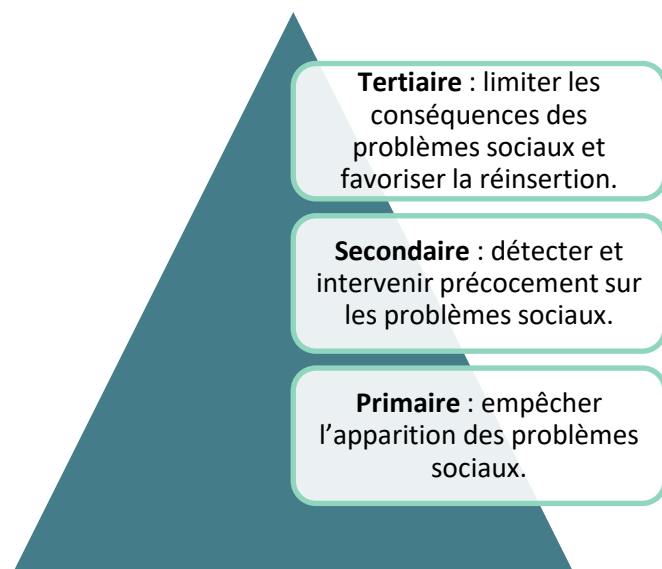
La **Maison des 1000 premiers jours (My Sweet Home)** permet également d'accompagner la parentalité. Le Conseil Départemental s'engage financièrement à la soutenir dans l'objectif de mettre en place des actions éducatives et des action de soutien familial.

Carte des crèches et taux de couverture global de l'accueil du jeune enfant (places pour 100 enfants de moins de 3 ans – PMI)



2.5. Une offre de prévention à développer en coordination avec toutes les parties prenantes

La prévention, qu'elle soit **primaire**, **secondaire** ou **tertiaire** est mise en œuvre pour partie par la Protection Maternelle et Infantile (PMI) du Département. Aussi, pour étudier l'activité de la PMI, il est indispensable de contextualiser avec les moyens humains disponibles. Selon la DREES, entre 2019 et 2022, le nombre d'ETP à la PMI de la Guadeloupe a diminué de 11,80 ETP (soit - 0,09%). **La PMI de Guadeloupe reste tout de même plus favorablement dotée que la moyenne (+ 10,6 ETP en moyenne).**



La **prévention primaire** à destination des enfants au sein du Département est en diminution :

- - 46% d'actions collectives menées par la PMI entre 2022 et 2024
- - 10% de bilans de santé en écoles maternelles sur la même période

A destination des femmes enceintes, la prévention primaire nécessite d'être renforcée. Seulement 10% des femmes bénéficient d'un entretien prénatal précoce par la PMI entre 2022 et 2024 (NB : les CH et libéraux consultent aussi en EPP).

Les partenaires du Département interviennent également :

- **Les CCAS sont titulaires d'une mission de prévention générale.** Cependant, seuls 50% d'entre eux ont mené une analyse des besoins sociaux durant le précédent mandat (*enquête SPQR*).
- **La CAF mène une politique de soutien à la parentalité active.** Elle se décline par exemple au travers des sept Lieux d'Accueil Enfant Parent (LAEP) installés dans l'Archipel.

En matière de **prévention secondaire** à destination des 0 à 6 ans, l'activité de la PMI se développe :

- **Les consultations sont en nette progression** depuis 2022 (+ 33%) et **les visites à domicile se développent beaucoup** (+ 85%).
- Toutefois, rapportées à la population, le taux de visites à domicile reste très en deçà de la moyenne nationale (48 visites à domicile pour 1000 enfants âgés de moins de 6 ans en 2022 en Guadeloupe pour 131 visites à domicile pour 1000 enfants âgés de moins de 6 ans en 2022 en moyenne en France).

Concernant les principaux partenaires, il faut souligner **l'action de la Maison Des Adolescents** à destination des 11 à 25 ans portée par l'EPSM ainsi que celle de la Mission Locale.

A destination des jeunes mères, l'activité de la PMI évolue distinctement :

- - 9% de consultations pour 1 000 femmes ayant accouché au cours de l'année ;
- - 26% de visites à domicile pour 1 000 femmes ayant accouché au cours de l'année ;
- + 50% d'entretien en conseil conjugal et familial.

La Maternité Consciente intervient également selon plusieurs aspects : activité médicale, activité sociale, accompagnement psychologique des victimes en lien avec la violence. Se pose finalement la question de la coordination des actions entre la PMI et la Maternité Consciente.

Enfin, la prévention tertiaire se met en place au moyen de plusieurs dispositifs :

- **Le Point d'Accueil et d'Écoute Jeune** qui propose un appui et une orientation dès lors que le jeune accompagné rencontre une difficulté en santé.
- **L'accompagnement social et familial** avec la médiation familiale proposée par la CAF et les mesures en économie sociale et familiale financées par le Conseil Départemental.
- **La prévention de la délinquance** avec trois services de prévention spécialisée autorisés et les Conseils des Droits et des Devoirs des Familles (CDDF) qui doivent être renforcés par les communes avec le soutien du Conseil Départemental (*enquête SPQR*).

2.6. Le besoin de réorientation de la politique départementale de protection

Le SSEPED est chargé de centraliser les informations préoccupantes, c'est-à-dire les situations de risques de danger ou de danger rapportés au Département. L'analyse de ces données est en cours de perfectionnement avec **le déploiement progressif du logiciel IODAS** (septembre 2024). Ce travail doit être perfectionné pour correspondre aux attentes du Défenseur des Droits qui avait jugé que « *le suivi (...) [devrait] demeurer une priorité* ».

En 2024, selon les extractions IODAS fournies par l'ODPE en octobre 2025, **1 176 IP sont relevées**. Le délai moyen de traitement s'établit entre trois et six mois en fonction des situations alors que le délai réglementaire doit s'établir à 3 mois (article D. 226 – 2 – 4 du CASF).

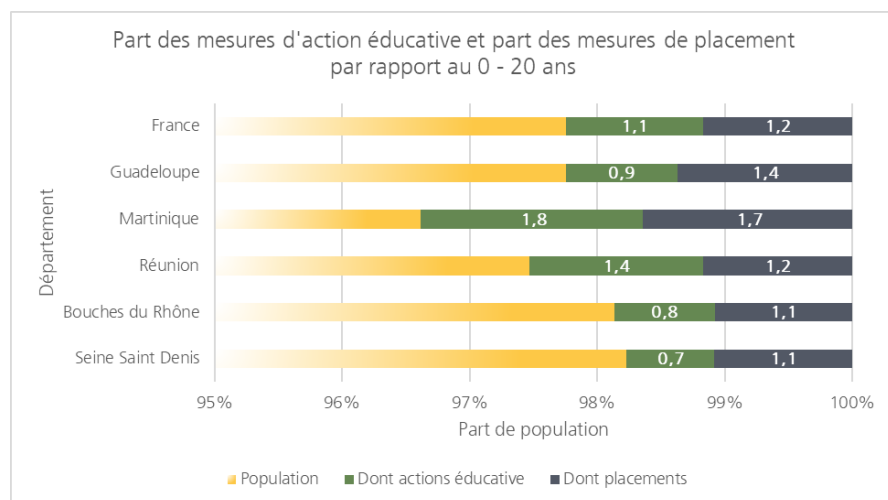
L'étude du panorama des mesures d'aide sociale à l'enfance démontre **une nette prédominance de la mesure judiciaire de placement**. Or, le taux global de mesures d'ASE est identique entre la Guadeloupe et la moyenne nationale (2,3%). **Autrement dit, en Guadeloupe, le placement est privilégié aux dépens de la mesure de milieu ouvert (AED / AEMO)**. Il convient tout de même de souligner que l'offre de milieu ouvert est en cours de développement depuis 2022 afin de permettre un rééquilibrage.

Les mesures d'Aide Educative à Domicile (AED) sont mises en œuvre par le Conseil Départemental. **Les mesures d'Action Educative en Milieu Ouvert (AEMO)** sont déployées par un service autorisé par le Conseil Départemental. Cette offre est complétée par **le Placement Educatif A Domicile** mis en place en interne au Conseil Départemental et par quatre services habilités.

Pour le placement, il ressort que le taux d'équipement en établissements est inférieur en Guadeloupe qu'en moyenne en France (2,44 places pour 1000 jeunes de 0 à 20 ans contre 4,99 places pour 1000 jeunes de 0 à 20 ans). Toutefois, cela s'explique par **la politique volontariste du Conseil Départemental qui est orientée vers l'accueil familial** afin de favoriser la personnalisation de l'accompagnement (6,40 places pour 1000 jeunes de 0 à 20 ans contre 4,75 places pour 1000 jeunes de 0 à 20 ans).

Il convient toutefois de développer cette offre notamment en direction des **futurs majeurs ou sortants de l'ASE** ainsi que les autres formes d'accompagnements que sont **le parrainage et le mentorat** puisque les deux services d'insertion par le travail existant sur le territoire ne sont pas suffisants.

Figure – Taux de mesures d'action éducative et taux de mesure de placement dans la population des 0-20 ans en 2022 (DREES)



2.7. La révision du statut de l'enfant et l'accès aux origines

La révision du statut de l'enfant est permise par la mise en place récente d'une commission partenariale dédiée : la CESSEC. Une documentation diversifiée a été élaborée permettant à la commission de se doter d'une véritable assise institutionnelle. Néanmoins, il apparaît que **son identification n'est pas suffisante**. En 2023 et 2024, seulement 18 dossiers ont été analysés. Il convient donc de sensibiliser l'ensemble des parties-prenantes sur le délaissement parental.

Depuis 2020, le nombre de demandes d'adoption reçues par le Département est en légère diminution (- 15% soit – 4 demandes) tout comme le nombre de familles agréées dans le Département (- 50% soit – 37 familles). **L'accès aux origines est également mis en œuvre par le Département au travers du SAAOP.**

2.8. Une institutionnalisation participative de l'ODPE

L'ODPE s'institutionnalise au travers de groupes de travail pluri-partenariaux afin de répondre aux exigences légales posées par le CASF.

Il convient de poursuivre ce travail en mettant en œuvre l'ensemble des missions dont il a légalement la charge : analyse et suivi des informations préoccupantes, étude des résultats des contrôles des ESSMS, suivi du Schéma Départemental, bilans statistiques thématiques et sectoriels. Ces missions sont essentielles et obligatoires. **La participation des jeunes confiés à l'ASE à l'ODPE va être amorcée.**

2.9. Des dépenses départementales à la hausse

Selon l'INSEE, l'indice des prix à la consommation a augmenté de **12,74%** en moyenne en France entre 2019 et 2023. Or, sur la même période, **les dépenses brutes totales d'Aide Sociale à l'Enfance**, hors dépenses de personnel à l'exception de celles liées aux assistants familiaux, **ont augmenté de 19% en Guadeloupe entre 2019 et 2023** (soit + 6 points par rapport à l'inflation).

Cette évolution n'est toutefois pas uniforme en fonction des accompagnements :

- Les dépenses brutes de prévention spécialisée, hors dépenses de personnels départementaux, **ont progressé de 9%** (soit 4 points de moins que l'inflation).
- Les dépenses brutes en matière d'action éducative (AED / AEMO), hors dépenses de personnels départementaux se sont **fortement réduites en Guadeloupe (- 28%)**.
- **Les dépenses brutes de placement ont fortement augmenté en Guadeloupe depuis 2019 : + 26% (soit + 13 points que l'inflation)**.

Or, la dépense moyenne par bénéficiaire de mesure de milieu ouvert est bien inférieure à celle par bénéficiaire de mesure de placement (2 750€ par an vs 34 300€).



3. Plan d'action du Schéma

Construit à partir d'un diagnostic partagé et d'une large concertation, ce plan d'action s'articule autour de **4 grands axes stratégiques** et **64 actions opérationnelles**. Il combine des mesures structurelles sur l'offre pour répondre aux besoins des enfants, des familles et des jeunes mais aussi une réorganisation profonde du pilotage départemental.

Le premier axe vise à renforcer l'offre d'accueil des jeunes enfants.

Les actions portent sur notamment sur :

- Le développement et la diversification de l'offre (MAM, crèches familiales, EAJE, relais petite enfance) ;
- La professionnalisation des assistants maternels et des acteurs du secteur ;
- La montée en qualité via un plan pluriannuel de contrôle ;
- Le soutien à la Maison des 1 000 premiers jours et au Service Public de la Petite Enfance.

Face à des fragilités importantes sur le territoire (santé mentale, conditions de logement, obésité infantile, violences intra-familiales), **le deuxième axe renforce fortement la prévention primaire, secondaire et tertiaire.**

Les priorités sont :

- La santé globale des enfants, des jeunes et des femmes (vaccination, nutrition, santé mentale, santé sexuelle, maternité) ;
- Le soutien au déploiement de dispositifs territorialisés de santé publique (CLS, CLSM, actions en REP/REP+) ;
- L'amélioration des pratiques de visites à domicile et de l'accompagnement périnatal ;
- La prévention spécialisée sanctuarisée financièrement ;
- La lutte contre les violences intrafamiliales et l'appui aux familles via les CCAS et les partenaires locaux.

Le troisième axe constitue un pilier majeur du Schéma en portant des transformations structurelles en matière de protection :

- Diversification de l'offre : milieu ouvert (AED/AEMO), transformation du PEAD, nouveaux dispositifs ou développement (jeunes vulnérables, accueil post-rupture, accueil pour les jeunes en situation de prostitution, parrainage et mentorat) ;
- Montée en compétence des assistants familiaux (GPEC, formations spécialisées) ;
- Renforcement de la coordination des parcours : généralisation du PPE (procédure harmonisée et contrôlée) et coopération accrue avec la MDPH, la Justice, l'Éducation Nationale, la DTPJJ, la CAF et l'Etat.
- Préparation de la sortie de l'ASE avec le développement des hébergements diversifiés, le soutien aux études longues, le renforcement du partenariat avec la Mission Locale et l'ouverture de places en foyers de jeunes travailleurs.

Enfin, le Schéma s'accompagne d'un **chantier interne majeur visant à réorganiser et à transformer les services** :

- Réorganisation complète de la DGA Enfance-Familles-Jeunesse ;

- Mise en place de projets de service et de tableaux de bord partagés ;
- Structuration de la PMI : fusion de services, logiciels métiers (Horus, dématérialisation naissances, pharmacie) ;
- Réforme du traitement des informations préoccupantes (CRIP 971, référentiel HAS, unités dédiées) ;
- Pilotage renforcé des ESSMS avec un plan pluriannuel de contrôle et la mise en place progressive des CPOM ;
- Montée en puissance de l'ODPE : bilans annuels, statistiques, Conseil des Enfants confiés

Ce plan d'action constitue **une réponse globale et ambitieuse** aux enjeux actuels de la Guadeloupe :

- Répondre aux besoins des enfants et des familles dans tous les territoires ;
- Garantir une prise en charge plus précoce, plus coordonnée et de meilleure qualité ;
- Sécuriser les parcours et prévenir les ruptures ;
- Moderniser les services départementaux et renforcer les partenariats institutionnels ;
- Installer une culture de pilotage, de données et de qualité.

Avec une temporalité de cinq ans et une trajectoire financière maîtrisée, le Schéma fixe **une feuille de route claire pour faire évoluer durablement les politiques publiques au service de l'enfance, des familles et de la jeunesse.**

3.1. AXE 1 – Soutenir le secteur et les professionnels de la petite enfance

3.1.1. Orientation 1 – Développer et diversifier l'offre d'accueil du jeune enfant

Axe	1	SOUTENIR LE SECTEUR ET LES PROFESSIONNELS DE LA PETITE ENFANCE
Orientation	1	Développer et diversifier l'offre d'accueil du jeune enfant
Action	1	Mettre en place des actions de promotion de l'accueil individuel
Objectif(s)		Créer et actualiser les outils d'information pour le public Faciliter l'accès aux aides pour l'accueil de leur enfant Réaliser des manifestations autour de la petite enfance
Pilote(s) de l'action		Le Conseil Départemental - Direction de la Protection Maternelle et Infantile
Cible(s) de l'action		Les familles Les assistants maternels Les Etablissements d'Accueil du Jeune Enfant et Maisons d'Assistants Maternels
Description		<p>Le Département est l'acteur principal concernant les modes d'accueil individuels du jeune enfant. Aussi, pour le parent, il est indispensable qu'il puisse avoir connaissance des différents modes afin d'accéder à celui le plus approprié à sa situation.</p> <p>Pour cela, le Département s'engage à :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mettre en place une plateforme dématérialisée au sein du Conseil Départemental afin d'informer le public de la répartition des structures existantes pour chaque commune. Ce dispositif est en collaboration avec les partenaires institutionnels : CAF et Etat. - Accompagner les parents pour leurs choix du mode d'accueil adapté à leurs situations et à leurs besoins. - Mettre en place une réunion d'information à destination du grand public par la distribution d'un support numérique comportant une cartographie des structures existantes et le nombre d'assistants maternels disponibles pour chaque commune. <p>Un bilan de l'action sera réalisé par la mise en place d'un questionnaire de satisfaction.</p>
Coût annuel		20 000 €
Explication du coût		Le coût est estimé à 20 000€ / an (Schéma Départemental des Services aux Familles 2024 - 2027)
Calendrier		T1 2027 : lancement des travaux T1 2028 : bilan à mi-parcours T1 2029 : bilan

Acteur(s) mobilisé(s)	Le Conseil Départemental Les familles Les Etablissements d'Accueil du Jeune Enfant et les Maisons d'Assistants Maternels
Indicateur(s) de réussite n°1	Mise en place de la plateforme dématérialisée
Indicateur(s) de réussite n°2	Organisation de la réunion d'information
Indicateur(s) de réussite n°3	Bilan de l'action

Axe	1	SOUTENIR LE SECTEUR ET LES PROFESSIONNELS DE LA PETITE ENFANCE
Orientation	1	Développer et diversifier l'offre d'accueil du jeune enfant
Action	2	Financer une aide à l'installation pour l'ouverture de Maisons d'Assistants Maternels et de crèches familiales
Objectif(s)		Favoriser le soutien à la parentalité Soutenir les professionnels de la petite enfance
Pilote(s) de l'action		Le Conseil Départemental - Direction de la Protection Maternelle et Infantile
Cible(s) de l'action		Les assistants maternels Les crèches familiales
Description		<p>Selon dernières données disponibles inscrites dans le diagnostic du Schéma, la Guadeloupe compte 27 Maisons d'Assistants Maternels (MAM), soient 400 places. Considérant que l'ouverture de MAM est un levier favorisant l'attractivité du métier d'assistant maternel, il est décidé de soutenir la création de MAM.</p> <p>Pour cela, une aide à l'investissement de 5 000€ maximum est ainsi versée pour l'ouverture de chaque nouvelle MAM ou crèche familiale dans la limite de l'enveloppe budgétaire votée annuellement par le Conseil Départemental (25 000€ / an). En fonction du nombre de demandes, l'enveloppe budgétaire pourra être réévaluée.</p> <p>Il convient donc de prévoir l'ingénierie interne au Conseil Départemental avec l'élaboration d'une procédure d'examen du dossier, la constitution d'un dossier type de demande d'aide, la mise en place d'un référentiel unique d'examen des demandes, la rédaction des courriers de rejet ou d'acceptation.</p>
Coût annuel		25 000€
Explication du coût		5 000€ maximum par projet dans la limite de l'enveloppe de 25 000€
Calendrier		T2 2026 : mise en place de l'ingénierie de soutien au sein du Conseil Départemental T1 2027 : ouverture de la plateforme de dépôt des demandes T4 2027 : versement des premières aides
Acteur(s) mobilisé(s)		Le Conseil Départemental La Caisse d'Allocations Familiales
Indicateur(s) de réussite n°1		Mise en place de l'ingénierie de soutien au sein du Conseil Départemental
Indicateur(s) de réussite n°2		Ouverture de la plateforme de dépôts des demandes
Indicateur(s) de réussite n°3		Nombre de MAM et de crèches familiales soutenues par an

Axe	1	SOUTENIR LE SECTEUR ET LES PROFESSIONNELS DE LA PETITE ENFANCE
Orientation	1	Développer et diversifier l'offre d'accueil du jeune enfant
Action	3	Promouvoir les crèches à vocation d'insertion professionnelle
Objectif(s)		Faciliter l'accès à l'emploi des parents de jeunes enfants en facilitant l'accès de ces familles à un mode d'accueil Développer les interactions entre les différents partenaires de la Petite Enfance et de l'emploi
Pilote(s) de l'action		Le Conseil Départemental - Direction de l'Insertion Sociale
Cible(s) de l'action		Les bénéficiaires du RSA
Description		<p>Dans l'archipel, le marché de l'emploi fait face à des défis structurels qui limitent son dynamisme. La création d'emplois reste modérée, les opportunités d'embauche étant relativement restreintes. Bien que le taux de chômage ait légèrement diminué ces dernières années, il reste élevé, atteignant 16 % en 2024 selon France Travail.</p> <p>Pour que la recherche d'un mode de garde et son financement ne constitue pas un frein à la reprise d'emploi ou à l'insertion sociale et professionnelle des parents, le Département s'engage à promouvoir les crèches à vocation d'insertion professionnelle notamment auprès des bénéficiaires du RSA (crèches AVIP). Ces crèches doivent accueillir au minimum 20 % d'enfants de moins de 3 ans dont les parents sont en recherche d'emploi. Plus d'une vingtaine de crèches s'inscrivent déjà dans ce dispositif dans l'archipel.</p> <p>Il s'agit donc de communiquer sur le dispositif en direction des bénéficiaires du RSA avec un support de communication dédié. Ce support de communication sera élaboré afin :</p> <ul style="list-style-type: none"> - De favoriser la connaissance du dispositif - D'encourager les bénéficiaires du RSA à y avoir recours lorsque l'offre correspond à leur besoin - D'identifier précisément les crèches concernées - De connaître les modalités d'accès
Coût annuel		2 000€
Explication du coût		Coût de l'impression du support de communication
Calendrier		T2 2026 : élaboration du support de communication à destination des bénéficiaires du RSA T1 2027 : diffusion du support de communication
Acteur(s) mobilisé(s)		Le Conseil Départemental La Caisse d'Allocations Familiales Les Etablissements d'Accueil du Jeune Enfant
Indicateur(s) de réussite n°1		Elaboration du support de communication
Indicateur(s) de réussite n°2		Diffusion du support de communication

Axe	1	SOUTENIR LE SECTEUR ET LES PROFESSIONNELS DE LA PETITE ENFANCE
Orientation	1	Développer et diversifier l'offre d'accueil du jeune enfant
Action	4	Soutenir les porteurs de projets dans l'ouverture de places d'établissements d'accueil collectif de jeunes enfants
Objectif(s)		Faciliter la création d'établissements d'accueil du jeune enfant Augmenter le taux de couverture en modes d'accueil pour les enfants de moins de 3 ans
Pilote(s) de l'action		Le Conseil Départemental - Direction de la Protection Maternelle et Infantile
Cible(s) de l'action		Les familles Les établissements d'accueil du jeune enfant
Description		<p>Au global, l'offre d'accueil du jeune enfant en Guadeloupe (tous types d'accueils confondus) représente en 2022, 44 places pour 100 enfants de moins de 3 ans, soit un niveau nettement inférieur au niveau national (60 places). Le type d'accueil le plus répandu est l'accueil collectif en crèche.</p> <p>Il convient ainsi de soutenir les porteurs de projets dans l'ouverture de places d'accueil en établissement d'accueil collectif de jeunes enfants. Pour cela, il est prévu de mettre en place une cellule d'« accompagnement des porteurs projets d'EAJE » au sein du Conseil Départemental. Cette cellule aura pour mission de recueillir les demandes des porteurs de projets. Elle analysera celles-ci et apportera un éclairage technique favorisant la réussite du projet ambitionné. Elle sera composée d'un agent à équivalent 1 ETP.</p>
Coût annuel		35 000 €
Explication du coût		Le coût annuel s'élève à environ 35 000€ / an pour l'équivalent d'un temps plein
Calendrier		T3 2028 : recrutement de l'agent et mise en place progressive de la cellule T4 2028 : ouverture des canaux de sollicitation
Acteur(s) mobilisé(s)		Le Conseil Départemental La Caisse d'Allocations Familiales Les Etablissements d'Accueil du Jeune Enfant
Indicateur(s) de réussite n°1		Mise en place de la cellule
Indicateur(s) de réussite n°2		Ouverture des canaux de sollicitation
Indicateur(s) de réussite n°3		Taux de réponses aux porteurs de projet ayant sollicité la cellule / an

Axe	1	SOUTENIR LE SECTEUR ET LES PROFESSIONNELS DE LA PETITE ENFANCE
Orientation	1	Développer et diversifier l'offre d'accueil du jeune enfant
Action	5	Encourager les communes dans l'ouverture de Relais Petite Enfance
Objectif(s)		Renforcer l'accès à l'information des familles sur les modes de garde disponibles Accompagner les professionnels de l'accueil individuel
Pilote(s) de l'action		La Caisse d'Allocations Familiales Le Conseil Départemental - Direction de la Protection Maternelle et Infantile
Cible(s) de l'action		Les familles Les communes
Description		L'archipel compte neuf relais petite enfance, mais leur implantation est insuffisante et doit être développée, particulièrement dans les communes les plus peuplées. Ces structures sont en effet la première porte d'entrée pour un accompagnement renforcé des assistants maternels et des familles à la recherche d'un mode d'accueil pour les jeunes enfants. Il convient donc d'encourager les communes dans l'ouverture de relais petite enfance avec : - 1) Une définition des modalités de communication à mettre en place avec la CAF en direction des communes concernées - 2) Un accompagnement des communes concernées par l'implantation d'un RPE à la réalisation d'une étude de besoins (mise à disposition de données sur les assistants maternels notamment)
Coût annuel		<i>Mineur</i>
Explication du coût		La détermination exacte du coût lié aux modalités de communication ne sont pas estimables à ce stade. La mise à disposition des données sur les assistants maternels représente un coût mineur pour le Conseil Départemental.
Calendrier		T2 2026 : détermination des modalités de communication avec la CAF T2 2026 : mise à disposition des données sur les assistants maternels
Acteur(s) mobilisé(s)		Le Conseil Départemental La Caisse d'Allocations Familiales Les communes
Indicateur(s) de réussite n°1		Modalités de communication avec la CAF déterminées
Indicateur(s) de réussite n°2		100 % des communes de plus de 10 000 habitants disposent d'un RPE

Axe	1	SOUTENIR LE SECTEUR ET LES PROFESSIONNELS DE LA PETITE ENFANCE
Orientation	1	Développer et diversifier l'offre d'accueil du jeune enfant
Action	6	Poursuivre les actions mises en place par la maison des 1000 premiers jours
Objectif(s)		Accompagner les familles et les nouveau-nés jusqu'aux 1000 premiers jours Renforcer le lien social Lutter contre l'isolement parental
Pilote(s) de l'action		Le Conseil Départemental
Cible(s) de l'action		La Maison des 1000 premiers jours Les parents Les nouveau-nés jusqu'aux 1000 premiers jours
Description		<p>La Maison des 1000 premiers jours (My Sweet Home) a officiellement ouvert en septembre 2024. Pensée comme un espace de ressources, de soutien et de répit, cette structure vise à accompagner les parents et leur(s) enfant(s) dans les 1000 premiers jours de vie — une période aujourd'hui reconnue comme déterminante pour le développement global de l'enfant.</p> <p>Dans le cadre de ses missions, la Maison des 1000 premiers jours (My Sweet Home), opère un déploiement territorial. Le projet porte sur la santé mentale périnatale, le développement langagier et le développement psychomoteur avec des actions d'aller-vers et d'amener vers.</p> <p>Le Conseil Départemental s'engage – aux côtés d'autres financeurs comme l'ARS et la CAF notamment – à poursuivre son soutien à la Maison des 1000 premiers jours (My Sweet Home) en finançant : - Les activités éducatives et les activités de soutien familial - Le Projet de déploiement territorial</p> <p>Le Conseil Départemental s'engage également à mettre à disposition des moyens au profit de la Maison des 1000 premiers jours (My Sweet Home).</p> <p>Le Conseil Départemental s'engage également à proposer la contractualisation d'un CPOM avec la Maison des 1000 premiers jours (My Sweet Home) d'ici la fin du Schéma.</p>
Coût annuel		30 000 €
Explication du coût		Le coût correspond au soutien financier apporté par le Conseil Départemental pour l'ensemble des actions menées.
Calendrier		T2 2026 : poursuite du soutien financier Horizon 2028 : lancement de la démarche CPOM
Acteur(s) mobilisé(s)		Le Conseil Départemental
Indicateur(s) de réussite n°1		Mise en place d'actions éducatives

Indicateur(s) de réussite n°2	Mise en place d'actions de soutien familial
Indicateur(s) de réussite n°3	Mise en place du projet de déploiement territorial
Indicateur(s) de réussite n°4	Lancement de la démarche CPOM

3.1.2. Orientation 2 – Professionnaliser les acteurs et renforcer la qualité de l'accueil

Axe	1	SOUTENIR LE SECTEUR ET LES PROFESSIONNELS DE LA PETITE ENFANCE
Orientation	2	Professionnaliser les acteurs et renforcer la qualité de l'accueil
Action	7	Elaborer un guide pour les candidats assistants maternels et les assistants maternels
Objectif(s)		Faciliter l'installation de nouveaux assistants maternels Promouvoir le métier et mieux faire connaître ses conditions d'exercice
Pilote(s) de l'action		Le Conseil Départemental - Direction de la Protection Maternelle et Infantile
Cible(s) de l'action		Les assistants maternels
Description		L'offre d'accueil auprès des assistants maternels représente près d'un tiers des places disponibles pour les enfants de moins de 3 ans. Le vieillissement de ces professionnels alerte néanmoins sur la pérennité de ce modèle : 60 % des assistants maternels ont plus de 50 ans et 15 % ont plus de 60 ans. Il convient donc d'élaborer le guide, comprenant notamment les parties suivantes : conditions d'exercice du métier, obtention de l'agrément, relations administratives avec les familles et contrat de travail, lieux d'exercice possibles, adaptation du logement... Ensuite, il est nécessaire de soumettre le guide aux partenaires (CAF, RPE existants...) pour propositions d'ajustement. Après validation, il est indispensable de communiquer le guide au sein des communes, aux RPE, aux partenaires de l'emploi. Enfin, il est important d'actualiser régulièrement le guide.
Coût annuel		2 000 €
Explication du coût		Coûts d'impression de 2 000 € pour les guides
Calendrier		T2 2026 : élaboration du guide T4 2026 : finalisation du guide T1 2027 : diffusion du guide
Acteur(s) mobilisé(s)		Le Conseil Départemental La Caisse d'Allocations Familiales Les RPE existants Les partenaires de l'emploi (pour la diffusion du guide)
Indicateur(s) de réussite n°1		Elaboration effective du guide
Indicateur(s) de réussite n°2		Diffusion du guide

Axe	1	SOUTENIR LE SECTEUR ET LES PROFESSIONNELS DE LA PETITE ENFANCE
Orientation	2	Professionaliser les acteurs et renforcer la qualité de l'accueil
Action	8	Renforcer et enrichir la formation des assistants maternelles dans le cadre du déploiement du Service Public de la Petite Enfance, en incluant un volet sur l'accueil des enfants en situation de handicap
Objectif(s)		<p>Evaluer les organismes de formation présents sur le Département pour les assistants maternels</p> <p>Evaluer les demandes des professionnels (assistants maternels) sur le terrain</p> <p>Proposer des formations complémentaires à l'existant</p> <p>Organiser des sessions de formation sur le handicap chez l'enfant</p>
Pilote(s) de l'action		Le Conseil Départemental
Cible(s) de l'action		<p>Les assistants maternels</p> <p>Les organismes de formation</p>
Description		<p>Le Conseil Départemental s'est engagé dans le Schéma des Services aux Familles (2024 - 2027) à renforcer et enrichir la formation des assistants maternels.</p> <p>Dans le cadre du Schéma Départemental de l'Enfance, des Familles et de la Jeunesse, le Conseil Départemental s'engage à renforcer la démarche afin d'apporter une réponse adaptée aux besoins éducatifs, sociaux et économiques spécifiques au territoire. A ce titre, un marché public a été conclu en 2025 avec un prestataire afin qu'il puisse délivrer les formations.</p> <p>Les justifications suivantes soulignent la nécessité d'une telle action :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Contexte socio-économique : une forte demande de garde d'enfants de qualité ; soutenir l'emploi local et l'insertion professionnelle. - Réponse aux enjeux éducatifs et sociaux : accompagnement au développement de l'enfant ; prévention des inégalités dès la petite enfance. - Adaptation aux réalités locales : sensibilité culturelle ; besoins spécifiques liés à l'insularité. - Alignement avec les priorités institutionnelles : renforcer la qualité des services de la petite enfance ; mise en conformité avec les exigences légales. - Apport à la société guadeloupéenne : stimulation de la cohésion sociale ; promotion de la parité et de l'autonomisation des femmes. <p>Pour cela, il est réalisé :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Un état des lieux des formations proposées - Une programmation de sessions de formation en adéquation avec les demandes - Une mise en place des premières sessions de formation
Coût annuel		50 000 €

Explication du coût	Le coût est estimé à 20 000€ / an entre 2024 et 2027 (Schéma Départemental des Services aux Familles)
Calendrier	2025 : conclusion du marché public T2 2026 : lancement des formations
Acteur(s) mobilisé(s)	Le Conseil Départemental
Indicateur(s) de réussite n°1	Un état des lieux des formations proposées
Indicateur(s) de réussite n°2	Une programmation de sessions de formation en adéquation avec les demandes
Indicateur(s) de réussite n°3	Une mise en place des premières sessions
Indicateur(s) de réussite n°4	100 assistants maternels formés dans l'année
Indicateur(s) de réussite n°5	100 assistants maternels formés sur le handicap dans l'année
Indicateur(s) de réussite n°6	6 formations proposées par an

Axe	1	SOUTENIR LE SECTEUR ET LES PROFESSIONNELS DE LA PETITE ENFANCE
Orientation	2	Professionnaliser les acteurs et renforcer la qualité de l'accueil
Action	9	Définir un plan pluriannuel de contrôle des établissements d'accueil du jeune enfant et des centres de loisirs
Objectif(s)		<p>Actualiser l'état des lieux des accueils existants ainsi que des porteurs de projets</p> <p>Assurer un suivi régulier des établissements d'accueil du jeune enfant et des centres de loisirs</p> <p>Veiller à la qualité d'accueil dans les établissements d'accueil du jeune enfant et des centres de loisirs</p>
Pilote(s) de l'action		<p>Le Conseil Départemental - Direction de la Protection Maternelle et Infantile</p> <p>La Caisse d'Allocations Familiales</p> <p>La Direction de l'Économie, de l'Emploi, du Travail et des Solidarités</p> <p>La Délégation Régionale Académique à la Jeunesse, à l'Engagement et aux Sports</p>
Cible(s) de l'action		<p>Les établissements d'accueil du jeune enfant</p> <p>Les centres de loisirs</p>
Description		<p>L'article 18 de la loi du 18 décembre 2023 pour le plein emploi consacre le rôle du département dans le suivi de la qualité d'accueil des établissements accueillant des enfants, notamment les EAJE. Un plan annuel départemental d'inspection et de contrôle des modes d'accueil du jeune enfant doit être établi par le représentant de l'État dans le département et le président du conseil départemental, en coordination avec la Caisse d'Allocations Familiales.</p> <p>Ces contrôles ont pour but de vérifier le respect du cadre juridique entourant l'accueil des enfants : aspects bâtimentaire, éducatif, qualité, RH, organisationnel, financier, etc. En cas de non-respect de la réglementation en la matière, le gestionnaire s'expose à des injonctions visant à mettre fin au manquement. Ces contrôles sont également l'occasion de formuler des recommandations dans l'accompagnement à déployer pour engager une démarche d'amélioration continue de la qualité.</p> <p>Les étapes de réalisation sont les suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Répertorier l'ensemble des établissements existants concernés par le plan de contrôle - Identifier les établissements prioritaires en termes de sécurité/maintien de la qualité d'accueil - Formaliser le plan de contrôle pluriannuel
Coût annuel		<i>Mineur</i>

Explication du coût	L'établissement du plan de contrôle repose sur la mise en œuvre des missions de la PMI ainsi que celles des partenaires du Conseil Départemental.
Calendrier	T2 2026 : identifier l'ensemble des établissements T3 2026 : travailler un plan de contrôle et les modalités de réalisation du plan de contrôle T4 2026 : formaliser le plan de contrôle
Acteur(s) mobilisé(s)	Le Conseil Départemental La Caisse d'Allocations Familiales La Direction de l'Économie, de l'Emploi, du Travail et des Solidarités La Délégation Régionale Académique à la Jeunesse, à l'Engagement et aux Sports
Indicateur(s) de réussite n°1	Identification des établissements
Indicateur(s) de réussite n°2	Mise en place d'un groupe de travail conjoint
Indicateur(s) de réussite n°3	Plan de contrôle pluriannuel formalisé

3.2. AXE 2 – Renforcer la prévention à destination des enfants et des familles

3.2.1. Orientation 1 – Renforcer la prévention primaire et secondaire

Axe	2	RENFORCER LA PREVENTION A DESTINATION DES ENFANTS ET DES FAMILLES
Orientation	1	Renforcer la prévention primaire et secondaire
Action	1	Poursuivre le déploiement du plan de cohésion jeunesse
Objectif(s)		Renforcer la cohésion sociale Favoriser l'insertion des jeunes Promouvoir la prévention
Pilote(s) de l'action		Le Conseil Départemental - Direction Générale des Services
Cible(s) de l'action		Les jeunes
Description		<p>En 2024, le Conseil Départemental a élaboré un plan de cohésion jeunesse. Ce plan se décline en cinq axes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1) Prévention et accompagnement social - 2) Education et formation professionnelle - 3) Engagement civique et social - 4) Santé et bien-être - 5) Economie sociale et solidaire <p>Certaines actions sont nouvelles, d'autres sont renforcées ou encore valorisées.</p> <p>Il convient ainsi de mettre en place le plan de cohésion jeunesse sur la période de 2024 - 2028 et de suivre la réalisation des actions annuellement.</p>
Coût annuel		2 000 000 €
Explication du coût		A la date du vote du plan d'action jeunesse, le coût de l'action s'élève à 10 millions d'euros entre 2024 - 2028. Pour faciliter cette lecture, le coût annuel indiqué correspond à une valorisation du montant global du plan à l'année.
Calendrier		T1 2025 : mise en place du plan T2 2026 : suivi du plan
Acteur(s) mobilisé(s)		Le Conseil Départemental
Indicateur(s) de réussite n°1		Taux de réalisation des actions du plan

Axe	2	RENFORCER LA PREVENTION A DESTINATION DES ENFANTS ET DES FAMILLES
Orientation	1	Renforcer la prévention primaire et secondaire
Action	2	Participer à la démarche de mise en place de Contrats Locaux de Santé initiée par l'ARS
Objectif(s)		Renforcer la coordination territoriale en santé Identifier et prioriser localement les besoins en santé Proposer des réponses territoriales aux besoins en santé
Pilote(s) de l'action		Le Conseil Départemental - Direction de la Protection Maternelle et Infantile L'Agence Régionale de Santé
Cible(s) de l'action		Les habitants du territoire dont les enfants, les jeunes et les familles Les professionnels du sanitaire, social, médico-social
Description		<p>Le contrat local de santé (CLS) est un outil porté conjointement par une collectivité territoriale, un Etablissement Public de Coopération Intercommunale généralement et l'Agence Régionale de Santé compétente. Il décline le Projet Régional de Santé et porte obligatoirement sur : la promotion et la prévention en santé, la santé mentale, l'accès aux soins et la santé environnementale. L'objectif du CLS est de réduire les inégalités territoriales et sociales de santé. Il est l'expression des dynamiques locales partagées entre acteurs et partenaires sur le terrain pour mettre en œuvre des actions, au plus près des populations. Autrement dit, il suppose une ouverture en direction des différents acteurs du territoire qui participent activement à son élaboration.</p> <p>Or, il est constaté que la Guadeloupe ne compte qu'un seul CLS finalisé et déployé. A la suite de la mise en œuvre d'un CLS, il est possible d'enclencher une démarche similaire concernant la santé mentale avec l'instauration d'un Conseil Local de Santé Mentale.</p> <p>Ainsi dans le cadre des orientations de l'ARS, le Conseil Départemental s'engage à participer systématiquement à l'élaboration conjointe du diagnostic local de santé et dans la formalisation du plan d'action. Ensuite, le Conseil Départemental s'engage à participer aux CLSM mis en place.</p>
Coût annuel		<i>Mineur</i>
Explication du coût		Le coût sera mineur puisqu'il interviendra à l'occasion des missions de la DGA EFJ.
Calendrier		T2 2026 : participation systématique à toute démarche CLS
Acteur(s) mobilisé(s)		Le Conseil Départemental L'Agence Régionale de Santé
Indicateur(s) de réussite n°1		Taux de participation du Conseil Départemental dans l'élaboration de chaque CLS (conditionné à la mise en place de CLS)

Axe	2	RENFORCER LA PREVENTION A DESTINATION DES ENFANTS ET DES FAMILLES
Orientation	1	Renforcer la prévention primaire et secondaire
Action	3	Soutenir les initiatives locales en matière de santé mentale
Objectif(s)		Renforcer la coordination territoriale en santé mentale Identifier et prioriser localement les besoins en santé mentale Proposer des réponses territoriales aux besoins en santé mentale
Pilote(s) de l'action		Le Conseil Départemental - Direction de la Protection Maternelle et Infantile, Direction de la Prévention et de la Protection de l'Enfance L'Agence Régionale de Santé
Cible(s) de l'action		Les enfants confiés à l'ASE Les jeunes Les femmes enceintes Les agents du Conseil Départemental Les partenaires
Description		<p>Le diagnostic du Schéma Départemental met en lumière une santé mentale fortement dégradée dans l'Archipel. Lors de l'enquête EnCLASS de 2023, un peu moins d'une moitié des collégiens déclaraient ne pas disposer d'un bon niveau de bien-être mental (44,1 %) et plus de la moitié des lycéens estimaient ne pas disposer d'un bon niveau de bien-être mental (52,4 %). Par ailleurs, d'après l'enquête périnatalité de l'ARS Guadeloupe, Saint Martin et Saint Barthélemy ainsi que Santé Publique France (2021), 33,9 % des femmes enceintes guadeloupéennes expriment un sentiment de mal-être pendant leur grossesse (Hexagone : 25,6 % soit + 8,3 points).</p> <p>Pour soutenir la santé mentale des jeunes et des femmes enceintes, le Conseil Départemental s'engage à mettre en œuvre plusieurs mesures :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Participer systématiquement à la mise en place des Conseils Locaux en Santé Mentale par l'ARS. - Sensibiliser les femmes enceintes à la dépression périnatale lors des entretiens prénataux précoces menés par la PMI. - Etudier la mise en place d'actions de sensibilisation à destination des jeunes et des femmes enceintes par la PMI et en coordination avec les acteurs de la santé. - Poursuivre le soutien aux ESSMS de protection de l'enfance par le financement d'ETP de psychologue.
Coût annuel		Environ 200 000€
Explication du coût		Le coût de la participation aux CLSM est mineur (mise à disposition de données, participation aux COTECH / COPIL du CLSM). La sensibilisation des femmes enceintes lors des EPP entre dans le cadre des missions de

	la PMI. L'étude pour la mise en place d'actions de sensibilisation se fera en coordination avec les partenaires. Le coût du soutien aux ESSMS sur la santé mentale s'élève à environ 200 000€.
Calendrier	T2 2026 : participation systématique à toute démarche CLS T2 2026 : sensibilisation des femmes enceintes lors de l'EPP à la dépression périnatale T2 2026 : étude de la mise en place d'actions de sensibilisation à destination des jeunes et des femmes enceintes T2 2026 : poursuite du soutien aux ESSMS
Acteur(s) mobilisé(s)	Le Conseil Départemental L'Agence Régionale de Santé
Indicateur(s) de réussite n°1	Taux de participation du Conseil Départemental dans l'instauration de chaque CLSM (conditionné à la mise en place de CLS par l'ARS)
Indicateur(s) de réussite n°2	Sensibilisation systématique des femmes enceintes lors des EPP menés par la PMI
Indicateur(s) de réussite n°3	Etude effective pour la mise en place d'actions de sensibilisation à destination des jeunes et des femmes enceintes
Indicateur(s) de réussite n°4	Poursuite du soutien aux ESSMS de protection de l'enfance

Axe	2	RENFORCER LA PREVENTION A DESTINATION DES ENFANTS ET DES FAMILLES
Orientation	1	Renforcer la prévention primaire et secondaire
Action	4	Renforcer la vaccination des moins de 2 ans
Objectif(s)		Augmenter la couverture vaccinale des enfants de moins de 2 ans Renforcer la prévention en santé
Pilote(s) de l'action		Le Conseil Départemental - Direction de la Protection Maternelle et Infantile
Cible(s) de l'action		Les enfants de moins de 2 ans
Description		<p>La vaccination contre la rougeole, les oreillons et la rubéole (ROR) est essentielle pour prévenir et protéger les jeunes enfants. Or, le taux de vaccination sur le territoire (65,8 %) est grandement inférieur à la moyenne nationale (84,6 %). Les Départements de référence vaccinent nettement plus : La Martinique (71,9 %), La Réunion (72,9 %), Les Bouches-du-Rhône (84,6 %) et la Seine-Saint-Denis (85,4 %).</p> <p>De manière similaire, le vaccin contre la méningite et septicémie à méningocoques est essentiel pour prévenir des affections graves causées par la bactérie <i>Neisseria meningitidis</i>, responsable de la méningite et de la septicémie méningococcique. Les personnes les plus touchées sont les nourrissons, les jeunes enfants de 1 à 4 ans et les adolescents et jeunes adultes de 15 à 24 ans. Or, la part des patients de moins de 18 mois ayant reçu une dose de vaccin en Guadeloupe (90,7 %) est inférieure à la moyenne nationale (97,1 %). Les Départements de la Martinique (92,4 %), de La Réunion (93,7 %), des Bouches-du-Rhône (97,2 %) ainsi que la Seine-Saint-Denis (97,1 %) disposent d'une couverture vaccinale plus élargie.</p> <p>Le territoire présente donc une couverture vaccinale insuffisante chez les enfants de moins de 2 ans. Pour renforcer la vaccination, le Conseil Départemental s'engage à participer au COPIL vaccination mis en place par l'ARS ainsi qu'à mettre en œuvre les actions le concernant.</p>
Coût annuel		<i>Mineur</i>
Explication du coût		La participation au COPIL vaccination représente un coût mineur. La mise en œuvre des actions afférentes par le Conseil Départemental n'est pas quantifiable à date de rédaction du Schéma.
Calendrier		T2 2026 : Poursuite de la participation au COPIL vaccination Horizon 2027 : mise en place du plan d'action « vaccination »
Acteur(s) mobilisé(s)		Le Conseil Départemental L'Agence Régionale de Santé La Caisse Générale de Sécurité Sociale
Indicateur(s) de réussite n°1		100 % de participation au COPIL vaccination
Indicateur(s) de réussite n°2		Mise en œuvre du plan d'action

Axe	2	RENFORCER LA PREVENTION A DESTINATION DES ENFANTS ET DES FAMILLES
Orientation	1	Renforcer la prévention primaire et secondaire
Action	5	Approfondir la mise en place de l'entretien prénatal précoce chez les femmes enceintes
Objectif(s)		Augmenter le nombre d'entretiens prénataux précoces réalisés Mieux repérer les situations de vulnérabilité dès le début de grossesse pour accompagner les familles le plus en amont possible
Pilote(s) de l'action		Le Conseil Départemental - Direction de la Protection Maternelle et Infantile L'Agence Régionale de Santé La Caisse Générale de Sécurité Sociale
Cible(s) de l'action		Les femmes enceintes
Description		<p>L'entretien prénatal précoce (EPP) créé en 2007 a été rendu obligatoire en mai 2020. Il constitue le premier moment clé du parcours des 1000 premiers jours de l'enfant. Dès sa déclaration de grossesse, la future mère peut rencontrer (seule ou en couple) une sage-femme ou un médecin, que ce soit en libéral, dans un centre de PMI ou à la maternité. L'EPP a donc pour but de permettre au professionnel de santé d'évaluer avec la femme enceinte ou avec le couple les besoins d'accompagnement au cours de la grossesse. Il prend en compte la dimension psychologique et émotionnelle, ainsi que l'environnement social de la grossesse. Ainsi, aucun examen physique n'est réalisé. Le contenu de cet entretien a fait l'objet de recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) en 2005 et 2009.</p> <p>Or, si en moyenne en France, seulement 64 % des femmes enceintes ont bénéficié d'un EPP en 2023, en Guadeloupe la pratique est encore plus circonscrite. En effet, selon les indicateurs d'activité de la PMI, le nombre d'EPP a tendance à diminué depuis 2022 (- 24 % soit – 102 EPP).</p> <p>Ce constat peut être nuancé car les EPP peuvent aussi être réalisés par des professionnels libéraux ou hospitaliers. En 2025, le Conseil Départemental a formé 2 ETP de sage-femmes à l'EPP.</p> <p>Pour y remédier les étapes sont les suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rédiger une note de service rappelant aux agents de la PMI l'importance de sensibiliser à l'EPP les femmes qui consultent.

	- Etudier la possibilité d'organiser un séminaire sur la préparation de la grossesse et l'utilité de l'entretien prénatal précoce.
Coût annuel	<i>Mineur</i>
Explication du coût	La rédaction et la diffusion d'une note de service a un coût mineur. L'étude de la possibilité d'organiser un séminaire dédié également.
Calendrier	T2 2026 : rédaction de la note de service. T4 2026 : étude sur la possibilité d'organiser un séminaire
Acteur(s) mobilisé(s)	Le Conseil Départemental L'Agence Régionale de Santé La Caisse Générale de Sécurité Sociale La Protection Maternelle Infantile
Indicateur(s) de réussite n°1	Existence d'une note de service rappelant aux agents de la PMI l'importance de sensibiliser à l'EPP les femmes qui consultent
Indicateur(s) de réussite n°2	Organisation d'un séminaire sur la préparation de la grossesse et l'utilité de l'entretien prénatal précoce

Axe	2	RENFORCER LA PREVENTION A DESTINATION DES ENFANTS ET DES FAMILLES
Orientation	1	Renforcer la prévention primaire et secondaire
Action	6	Développer les synergies en matière de prévention entre le Conseil Départemental, l'UDCCAS et les CCAS dans le cadre des conventions ASUIP
Objectif(s)		Coordonner les interventions des acteurs publics en direction des enfants et des familles Favoriser l'interconnaissance des offres d'accompagnement
Pilote(s) de l'action		Conseil Départemental - Direction de l'Insertion Sociale
Cible(s) de l'action		L'Union Départementale des Centres Communaux d'Action Sociale Les Centres Communaux d'Action Sociale
Description		<p>Le Conseil Départemental est chef de file de l'action sociale et médico-sociale. A ce titre, il déploie une offre d'accompagnement dédiée sur l'ensemble du territoire de la Guadeloupe. En parallèle, les communes interviennent sur le champ social par le biais de leur CCAS. Ils mettent à disposition l'aide légale ainsi que l'aide facultative. L'UDCCAS a pour but de regrouper les CCAS du territoire de la Guadeloupe.</p> <p>Le diagnostic du Schéma démontre une pluralité de facteurs de vulnérabilité dans l'Archipel. Conseil Départemental, UDCCAS et CCAS interviennent tous les jours pour réduire ses effets en accompagnant les familles et les enfants. A ce titre, le pilotage de l'ASUIP s'exerce conjointement entre les CCAS et le Conseil Départemental et repose sur des instances à la fois opérationnelles et stratégiques. La gouvernance du dispositif est assurée par le Conseil Départemental à travers les Territoires d'Action Sociale. La Conférence Territoriale de l'Action Sociale et des Familles (CTASF) veille, dans le cadre de ses missions et prérogatives, à garantir la cohérence des actions menées avec les politiques publiques relatives à l'accueil et à l'accompagnement social sur le territoire.</p> <p>Aussi, à l'occasion du présent Schéma, le Conseil Départemental s'engage à renforcer les synergies locales avec l'UDCCAS et les CCAS dans le cadre des conventions ASUIP. Pour cela il est proposé de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Clarifier les rôles et les complémentarités des acteurs en élaborant une cartographie des interventions afin d'éviter les zones grises d'intervention. - Fluidifier les parcours des usagers en renforçant les liens partenariaux au travers de la signature des conventions ASUIP (quatre conventions signées en 2025, finalisation en 2026 pour 2 territoires) - Poursuivre le pilotage avec une gouvernance claire et partagée entre le Conseil Départemental et les CCAS.
Coût annuel		<i>Mineur</i>

Explication du coût	La signature des conventions ASUIP représentera un coût mineur. La cartographie des interventions nécessitera la mise en place d'un groupe de travail dédié qui pourra dépendre de la gouvernance claire et partagée.
Calendrier	T2 2026 : finalisation des signatures des conventions ASUIP T2 2027 : cartographie des interventions T2 2027 : lancement de la gouvernance partagée
Acteur(s) mobilisé(s)	Conseil Départemental L'Union Départementale des Centres Communaux d'Action Sociale Les Centres Communaux d'Action Sociale
Indicateur(s) de réussite n°1	Cartographie des interventions du Conseil Départemental, de l'UDCCAS et des CCAS réalisée
Indicateur(s) de réussite n°2	Signature de conventions ASUIP avec l'ensemble des CCAS de l'Archipel
Indicateur(s) de réussite n°3	Poursuite du pilotage avec une gouvernance claire et partagée entre le Conseil Départemental et les CCAS

Axe	2	RENFORCER LA PREVENTION A DESTINATION DES ENFANTS ET DES FAMILLES
Orientation	1	Renforcer la prévention primaire et secondaire
Action	7	Participer à la structuration de la politique publique de santé sexuelle au travers d'un pilotage coordonné sous la direction de l'ARS
Objectif(s)		Renforcer la gouvernance territoriale en santé sexuelle Améliorer l'accompagnement en santé sexuelle des jeunes et des familles Poursuivre la mise en place des actions de prévention en santé
Pilote(s) de l'action		L'Agence Régionale Santé Le Conseil Départemental - Direction de la Protection Maternelle et Infantile
Cible(s) de l'action		Les jeunes Les familles
Description		L'OMS définit la santé sexuelle comme une composante de la santé globale : la santé sexuelle fait partie intégrante de la santé, du bien-être et de la qualité de vie dans leur ensemble. La France s'est dotée pour la première fois en 2017 d'une stratégie nationale de santé sexuelle visant à favoriser le développement des politiques publiques en faveur de la santé sexuelle, allant de l'éducation à la sexualité, à la santé reproductive, en passant par la prévention et le dépistage des infections sexuellement transmissibles. La deuxième feuille de route de la stratégie nationale en santé sexuelle 2021-2024 renforce la nécessité d'aller-vers les publics. C'est dans cette continuité que s'inscrit l'action proposée qui vise à renforcer la politique publique de santé sexuelle sur le territoire via un pilotage coordonné sous la direction de l'ARS. Les étapes concrètes de réalisation sont : - Rejoindre le Comité Régional de Santé Sexuelle (COReSS) pour participer à la gouvernance et aux décisions stratégiques - Poursuivre et renforcer la campagne de lutte contre la précarité menstruelle au sein des 56 collèges de Guadeloupe.
Coût annuel		40 000 €
Explication du coût		Rejoindre le COReSS représente un coût mineur pour le Conseil Départemental. La campagne de lutte contre la précarité menstruelle s'élève à 7 000€ par an et par établissement soit environ 40 000€.
Calendrier		T2 2026 : rejoindre le COReSS T1 2027 : généralisation de la campagne de lutte contre la précarité menstruelle
Acteur(s) mobilisé(s)		Le Conseil Départemental L'Agence Régionale de Santé L'Education Nationale - Les collèges
Indicateur(s) de réussite n°1		Participation effective et active au COReSS
Indicateur(s) de réussite n°2		100% des collèges engagés dans la campagne de lutte contre la précarité menstruelle

Axe	2	RENFORCER LA PREVENTION A DESTINATION DES ENFANTS ET DES FAMILLES
Orientation	1	Renforcer la prévention primaire et secondaire
Action	8	Augmenter l'offre de prévention à destination des enfants notamment dans les zones REP et REP+ en concertation avec l'Education Nationale
Objectif(s)		Renforcer la prévention primaire et secondaire Coordonner les actions de prévention en direction des jeunes
Pilote(s) de l'action		Le Conseil Départemental - Direction de la Protection Maternelle et Infantile L'Education Nationale
Cible(s) de l'action		Les jeunes Les établissements scolaires L'Education Nationale
Description		<p>A date la Guadeloupe compte 80 établissements scolaires en REP (12 collèges et 69 écoles) et 20 établissements scolaires en REP + (3 collèges et 17 écoles). Aussi, 101 écoles et collèges sont destinataires de moyens supplémentaires.</p> <p>Constatant le nécessaire renforcement de la prévention primaire à destination des enfants scolarisés en réseau d'éducation prioritaire, il est convenu de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1) Définir une programmation annuelle ou pluriannuelle thématique des sessions de prévention à mettre en œuvre. Cette élaboration se fera en lien avec l'Education Nationale. La santé sous toutes ses formes sera privilégiée au vu des compétences du Département. - 2) Mettre en place annuellement un temps de prévention organisé par le Conseil Départemental dans chaque établissement scolaire en REP ou REP+. Le choix de la classe ou des classes destinataires se fera en concertation avec l'Education Nationale et selon les besoins repérés.
Coût annuel		2 500 €
Explication du coût		Le coût de l'action est évalué à 2 500€. D'après les données de la DREES, le coût moyen d'un ETP de la PMI est d'environ 60k€ / an (brut chargé). Ce coût est valorisé à la hauteur de 3h d'intervention et multiplié pour 101 établissements scolaires.

Calendrier	T3 2026 : définition de la programmation T1 2027 : élaboration des supports d'intervention T3 2027 : mise en place des temps de prévention
Acteur(s) mobilisé(s)	Le Conseil Départemental L'Education Nationale
Indicateur(s) de réussite n°1	Définition de la programmation
Indicateur(s) de réussite n°2	Elaboration des supports d'intervention
Indicateur(s) de réussite n°3	100% des établissements scolaires en REP et REP+ bénéficient d'un temps de prévention / an

Axe	2	RENFORCER LA PREVENTION A DESTINATION DES ENFANTS ET DES FAMILLES
Orientation	1	Renforcer la prévention primaire et secondaire
Action	9	Renforcer les visites à domicile pour les enfants de moins de six ans
Objectif(s)		Renforcer la prévention primaire et secondaire Approfondir l'aller-vers
Pilote(s) de l'action		Le Conseil Départemental - Direction de la Protection Maternelle et Infantile
Cible(s) de l'action		La Protection Maternelle et Infantile Les enfants de moins de 6 ans
Description		Selon la DREES, si la Guadeloupe dispose d'un nombre de consultations infantiles pour 1 000 enfants âgés de moins de 6 ans très supérieur à la moyenne nationale (+ 42 consultations pour 1 000 enfants âgés de moins de 6 ans en 2022), le nombre de visites à domicile pour 1 000 enfants âgés de moins de 6 ans est très inférieur à la moyenne nationale : - 83 visites à domicile. Aussi, il convient, dans une démarche d'aller vers, de renforcer les visites à domicile pour les enfants de moins de 6 ans de + 50 % d'ici la fin du Schéma.
Coût annuel		9 000 €
Explication du coût		Le renforcement des visites à domicile s'appuie principalement sur la mobilisation des professionnels de la PMI dans le cadre de leurs missions habituelles. Le coût supplémentaire concerne essentiellement les frais de déplacement liés à l'augmentation du nombre de visites à domicile. En estimant une augmentation d'environ 600 visites supplémentaires par an et un coût moyen de déplacement d'environ 15 € par visite (carburant, utilisation du véhicule et frais logistiques), le coût annuel est évalué à environ 9 000 €.
Calendrier		T2 2026 : renforcer les VAD
Acteur(s) mobilisé(s)		Le Conseil Départemental
Indicateur(s) de réussite n°1		Taux de 72 VAD pour 1 000 enfants de moins de 6 ans

Axe	2	RENFORCER LA PREVENTION A DESTINATION DES ENFANTS ET DES FAMILLES
Orientation	1	Renforcer la prévention primaire et secondaire
Action	10	Soutenir les démarches de prévention primaire pilotées par l'ARS concernant l'alimentation et la nutrition
Objectif(s)		Renforcer la prévention primaire et secondaire Coordonner les actions de prévention en direction des jeunes
Pilote(s) de l'action		Agence Régionale de Santé Conseil Départemental - Direction de la Protection Maternelle et Infantile, Direction de l'Education
Cible(s) de l'action		Le Conseil Départemental L'Agence Régionale de Santé Les familles Les enfants
Description		<p>En Guadeloupe, l'obésité est un problème de santé publique majeur avec une prévalence plus élevée que la moyenne métropolitaine :</p> <ul style="list-style-type: none"> - environ 52 % des adultes sont en surpoids - environ 22 % sont en surcharge pondérale (dont ~9 % obèses), bien au-dessus des taux métropolitains <p>L'Agence Régionale de Santé, conformément à son Projet Régional de Santé, déploie régulièrement des actions de prévention sur l'alimentation et la nutrition.</p> <p>Pour soutenir ces interventions, le Conseil Départemental s'engage à :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Poursuivre le déploiement du plan « bien manger » dans les cantines scolaires des collèges. - Renforcer l'éducation alimentaire - Soutenir le secteur associatif qui lutte contre l'obésité
Coût annuel		25 000 €
Explication du coût		Le coût de cette action repose principalement sur la poursuite du déploiement du plan « bien manger » dans les cantines scolaires des collèges et sur le soutien au secteur associatif engagé dans la prévention de l'obésité. Le financement du secteur associatif est estimé à 10 000 € par an. La mise en œuvre du plan « bien manger » (actions de sensibilisation, supports pédagogiques, accompagnement des équipes de restauration scolaire) est estimée à 15 000 € par an. Le renforcement de l'éducation alimentaire s'intègre quant à lui dans les missions courantes des professionnels de la PMI et ne génère pas de coût supplémentaire significatif.
Calendrier		<p>T2 2026 : poursuite du déploiement du plan « bien manger »</p> <p>T2 2026 : renforcement de l'éducation alimentaire dans les missions de la PMI</p> <p>T2 2026 : poursuite du soutien financier au secteur associatif luttant contre l'obésité</p>

Acteur(s) mobilisé(s)	L'Agence Régional de Santé Le Conseil Départemental Secteur associatif
Indicateur(s) de réussite n°1	Mise en place du plan « bien manger »
Indicateur(s) de réussite n°2	Renforcement de l'éducation alimentaire
Indicateur(s) de réussite n°3	Poursuite du soutien financier au secteur associatif luttant contre l'obésité

Axe	2	RENFORCER LA PREVENTION A DESTINATION DES ENFANTS ET DES FAMILLES
Orientation	1	Renforcer la prévention primaire et secondaire
Action	11	Sensibiliser les médecins généralistes sur le Projet d'Accueil Individualisé
Objectif(s)		Soutenir l'inclusion des enfants atteints de maladie(s) chronique(s) par l'élaboration du Projet d'Accueil Individualisé Renforcer la sensibilisation des médecins généralistes sur l'importance de l'élaboration du Projet d'Accueil Individualisé
Pilote(s) de l'action		Le Conseil Départemental - Direction de la Protection Maternelle et Infantile
Cible(s) de l'action		Les médecins généralistes
Description		<p>Dans le cadre de ses missions de protection maternelle et infantile, le Département contribue à la promotion de la santé des enfants et peut être sollicité pour accompagner les familles ou les établissements scolaires sur des questions de santé. Le "Projet d'Accueil Individualisé" (PAI) permet aux enfants et adolescents qui présentent des troubles de la santé (physiques ou psychiques) évoluant sur une période longue, de manière continue ou discontinue, d'être accueillis en collectivité scolaire, périscolaire et autres accueils collectifs de mineurs.</p> <p>Le service de PMI réalise depuis plusieurs années des PAI alors qu'ils ne relèvent pas de sa compétence. Aussi, il convient de sensibiliser les médecins généralistes sur l'importance de l'élaboration du PAI. Pour cela, le Conseil Départemental va produire un support de communication à destination des médecins généralistes transmis par email ou sous forme d'une newsletter. En fonction des besoins identifiés au cas par cas, le service de PMI pourra proposer un accompagnement pour la mise en place et le suivi des PAI des élèves de maternelle (TPS, PS, MS) en soutien des professionnels de droit commun.</p>
Coût annuel		<i>Mineur</i>
Explication du coût		Le coût d'une newsletter demeure mineur
Calendrier		T2 2026 : élaboration du support de communication T4 2026 : diffusion des informations aux médecins généralistes
Acteur(s) mobilisé(s)		Le Conseil Départemental L'Education Nationale Les médecins généralistes
Indicateur(s) de réussite n°1		Création du support de communication
Indicateur(s) de réussite n°2		Diffusion du support de communication

Axe	2	RENFORCER LA PREVENTION A DESTINATION DES ENFANTS ET DES FAMILLES
Orientation	1	Renforcer la prévention primaire et secondaire
Action	12	Participer à la coordination du CREAI une fois celui-ci créé par l'ARS de Guadeloupe
Objectif(s)		Appuyer les acteurs publics locaux Mener des études Accompagner les acteurs du secteur social et médico-social Soutenir la formation
Pilote(s) de l'action		Le Conseil Départemental - Direction Générale Adjointe Enfance, Famille et Jeunesse
Cible(s) de l'action		L'Agence Régionale de Santé Le Centre Régional d'Etudes, d'Actions et d'Informations
Description		En 2023, l'ANCREAI expose dans son rapport d'activité la perspective de la création d'un CREAI en Guadeloupe. En 2025, le Défenseur des Droits enjoint à l'ARS de Guadeloupe d'amorcer la création d'un CREAI en Guadeloupe. Le Conseil Départemental est invité à participer à sa coordination une fois créé. Il convient de se porter volontaire pour intégrer le Conseil d'Administration du CREAI une fois créé puis de participer aux actions menées par le CREAI qui entrent dans le périmètre de compétences du Conseil Départemental.
Coût annuel		<i>Mineur</i>
Explication du coût		La participation au CA du CREAI s'assimile à un coût mineur pour le Conseil Départemental puisque siégera un élu disposant d'une indemnité pour son mandat.
Calendrier		<i>Dès création du CREAI, participation au premier CA</i>
Acteur(s) mobilisé(s)		Le Conseil Départemental L'Agence Régionale de Santé
Indicateur(s) de réussite n°1		Participation aux Conseils d'Administration du CREAI
Indicateur(s) de réussite n°2		Participation à la coordination des actions du CREAI

Axe	2	RENFORCER LA PREVENTION A DESTINATION DES ENFANTS ET DES FAMILLES
Orientation	1	Renforcer la prévention primaire et secondaire
Action	13	Participer au financement d'une offre médicale itinérante de professionnels de santé libéraux dans l'Archipel
Objectif(s)		Soutenir l'accès aux soins Favoriser la mobilité des professionnels de santé
Pilote(s) de l'action		Le Conseil Départemental
Cible(s) de l'action		Les professionnels de santé spécialistes Les familles
Description		<p>La Guadeloupe se caractérise par une configuration territoriale spécifique : la double insularité. Si l'archipel forme un département unique, il est composé de plusieurs îles : Basse-Terre, Grande-Terre, Marie-Galante, Les Saintes, La Désirade. Le Schéma Régional de Santé 2023-2028 souligne que cette double insularité accentue la vulnérabilité sanitaire notamment en matière de prise en charge des urgences et de continuité des parcours de soins. Les problématiques de démographie médicale et de vieillissement de la population y sont particulièrement accentuées.</p> <p>Il est ainsi convenu de participer au financement d'une offre médicale itinérante concernant des professionnels de santé spécialistes. Ce financement doit être négocié avec l'Agence Régionale de Santé, autorité organisatrice du pilotage l'offre de soins dans le territoire. La démarche doit reposer sur un diagnostic solide de l'offre de soins puis d'une étude de faisabilité mobilisant plusieurs scénarios d'organisation. Une fois les modalités de participation définies, le Conseil Départemental s'engage à soutenir les professionnels de santé par : une mise à disposition de locaux favorisant les consultations, le financement d'une partie des frais de transport, le financement d'une partie des frais d'hébergement.</p>
Coût annuel		<i>Non définissable</i>
Explication du coût		A la date de vote du Schéma, la démarche n'est pas encore initiée par l'ARS. La détermination du coût est donc impossible.
Calendrier		<i>Dès initiation de la démarche par l'ARS</i>
Acteur(s) mobilisé(s)		Le Conseil Départemental L'Agence Régionale de Santé
Indicateur(s) de réussite n°1		Diagnostic de l'offre de santé
Indicateur(s) de réussite n°2		Etude de faisabilité
Indicateur(s) de réussite n°3		Mise en œuvre de l'offre médicale itinérante

Axe	2	RENFORCER LA PREVENTION A DESTINATION DES ENFANTS ET DES FAMILLES
Orientation	1	Renforcer la prévention primaire et secondaire
Action	14	Maintenir l'engagement en matière de prévention spécialisée
Objectif(s)		Renforcer la prévention primaire et secondaire Coordonner les actions de prévention en direction des jeunes
Pilote(s) de l'action		Le Conseil Départemental - Direction Prévention et Protection de l'Enfance
Cible(s) de l'action		Les jeunes
Description		<p>Le Conseil Départemental de la Guadeloupe a autorisé trois services de prévention spécialisée. Ces services interviennent dans les quartiers prioritaires ou dans les lieux où se manifestent des risques d'inadaptation sociale. Ils visent ainsi à prévenir la marginalisation des jeunes et des familles et à faciliter leur insertion ou leur promotion sociale.</p> <p>Il convient ainsi de maintenir l'engagement du Conseil Départemental en matière de prévention spécialisée. Pour cela, les crédits affectés à la prévention spécialisée sont sanctuarisés et ne pourront être réduits en dessous de leur montant en 2025 d'ici la fin du Schéma.</p>
Coût annuel		<i>6 230 000 €</i>
Explication du coût		Le coût correspond aux dotations globales annuelles versées aux trois services autorisés
Calendrier		T2 2026 : maintien de l'engagement
Acteur(s) mobilisé(s)		Le Conseil Départemental
Indicateur(s) de réussite n°1		Maintien de l'engagement financier

3.2.2. Orientation 2 – Diversifier la prévention tertiaire

Axe	2	RENFORCER LA PREVENTION A DESTINATION DES ENFANTS ET DES FAMILLES
Orientation	2	Diversifier la prévention tertiaire
Action	15	Décliner un plan d'action concerté contre les violences intra-familiales et les violences conjugales
Objectif(s)		Prévenir les violences intra-familiales et les violences conjugales Instaurer une coordination interacteurs
Pilote(s) de l'action		Le Conseil Départemental - Direction Générale Adjointe Enfance, Famille et Jeunesse
Cible(s) de l'action		Les familles Les femmes Les enfants
Description		<p>Il existe une forte propension à la violence au sein des familles. Les violences intra-familiales sont nombreuses et très largement supérieures à la moyenne nationale. Ainsi, en Guadeloupe, les coups et blessures volontaires survenant dans le cadre intrafamilial ont doublé entre 2016 et 2024 en passant de 946 faits à 1 839 en 2024 (soit un taux pour 1 000 habitants de 2,4 à 4,8).</p> <p>Il est ainsi proposé la mise en place d'un plan d'action concerté avec plusieurs mesures :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1) Déployer des actions de prévention et de communication annuellement. Le media sera décidé chaque année parmi les suivants : flyer, affiches, newsletter, séminaire. - 2) Expérimenter l'accueil familial des femmes victimes de violences conjugales dans le Sud Basse-Terre - 3) Conventionner avec le CIDFF pour sensibiliser à l'égalité fille / garçon
Coût annuel		55 000 €
Explication du coût		Les actions de prévention et de communication (conception de supports, impression de flyers ou affiches, diffusion et organisation éventuelle d'événements de sensibilisation) seront majoritairement conçues en interne par le Conseil Départemental. Une enveloppe annuelle d'environ 5 000 € est dédiée à ces actions. L'expérimentation de l'accueil familial pour les femmes victimes de violences conjugales est estimée à environ 50 000 € par an. Le conventionnement avec le CIDFF pour des actions de sensibilisation à l'égalité filles-garçons représente un coût marginal, intégré dans les actions partenariales existantes.
Calendrier		T2 2026 : élaboration et lancement de la première campagne de communication T2 2026 : lancement de l'expérimentation pour l'accueil familial T2 2026 : conventionnement avec le CIDFF

Acteur(s) mobilisé(s)	Le Conseil Départemental Le Centre d'Information sur les Droits des Femmes et des Familles
Indicateur(s) de réussite n°1	Elaboration et diffusion annuelle d'une campagne contre les violences intra-familiales
Indicateur(s) de réussite n°2	Lancement de l'expérimentation de l'accueil familial pour femmes victimes de violences conjugales
Indicateur(s) de réussite n°3	Conventionnement avec le CIDFF

Axe	2	RENFORCER LA PREVENTION A DESTINATION DES ENFANTS ET DES FAMILLES
Orientation	2	Diversifier la prévention tertiaire
Action	16	Favoriser l'orientation des familles accompagnées dans le cadre d'une mesure de prévention ou de protection vers les aides à l'amélioration de l'habitat du Conseil Régional, des Maisons France Services et du Conseil Départemental
Objectif(s)		Faciliter l'accès des familles aux aides à l'amélioration de l'habitat Mieux informer et mieux orienter dans le cadre des mesures d'accompagnement Favoriser des conditions de logement plus stables et plus sécurisantes pour les enfants
Pilote(s) de l'action		Le Conseil Départemental - Direction de la Protection Maternelle et Infantile, Direction Prévention et Protection de l'Enfance, Direction de l'Insertion Sociale
Cible(s) de l'action		Les familles Le Conseil Régional Les Maisons France Services
Description		Les données statistiques de l'INSEE indiquent une part importante de logements dégradés ou nécessitant des travaux lourds. Cette situation touche particulièrement les foyers les plus fragiles, pour qui les démarches d'amélioration de l'habitat restent complexes. Pour cela, le Conseil Départemental s'engage à favoriser l'orientation des familles accompagnées vers les aides à l'amélioration de l'habitat existantes. Il convient ainsi de mettre en place un guide récapitulant les aides existantes à destination des travailleurs sociaux. Les aides délivrées par le Conseil Départemental sont inscrites dans le Règlement Départemental d'Aide Sociale mais aussi les aides des partenaires (Conseil Régional, Maisons France Services, CCAS / CIAS). Les partenaires transmettent les éléments essentiels de l'aide (nom, conditions, modalités, montant) afin de les faire figurer dans le guide.
Coût annuel		<i>Mineur</i>
Explication du coût		L'action repose principalement sur la mobilisation de ressources internes du Département : information, suivi des familles et éventuels frais de coordination ou de documentation.
Calendrier		T1 2027 : recensement des aides existantes au Conseil Départemental et chez les partenaires T4 2027 : diffusion du guide à tous les agents accompagnant des familles
Acteur(s) mobilisé(s)		Le Conseil Départemental
Indicateur(s) de réussite n°1		Elaboration du guide
Indicateur(s) de réussite n°2		Diffusion du guide

Axe	2	RENFORCER LA PREVENTION A DESTINATION DES ENFANTS ET DES FAMILLES
Orientation	2	Diversifier la prévention tertiaire
Action	17	Soutenir les communes dans la mise en place du Conseil des Droits et Devoirs des Familles
Objectif(s)		Soutenir la prévention pré-ASE Favoriser la coordination des réponses entre les acteurs de la prévention
Pilote(s) de l'action		Le Conseil Départemental - Direction Prévention et Protection de l'Enfance
Cible(s) de l'action		Les familles Les communes
Description		<p>Le Conseil pour les Droits et Devoirs des Familles (CDDF) a pour mission d'entendre une famille, de l'informer de ses droits et devoirs envers l'enfant et de lui adresser des recommandations. Ces recommandations sont destinées à prévenir des comportements susceptibles de mettre l'enfant en danger ou de causer des troubles pour autrui.</p> <p>Or, à l'occasion de la grande enquête à destination des CCAS de l'Archipel, ceux-ci ont été invités à s'exprimer sur l'existence d'un CDDF au sein de leur commune de rattachement. Les résultats montrent que seuls 50% des répondants disposent d'un CDDF au sein de leur commune.</p> <p>Le Conseil Départemental s'engage donc à :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Communiquer auprès des communes sur l'importance de constituer un CDDF. - Nommer un référent CDDF au sein du Conseil départemental. Le référent constitue le point d'entrée unique du Département pour les CDDF du territoire. Il garantit l'articulation entre CDDF et dispositifs départementaux (PMI, ASE).
Coût annuel		<i>Mineur</i>
Explication du coût		La désignation du référent CDDF s'effectuera à moyen constant.
Calendrier		T1 2027 : désignation d'un référent CDDF au sein du Conseil Départemental T3 2027 : communication en direction des communes
Acteur(s) mobilisé(s)		Le Conseil Départemental Les communes
Indicateur(s) de réussite n°1		Mise en place d'une campagne de communication à destination des communes
Indicateur(s) de réussite n°2		Désignation d'un référent CDDF au sein du Conseil Départemental

Axe	2	RENFORCER LA PREVENTION A DESTINATION DES ENFANTS ET DES FAMILLES
Orientation	2	Diversifier la prévention tertiaire
Action	18	Favoriser la mise en œuvre de mesures d'accompagnement en économie sociale et familiale et assimilées
Objectif(s)		Renforcer l'autonomie sociale et financière des familles Prévenir les situations de vulnérabilité ou d'exclusion sociale
Pilote(s) de l'action		Le Conseil Départemental - Direction Prévention et Protection de l'Enfance
Cible(s) de l'action		Les Familles Les Conseillers en Economie Sociale et Familiale Les Centres Communaux d'Action Sociale
Description		<p>En Guadeloupe, de nombreuses familles rencontrent des difficultés dans la gestion du quotidien et l'accès aux droits sociaux.</p> <p>La MAESF vise à ce que les besoins des enfants (alimentation, santé, habillement, activités sportives et culturelles, sécurité...) soient considérés en fonction de leur âge, de leur autonomie, de leur environnement, et de l'évolution de leur situation. Elle est pilotée par le chargé de mission MASP et AESF placé à la Sous-Direction de l'Action Sociale de Proximité - Direction de l'Accompagnement Social - dans le cadre d'un partenariat élargi (CD, CCAS, Hôpital, Education Nationale, Mission Locale...).</p> <p>Toutefois, les liens avec les communes et les CCAS sont insuffisants et les mesures d'accompagnement en économie sociale et familiale restent limitées par rapport aux besoins.</p> <p>Il convient ainsi de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Informer les familles sur les dispositifs d'accompagnement en ESF afin de leur permettre de mieux connaître leurs droits. - Évaluer leurs besoins et orienter vers les professionnels compétents pour mettre en place des mesures adaptées. - Accompagner la mise en œuvre et le suivi des mesures pour soutenir l'autonomie sociale et financière des bénéficiaires. - Renforcer la coordination avec les communes et les CCAS pour développer les partenariats locaux et améliorer l'accès aux mesures d'AESF.
Coût annuel		<i>Mineur</i>
Explication du coût		L'action repose principalement sur la mobilisation de ressources internes du Département : formation, suivi annuel et éventuels frais de coordination ou de documentation.
Calendrier		T2 2026 : recenser les dispositifs et former le personnel T1 2027 : évaluer les besoins, orienter les familles, accompagner les mesures et coordonner avec les partenaires T1 2028 : suivre l'avancement des mesures et réaliser un bilan

Acteur(s) mobilisé(s)	<p>Le Conseil Départemental La Direction Générale Adjointe de l'Insertion La Direction Générale Adjointe Enfance, Famille, Jeunesse La Caisse d'Allocations Familiales L'Union Départementale des Centres Communaux d'Action Sociale La Justice Les Centres Communaux d'Action Sociale</p>
Indicateur(s) de réussite n°1	Nombre de familles orientées et accompagnées
Indicateur(s) de réussite n°2	Nombre de mesures ESF effectivement mises en œuvre
Indicateur(s) de réussite n°3	Partenariats renforcés avec communes et CCAS

Axe	2	RENFORCER LA PREVENTION A DESTINATION DES ENFANTS ET DES FAMILLES
Orientation	2	Diversifier la prévention tertiaire
Action	19	Accompagner les SAAD familles dans la mise en conformité au nouveau cahier des charges
Objectif(s)		Soutenir les familles Se conformer à la réglementation
Pilote(s) de l'action		L'action repose principalement sur la mobilisation de ressources internes du Département : formation, suivi annuel et éventuels frais de coordination ou de documentation.
Cible(s) de l'action		Les familles Les femmes Les enfants
Description		<p>Si la réforme de 2023 vise la création des Services Autonomie à Domicile, elle concerne essentiellement les services d'aide et de soin auprès des personnes âgées et en situation de handicap. Les services d'aide et d'accompagnement des familles ont, quant à eux, conservé un cahier des charges séparé. Ce cahier des charges a été révisé et publié le 1er août 2025.</p> <p>Ce cahier des charges apporte :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Une clarification des obligations minimales pour les SAAD-familles : composition de l'équipe, qualification des intervenants, pilotage et encadrement, formalisation d'un projet de service. - Une institutionnalisation des partenariats pour favoriser un parcours de l'utilisateur cohérent. - Un renforcement des obligations vis-à-vis de la prévention contre la maltraitance. <p>Le Conseil Départemental s'engage à apporter son soutien aux organismes gestionnaires disposant d'un SAAD Familles autorisés en Guadeloupe pour la mise en conformité au cahier des charges. Ce soutien sera technique et opérationnel.</p>
Coût annuel		<i>Mineur</i>
Explication du coût		Dans le cadre des missions d'autorisation, de financement et de contrôle des ESSMS
Calendrier		T2 2026 : lancement de la démarche de mise en conformité T4 2026 : conformité des SAAD Familles
Acteur(s) mobilisé(s)		Le Conseil Départemental Les SAAD Familles
Indicateur(s) de réussite n°1		Lancement de la démarche de mise en conformité
Indicateur(s) de réussite n°2		Conformité au nouveau cahier des charges de tous les SAAD Familles

3.3. AXE 3 – Réorienter la politique de protection de l'enfance

3.3.1. Orientation 1 – Diversifier l'offre d'accueil

Axe	3	REORIENTER LA POLITIQUE DE PROTECTION DE L'ENFANCE
Orientation	1	Diversifier l'offre d'accueil
Action	1	Nuancer l'offre de milieu ouvert
Objectif(s)		Renforcer et diversifier l'offre de milieu ouvert Mettre en conformité les pratiques avec les décisions récentes de la Cour de cassation et les recommandations de la DGCS Développer la capacité d'accueil et d'accompagnement à travers la création de mesures
Pilote(s) de l'action		Le Conseil Départemental - Direction Adjointe Prévention Protection de l'Enfance
Cible(s) de l'action		Les familles et jeunes accompagnés Les équipes AED et AEMO en charge du suivi des familles et enfants
Description		L'offre de milieu ouvert (AED / AEMO) n'est pas suffisamment développée. Il convient ainsi de nuancer cette offre. Pour cela, il est prévu de : - Créer 100 mesures d'AED - Créer 200 mesures AEMO pour mieux répondre aux besoins des familles suivies. Il est nécessaire de rédiger les cahiers des charges afférents et de publier les appels à projet. Enfin, il est nécessaire de publier les autorisations et d'ouvrir les mesures.
Coût annuel		1 533 000 €
Explication du coût		Il est estimé qu'une place d'AED et d'AEMO est d'environ 14€/jour. En multipliant ce coût par le nombre de places à développer et en le valorisant à l'année, il est obtenu 1,5M€.
Calendrier		T2 2026 : AEMO T2 / T3 2026 : AED
Acteur(s) mobilisé(s)		Le Conseil Départemental - la Direction Générale Adjointe Enfance, Famille, Jeunesse Les porteurs de projets retenus
Indicateur(s) de réussite n°1		Rédaction et publication des appels à projet
Indicateur(s) de réussite n°2		Rédaction et publication des autorisations avec ouverture des mesures

Axe	3	REORIENTER LA POLITIQUE DE PROTECTION DE L'ENFANCE
Orientation	1	Diversifier l'offre d'accueil
Action	2	Transformer l'offre de PEAD en AEMO renforcé et/ou avec hébergement
Objectif(s)		Renforcer et diversifier l'offre de milieu ouvert Mettre en conformité les pratiques avec les décisions récentes de la Cour de cassation et les recommandations de la DGCS Développer la capacité d'accueil et d'accompagnement à travers la transformation de mesures
Pilote(s) de l'action		La Direction Territoriale de la Protection Judiciaire de la Jeunesse
Cible(s) de l'action		Le Conseil Départemental Les familles et jeunes accompagnés Les établissements et services sociaux autorisés
Description		Actuellement, 98 mesures de PEAD sont autorisées en Guadeloupe. En application des récentes décisions de la Cour de cassation et des indications de la DGCS, il est nécessaire de transformer le PEAD en AEMO R et H afin de mettre en conformité les interventions éducatives avec le cadre juridique. Dès lors, la DTPJJ s'engage à transformer ces 98 mesures de PEAD en AEMO R et H par actualisation de l'autorisation des services actuellement habilités.
Coût annuel		<i>Mineur</i>
Explication du coût		Le coût pour le Département est nul puisqu'il s'agit d'une action réalisée par la DTPJJ.
Calendrier		T2 2026 : lancement des démarches T4 2026 : actualisation des arrêtés d'autorisation
Acteur(s) mobilisé(s)		La Direction Territoriale de la Protection Judiciaire de la Jeunesse Le Conseil Départemental
Indicateur(s) de réussite n°1		100% des 98 mesures effectivement transformées en AEMO renforcé ou avec hébergement

Axe	3	REORIENTER LA POLITIQUE DE PROTECTION DE L'ENFANCE
Orientation	1	Diversifier l'offre d'accueil
Action	3	Permettre l'accueil de jeunes très vulnérables par la formation des assistants familiaux
Objectif(s)		Former les assistants familiaux à l'accueil de publics présentant des vulnérabilités importantes Outiller les assistants familiaux pour prévenir les ruptures de placement Renforcer l'articulation et les temps de coordination entre les référents ASE et les assistants familiaux
Pilote(s) de l'action		Le Conseil Départemental - Direction Prévention et Protection de l'Enfance
Cible(s) de l'action		Les assistants familiaux
Description		<p>Une partie des assistants familiaux doit être spécifiquement formée pour accueillir des mineurs et majeurs confiés à l'ASE présentant des besoins complexes (handicap, vulnérabilités importantes, situations judiciaires). Parallèlement, les temps de coordination entre les référents ASE et les assistants familiaux seront renforcés afin d'assurer un suivi.</p> <p>Mettre en place un programme de formation dédié aux assistants familiaux pour l'accueil de profils vulnérables (traumas, handicap, gestion de crises comportementales, justice des mineurs, etc.), en lien avec l'ARS et la DTPJJ.</p> <p>Créer des temps réguliers de coordination entre assistants familiaux et référents ASE (réunions, échanges cliniques, interventions conjointes).</p> <p>Suivre l'évolution des compétences et besoins des assistants familiaux formés.</p> <p>L'objectif opérationnel est de constituer des ressources stables avec des professionnels compétents pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 20 places d'accueil familial pour des jeunes en situation de handicap - 38 places d'accueil familial pour des mineurs en conflit avec la justice
Coût annuel		60 000 €
Explication du coût		Le coût de cette action est principalement lié à la mise en place d'un programme de formation spécialisé pour les assistants familiaux accueillant des jeunes présentant des besoins complexes (handicap, traumatismes, situations judiciaires). La formation (intervenants spécialisés, supports pédagogiques et organisation) est estimée à environ 1 000 € par assistant familial pour un groupe d'environ 40 assistants familiaux, soit 40 000 €.

	À cela s'ajoutent les coûts liés à l'organisation de temps de coordination et d'échanges entre assistants familiaux et référents ASE (réunions, animation, logistique), estimés à environ 20 000 € par an. Les autres actions s'intègrent dans les missions courantes des services départementaux.
Calendrier	T2 2026 : fin de la formation spécialisée pour les assistants familiaux S1 2026 : ouverture des places
Acteur(s) mobilisé(s)	Le Conseil Départemental - La Direction Générale Adjointe Enfance, Famille, Jeunesse L'Agence Régionale de Santé La Direction Territoriale de la Protection Judiciaire de la Jeunesse
Indicateur(s) de réussite n°1	100% des assistants familiaux sélectionnés formés à l'accueil d'enfant en situation complexe
Indicateur(s) de réussite n°2	Ouverture des 20 places d'accueil familial pour jeunes en situation de conflit avec la Justice
Indicateur(s) de réussite n°3	Ouverture des 38 places d'accueil familial pour jeunes en situation de handicap

Axe	3	REORIENTER LA POLITIQUE DE PROTECTION DE L'ENFANCE
Orientation	1	Diversifier l'offre d'accueil
Action	4	Anticiper le vieillissement des assistants familiaux par l'élaboration d'une GPEC pour les assistants familiaux
Objectif(s)		<p>Cartographier les compétences actuelles et les âges des assistants familiaux</p> <p>Identifier les besoins futurs en recrutement et formation</p> <p>Prévoir des actions de maintien dans l'emploi et de transmission des savoirs</p> <p>Mettre en place un plan de recrutement pour assurer la continuité des accueils</p>
Pilote(s) de l'action		Le Conseil Départemental - Direction Prévention et Protection de l'Enfance
Cible(s) de l'action		Les assistants familiaux
Description		<p>La Guadeloupe connaît un vieillissement progressif des assistants familiaux. Cette situation peut créer un risque de rupture d'accueil pour les jeunes accompagnés.</p> <p>Une gestion proactive des ressources et compétences est nécessaire pour assurer la continuité et la qualité de l'accueil familial :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Réaliser un diagnostic de l'effectif : âge, ancienneté, compétences clés. - Élaborer une GPEC spécifique aux assistants familiaux : projection à 5–10 ans des départs potentiels et des besoins de renouvellement. - Instaurer des temps de coordination et de transmission de compétences entre assistants expérimentés et nouveaux recrutés.
Coût annuel		<i>Mineur</i>
Explication du coût		Mise en œuvre de la GPEC assurée par la DGA RH
Calendrier		<p>T1 2027 : diagnostic - recensement des âges, compétences et ancienneté</p> <p>T3 2027 : élaboration de la GPEC - projection des besoins à 5-10 ans, planification des recrutements et formations</p> <p>T1 2028 : mise en œuvre - formation, accompagnement individuel, coordination entre assistants familiaux</p>
Acteur(s) mobilisé(s)		Le Conseil Départemental - Direction Prévention et Protection de l'Enfance
Indicateur(s) de réussite n°1		GPEC élaborée et validée
Indicateur(s) de réussite n°2		100% d'assistants familiaux intégrés dans la GPEC

Axe	3	REORIENTER LA POLITIQUE DE PROTECTION DE L'ENFANCE
Orientation	1	Diversifier l'offre d'accueil
Action	5	Créer des places en établissement à destination des publics vulnérables
Objectif(s)		<p>Transformer et redéployer des capacités d'accueil pour répondre aux besoins non couverts</p> <p>Ouvrir de nouvelles solutions diversifiées pour les situations complexes</p> <p>Renforcer la continuité et la qualité des parcours des enfants, jeunes et parents accompagnés</p> <p>Mobiliser les partenariats (MDE, ARS, établissements) pour soutenir les ouvertures de places</p>
Pilote(s) de l'action		Le Conseil Départemental - Direction Prévention et Protection de l'Enfance
Cible(s) de l'action		<p>Les mères et futures mères</p> <p>Les jeunes en situations complexes</p> <p>Les établissements d'accueil</p>
Description		<p>La Guadeloupe manque de solutions d'accueil adaptées pour les publics les plus vulnérables. Pour répondre aux besoins identifiés, il est nécessaire d'ouvrir ou de redéployer des places spécialisées (centre parental, accueil post-rupture, ISEMA, accueil de jeunes en situation de prostitution). L'objectif est de renforcer rapidement l'offre en s'appuyant sur des transformations de places existantes, des appels à projets et une coopération étroite avec l'ARS.</p> <p>Plusieurs évolutions sont prévues :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Transformation du centre maternel de la MDE en centre parental afin de permettre un accompagnement plus global des parents et de leurs enfants, avec 8 places installées. - Expérimentation d'un accueil de transition pour les jeunes traversant des situations complexes, permettant de faire le lien entre un séjour de rupture et un retour progressif à domicile, avec 6 places dédiées. - Renforcement de l'accompagnement des enfants présentant des troubles du comportement, via la création de 12 places en ISEMA et la mise en place d'une équipe mobile cofinancée par la DGA EFJ et l'ARS. - Diversification des réponses pour les jeunes en situation de prostitution, grâce à l'ouverture de 6 places en établissement, permettant d'assurer une prise en charge spécialisée. <p>Ces transformations s'accompagnent de la rédaction et de la publication des appels à projets nécessaires, puis de l'ouverture effective des dispositifs concernés, afin de garantir une montée en charge cohérente et coordonnée de l'offre territoriale.</p>
Coût annuel		3 080 000 €

Explication du coût	La transformation du centre maternel de la MDE en centre parental conduira à une progression de la capacité installée : 5 à 8 places soit coût approximatif de 580 000€. L'enveloppe dédiée aux autres dispositifs est d'environ 2,5 millions d'euros.
Calendrier	Horizon 2027 : transformation du centre maternel de la MDE en centre parental Horizon 2027 : expérimentation de l'accueil de transition pour les jeunes traversant des situations complexes Horizon 2027 : ouverture des 6 places pour les jeunes en situation de prostitution Horizon 2028 : Ouverture de l'ISEMA
Acteur(s) mobilisé(s)	Le Conseil Départemental La Maison Départementale de l'Enfance L'agence Régionale de Santé
Indicateur(s) de réussite n°1	Publication et attribution des appels à projets pour chaque dispositif concerné
Indicateur(s) de réussite n°2	100% des places ouvertes ou redéployées

Axe	3	REORIENTER LA POLITIQUE DE PROTECTION DE L'ENFANCE
Orientation	1	Diversifier l'offre d'accueil
Action	6	Développer l'inclusion des proches dans la prise en charge des mineurs au travers des Tiers Dignes Bénévoles et des Tiers Dignes de Confiance
Objectif(s)		Favoriser le maintien des liens affectifs et l'environnement de l'enfant Offrir un cadre d'accueil désinstitutionnalisé
Pilote(s) de l'action		Le Conseil Départemental - Direction Prévention et Protection de l'Enfance
Cible(s) de l'action		Les tiers durables bénévoles Les tiers dignes de confiance Les mineurs et majeurs sous mesure de protection
Description		Le recours au TDB ou TDC est relativement développé en Guadeloupe. En effet, la part des placements directs dans les mesures de placement est nettement plus importante dans le Département qu'en moyenne en France (écart de plus de 13%). Pour favoriser l'inclusion des proches dans la prise en charge des mineurs confiés plusieurs mesures sont mises en place : - Etudier les indemnités d'accueil des tiers dignes de confiance - Etudier la création d'un service dédié à l'accompagnement des TDB et TDC : évaluation préliminaire, formation et préparation à l'accueil, accompagnement et suivi éducatif, soutien psychologique
Coût annuel		30 000 €
Explication du coût		Le coût des études est chiffré à 30 000€
Calendrier		Horizon 2026 : lancer les études
Acteur(s) mobilisé(s)		Le Conseil Départemental
Indicateur(s) de réussite n°1		Etude des indemnités d'accueil des tiers dignes de confiance
Indicateur(s) de réussite n°2		Etude sur la création d'un service dédié à l'accompagnement des TDB et des TDC

Axe	3	REORIENTER LA POLITIQUE DE PROTECTION DE L'ENFANCE
Orientation	1	Diversifier l'offre d'accueil
Action	7	Développer le parrainage et le mentorat pour les enfants confiés
Objectif(s)	Favoriser le développement personnel et social des enfants confiés Diversifier les formes d'accompagnement	
Pilote(s) de l'action	Le Conseil Départemental - Direction de la Prévention et de la Protection de l'Enfance	
Cible(s) de l'action	Les enfants confiés à l'ASE	
Description	<p>Le parrainage et le mentorat sont des dispositifs relativement récents qui ont tous été précisés par voie législative ou réglementaire. A ce titre, la loi du 7 février 2022 pose le principe d'une proposition systématique de parrainage, « dans le cadre d'une relation durable coordonnée par une association et construite sous la forme de temps partagés réguliers entre l'enfant et le parrain ou la marraine », pour les enfants pris en charge par le service de l'ASE. A l'entrée au collège, il est également prévu que soit systématiquement proposé à l'enfant de bénéficier d'un mentor afin de favoriser son autonomie et son développement.</p> <p>Ces modalités demeurent peu développées dans le Département. Il convient ainsi de développer ces dispositifs par plusieurs moyens. D'une part, avec de la communication auprès du grand public afin d'attirer des candidats. D'autre part, en autorisant un organisme gestionnaire à porter ce type d'ESSMS.</p>	
Coût annuel	120 000 €	
Explication du coût	Le coût est estimé en se basant sur un fonctionnement en équipe intégrant : 1 ETP de coordination, 1 ETP d'assistant administratif. Le coût d'une campagne de communication est estimé à 20 000€.	
Calendrier	Horizon 2028 : lancement du service	
Acteur(s) mobilisé(s)	Le Conseil Départemental	
Indicateur(s) de réussite n°1	Rédaction et publication du cahier des charges de l'AP	
Indicateur(s) de réussite n°2	Sélection d'un partenaire pour la mise en place du service	
Indicateur(s) de réussite n°3	Lancement progressif du service	
Indicateur(s) de réussite n°4	Lancement de la campagne de communication	

3.3.2. Orientation 2 – Améliorer la coordination du parcours de l'enfant

Axe	3	REORIENTER LA POLITIQUE DE PROTECTION DE L'ENFANCE
Orientation	2	Améliorer la coordination du parcours de l'enfant
Action	8	Poursuivre la démarche d'élaboration co-concertée du Projet Pour l'Enfant pour l'ensemble des enfants confiés
Objectif(s)	Favoriser le développement et le bien-être de l'enfant Coordonner les interventions des différents partenaires	
Pilote(s) de l'action	Le Conseil Départemental - Direction de la Prévention et de la Protection de l'Enfance	
Cible(s) de l'action	Les professionnels intervenant pour l'enfant Les enfants confiés à l'ASE Les titulaires de l'autorité parentale	
Description	<p>Lorsqu'un enfant est accueilli au sein du dispositif de l'ASE, la rédaction du Projet Pour l'Enfant (PPE) est obligatoire. Ce document cadre vise à garantir la continuité et l'adaptation de la prise en charge de l'enfant. Élaboré dès les premiers mois de placement et révisé à échéances régulières, le PPE est construit en concertation avec l'enfant, sa famille et les professionnels concernés. Il formalise ainsi les objectifs d'accompagnement et les perspectives d'évolution de la situation en tenant compte de l'intérêt supérieur de l'enfant. Cependant, les entretiens et les ateliers menés tendent à estimer que le PPE est insuffisamment déployé au sein du Département.</p> <p>Il convient donc de rédiger une procédure visant à harmoniser les pratiques et à encadrer la mise en place du PPE. Ensuite, il convient de contrôler la mise en place du PPE pour l'ensemble des enfants confiés.</p>	
Coût annuel	<i>Mineur</i>	
Explication du coût	La mise en place du PPE est obligatoire. Il entre dans les missions du service de l'ASE.	
Calendrier	T2 2026 : rédaction d'une procédure « PPE » T3 2026 : diffusion de la procédure « PPE » T4 2026 : contrôle de la mise en place de la procédure « PPE »	
Acteur(s) mobilisé(s)	Le Conseil Départemental	
Indicateur(s) de réussite n°1	Rédaction de la procédure « PPE »	
Indicateur(s) de réussite n°2	Diffusion de la procédure « PPE »	
Indicateur(s) de réussite n°3	Contrôle de la mise en place de la procédure « PPE »	

Axe	3	REORIENTER LA POLITIQUE DE PROTECTION DE L'ENFANCE
Orientation	2	Améliorer la coordination du parcours de l'enfant
Action	9	Renforcer la coordination des parcours des jeunes confiés à l'ASE en situation de handicap
Objectif(s)		Approfondir le travail partenarial au sein du Conseil Départemental Améliorer l'accompagnement des profils en situation complexe Assurer un suivi santé de qualité
Pilote(s) de l'action		Le Conseil Départemental - Direction de la Prévention et de la Protection de l'Enfance La Maison Départementale des Personnes Handicapées
Cible(s) de l'action		Le Conseil Départemental La Maison Départementale des Personnes Handicapées Les mineurs et majeurs confiés en situation de handicap
Description		<p>Le travail partenarial entre la MDPH et la DGA EFJ doit être perfectionné afin d'assurer une prise en charge adaptée, rapide et coordonnée des enfants confiés. L'objectif est de formaliser un cadre de coopération qui :</p> <ul style="list-style-type: none"> - garantit la reconnaissance et l'accès aux droits et prestations des enfants suivis par l'ASE - précise la priorisation et l'instruction accélérée des demandes relatives à ces enfants par la MDPH - organise des échanges d'informations sécurisés et des dispositifs de suivi partagés <p>Pour cela, un protocole de coopération doit être élaboré, permettant de définir les modalités de travail. Un groupe de travail avec des représentants de la DGA EFJ et de la MDPH devra être installé.</p>
Coût annuel		<i>Mineur</i>
Explication du coût		L'élaboration du protocole se fera sur le temps de travail des agents de la DGA EFJ et de la MDPH. Sa mise en œuvre permettra une augmentation de l'efficacité de travail au sein de la DGA EFJ et de la MDPH
Calendrier		T1 2027 : lancement du groupe de travail T1 2028 : mise en œuvre du protocole
Acteur(s) mobilisé(s)		La Direction de l'Enfance et des Familles La Maison Départementale des Personnes Handicapées
Indicateur(s) de réussite n°1		Installation du groupe de travail
Indicateur(s) de réussite n°2		Elaboration du protocole
Indicateur(s) de réussite n°3		Mise en œuvre effective du protocole

Axe	3	REORIENTER LA POLITIQUE DE PROTECTION DE L'ENFANCE
Orientation	2	Améliorer la coordination du parcours de l'enfant
Action	10	Renforcer la révision du statut de l'enfant confié à l'ASE au travers de la CESSEC
Objectif(s)		Assurer la révision régulière du statut de chaque jeune confié à l'ASE Garantir la mise à jour et la qualité des décisions relatives au statut de l'enfant
Pilote(s) de l'action		Le Conseil Départemental - Direction de la Prévention et de la Protection de l'Enfance
Cible(s) de l'action		Les jeunes confiés à l'ASE Les référents ASE La justice et les professionnels participant aux CESSEC
Description		Les enfants confiés à l'ASE nécessitent un suivi structuré pour la révision régulière de leur statut et la coordination entre l'ASE et la Justice. Or, le nombre de CESSEC en 2023 et 2024 est resté stable en s'établissant à 3 par an. Néanmoins, sur ces deux années seulement 18 dossiers ont été analysés ce qui est insuffisant aux regards des critères posés par le CASF. Il est nécessaire de constater et prévenir les situations de délaissement, afin qu'un enfant placé ne reste pas à l'ASE sans perspectives (adoption ou autre solution), conformément à la loi. Pour cela, il est proposé d'élaborer une programmation annuelle des situations à évoquer en CESSEC. Cette programmation devra inclure des situations à étudier en urgence.
Coût annuel		<i>Mineur</i>
Explication du coût		Le coût est mineur car il entre dans les missions du SAAOP chargé du pilotage de la CESSEC.
Calendrier		T4 2026 : lancement d'une programmation annuelle de passage des enfants en CESSEC T1 2027 : mise en œuvre de la programmation
Acteur(s) mobilisé(s)		Le Conseil Départemental
Indicateur(s) de réussite n°1		Programmation annuelle mise en œuvre
Indicateur(s) de réussite n°2		100% des enfants confiés sont évoqués en séance à la CESSEC

Axe	3	REORIENTER LA POLITIQUE DE PROTECTION DE L'ENFANCE
Orientation	2	Améliorer la coordination du parcours de l'enfant
Action	11	Dynamiser l'adoption
Objectif(s)		Renforcer l'information du public Favoriser le parcours des enfants pupilles de l'Etat Valoriser le rôle du Conseil Départemental
Pilote(s) de l'action		Le Conseil Départemental - Direction de la Prévention et de la Protection de l'Enfance
Cible(s) de l'action		Le Conseil Départemental Les EPCI Les enfants pupilles de l'Etat Le grand public
Description		<p>Depuis 2020, le nombre de demandes d'adoption reçues par le Département est en légère diminution de 15% (soit – 4 demandes). Le SAAOP organise des réunions d'informations qui sont moins nombreuses depuis 2020 (- 36% soit – 4 réunions). En conséquence, le nombre de personnes reçues lors de ces réunions diminue aussi depuis 2020 : - 41% soit – 16 personnes.</p> <p>Il convient donc de dynamiser la procédure d'adoption en organisant au moins une réunion d'information annuelle par EPCI dans une démarche d'aller vers (6 à date de rédaction du Schéma) et de compléter celles-ci par 2 autres en fonction des besoins et des demandes. Au moins 4 temps de sensibilisation des travailleurs sociaux du Département et des partenaires institutionnels seront organisés annuellement afin de les sensibiliser à la thématique adoptive.</p>
Coût annuel		<i>Mineur</i>
Explication du coût		Cette action entre dans le cadre des missions du Conseil Départemental
Calendrier		T2 2026 : mise en œuvre progressive de l'action (objectif 50% en 2026) T2 2027 : mise en œuvre intégrale de l'action (objectif 100% en 2027)
Acteur(s) mobilisé(s)		Le Conseil Départemental Les EPCI Les enfants pupilles de l'Etat Le grand public
Indicateur(s) de réussite n°1		Réalisation des réunions d'information à destination du grand public en EPCI
Indicateur(s) de réussite n°2		Réalisation des réunions d'information à destination du grand public au Conseil Départemental
Indicateur(s) de réussite n°3		Réalisation des temps de sensibilisation à destination des partenaires

Axe	3	REORIENTER LA POLITIQUE DE PROTECTION DE L'ENFANCE
Orientation	2	Améliorer la coordination du parcours de l'enfant
Action	12	Soutenir l'accès aux origines par le déploiement du livret photos numérique
Objectif(s)		Favoriser la construction de l'histoire personnelle Mettre en place un outil support à la relation éducative
Pilote(s) de l'action		Le Conseil Départemental - Direction de la Prévention et de la Protection de l'Enfance
Cible(s) de l'action		Le Conseil Départemental Les enfants confiés à l'ASE
Description		<p>L'accès aux origines des enfants confiés à l'ASE est un sujet majeur. En effet, il favorise la construction de l'individu. Si le projet pour l'enfant permet une évaluation des besoins et la déclinaison d'un plan d'action témoignant du développement de l'enfant, la mise en œuvre d'un livret photos numérique individuel permet d'intégrer un contenu multimédia. Son accès doit être permis à l'équipe pluridisciplinaire pour qu'elle y ajoute des photos de l'enfant en conformité avec la réglementation sur la protection des données.</p> <p>Le Conseil Départemental s'engage ainsi à :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sélectionner et déployer une solution numérique sécurisée permettant la mise en œuvre du livret photos numérique - Former l'ensemble des travailleurs sociaux à son utilisation - Rédiger une procédure d'utilisation de la solution numérique
Coût annuel		60 000 €
Explication du coût		Le coût du logiciel numérique retenu et de la formation des travailleurs sociaux est estimée à 60 000€.
Calendrier		Horizon 2028 : mise en place du livret photos numérique
Acteur(s) mobilisé(s)		Le Conseil Départemental
Indicateur(s) de réussite n°1		Sélection et déploiement de la solution numérique
Indicateur(s) de réussite n°2		Mise en place de formations à destination des travailleurs sociaux
Indicateur(s) de réussite n°3		Rédaction d'une procédure dédiée

Axe	3	REORIENTER LA POLITIQUE DE PROTECTION DE L'ENFANCE
Orientation	2	Améliorer la coordination du parcours de l'enfant
Action	13	Poursuivre le travail de collaboration étroite avec les partenaires institutionnels incontournables du Conseil Départemental
Objectif(s)		Poursuivre le travail de partenariat Améliorer la réactivité des partenaires face à des difficultés partagées
Pilote(s) de l'action		Le Conseil Départemental - Direction Générale Adjointe Enfance, Famille et Jeunesse L'Education Nationale La Direction Territoriale de la Protection Judiciaire de la Jeunesse La Justice
Cible(s) de l'action		Le Conseil Départemental L'Education Nationale La Direction Territoriale de Protection Judiciaire de la Jeunesse La Justice
Description		Afin de coordonner et sécuriser le parcours des jeunes confiés à l'ASE, les collaborations étroites entre le Conseil Départemental, l'Education Nationale, la Direction Territoriale de la Protection Judiciaire de la Jeunesse ainsi que la Justice sont essentielles. A ce titre, il est convenu de poursuivre les rencontres quadripartites tous les trimestres afin de travailler de concert les thématiques ayant trait au parcours des jeunes confiés. Lorsque l'ordre du jour le rendra nécessaire, il pourra être associé un collège d'enseignants référents pour favoriser les parcours des élèves à besoins éducatifs particuliers (EBEP).
Coût annuel		<i>Mineur</i>
Explication du coût		Cette action entre dans le cadre des missions du Conseil Départemental
Calendrier		T2 2026 : poursuite du travail de collaboration étroite
Acteur(s) mobilisé(s)		Le Conseil Départemental L'Education Nationale La Direction Territoriale de la Protection Judiciaire de la Jeunesse La Justice
Indicateur(s) de réussite n°1		4 réunions quadripartites par an

3.3.3. Orientation 3 – Préparer la sortie du dispositif de l'Aide Sociale à l'Enfance

Axe	3	REORIENTER LA POLITIQUE DE PROTECTION DE L'ENFANCE
Orientation	3	Préparer la sortie du dispositif de l'Aide Sociale à l'Enfance
Action	14	Favoriser l'autonomisation du jeune à l'ASE par la mise en place d'hébergements diversifiés / diffus
Objectif(s)		Diversifier l'offre d'accueil pour les jeunes confiés à l'ASE Soutenir l'autonomisation des jeunes confiés à l'ASE
Pilote(s) de l'action		Conseil Départemental - Direction Prévention et Protection de l'Enfance
Cible(s) de l'action		Les organismes gestionnaires Les jeunes confiés à l'ASE
Description		<p>Ce travail d'autonomisation du jeune est également rendu difficile par la faible offre d'accompagnement en hébergement diversifié ou semi-autonomie sur le territoire : seulement 10 places. Les jeunes accueillis sont maintenus en accueil familial ou en institution, ne facilitant pas la séparation à la majorité. On décompte ainsi à date d'élaboration du diagnostic du Schéma : 122 places autorisées en MECS et 16 places autorisées en LVA (soit 138 places en internat).</p> <p>Il convient donc de développer l'offre d'accompagnement en hébergement diversifié par la transformation partielle de l'offre de placement en internat. A ce titre, il est proposé de passer de 7% à 15%, l'offre de placement en hébergements diversifiés, soit de passer de 10 places à 20 places par de la transformation de l'offre actuelle.</p>
Coût annuel		0 €
Explication du coût		La transformation de l'offre de placement s'effectue à moyens constants
Calendrier		T2 2026 : engagement de la démarche avec l'ensemble des organismes gestionnaires disposant d'ESSMS autorisés. T1 2027 : lancement de la transformation de l'offre. T4 2027 : ouverture des 10 nouvelles places en hébergement diversifié
Acteur(s) mobilisé(s)		Le Conseil Départemental Les organismes gestionnaires
Indicateur(s) de réussite n°1		Ouverture de 10 nouvelles places en hébergement diversifié

Axe	3	REORIENTER LA POLITIQUE DE PROTECTION DE L'ENFANCE
Orientation	3	Préparer la sortie du dispositif de l'Aide Sociale à l'Enfance
Action	15	Poursuivre le soutien aux études longues par le versement de bourses
Objectif(s)	Soutenir l'autonomisation des jeunes confiés à l'ASE Accompagner après 21 ans	
Pilote(s) de l'action	Le Conseil Départemental - La Direction Enfance, Famille et Jeunesse	
Cible(s) de l'action	Les jeunes confiés Les anciens jeunes confiés	
Description	L'autonomisation des jeunes confiés à l'ASE est indispensable afin de favoriser une insertion sociale réussie. Le Département convient donc de renforcer ou de développer de nouvelles mesures : - 1) Le versement d'une aide pour les études longues pour les enfants protégés ou anciennement protégés. - 2) Le versement d'une bourse « sanitaire » pour les étudiants pendant leur formation en soins infirmiers.	
Coût annuel	50 000 €	
Explication du coût	Le coût de ces mesures est déjà intégré au plan de cohésion jeunesse. Le versement des aides pour les études longues est estimé à 25 000€ / an. Le versement de la bourse sanitaire est estimé à 25 000€ / an.	
Calendrier	T2 2026 : poursuite des mesures	
Acteur(s) mobilisé(s)	Le Conseil Départemental	
Indicateur(s) de réussite n°1	Nombre de jeunes ayant bénéficié de l'aide à la poursuite des études longues	
Indicateur(s) de réussite n°2	Nombre de jeunes ayant bénéficié de la bourse « sanitaire »	

Axe	3	REORIENTER LA POLITIQUE DE PROTECTION DE L'ENFANCE
Orientation	3	Préparer la sortie du dispositif de l'Aide Sociale à l'Enfance
Action	16	Intensifier le suivi par la Mission Locale des jeunes confiés à l'ASE ou sortants de l'ASE
Objectif(s)		Soutenir l'autonomisation des jeunes confiés à l'ASE Coordonner les actions en direction des jeunes
Pilote(s) de l'action		Le Conseil Départemental - Direction Générale Adjointe Enfance, Famille et Jeunesse
Cible(s) de l'action		La Mission Locale Les jeunes
Description		<p>Fin 2025, la convention entre le Département de la Guadeloupe et la Mission Locale a été renouvelée.</p> <p>Les derniers bilans transmis par la Mission Locale montrent des actions pertinentes mais des résultats dont l'impact peut être limité : seulement 35% des jeunes sortis ou suivis par l'ASE et accompagnés par la Mission Locale déclarent une insertion professionnelle réussie. Par ailleurs, 36% des demandes exprimées par les jeunes accompagnés sont satisfaites. Le rapport d'activité souligne des problèmes de logement non résolus et une partie importante des jeunes connus de l'ASE qui ne sont pas suivis par la Mission locale. Enfin, un manque de granularité dans les indicateurs d'impact est à souligner (qualité et maintien dans l'emploi).</p> <p>Il convient donc de prendre plusieurs mesures :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1) Poursuivre la gestion déléguée du FAJ social et économique pour un objectif annuel de 500 jeunes. - 2) Poursuivre la gestion déléguée de l'aide d'urgence vers l'autonomie avec un objectif annuel de 120 jeunes minimum. - 3) Poursuivre l'accompagnement social et professionnel d'au moins 400 jeunes de 16 à 25 ans non protégés dans le cadre de l'ASE annuellement, 1 100 bénéficiaires du RSA de 16 à 25 ans annuellement, 250 jeunes en suivi ou sortis de l'ASE et par la mise en place de 3 appartements relais.
Coût annuel		1 180 000 €
Explication du coût		Le FAF social et économique s'élève à 440 000€ / an. L'Aide d'Urgence Vers l'Autonomie s'élève à 330 000€ / an. L'accompagnement social et professionnel s'élève à 480 000€ / an.
Calendrier		T4 2026 / T1 2027 : bilan annuel T3 / T4 2028 : bilan global de la convention
Acteur(s) mobilisé(s)		Le Conseil Départemental La Mission Locale
Indicateur(s) de réussite n°1		FAJ social et économique : 500 jeunes accompagnés

Indicateur(s) de réussite n°2	Aide d'Urgence Vers l'Autonomie : 120 jeunes minimum
Indicateur(s) de réussite n°	Accompagnement social et professionnel : 400 jeunes non accompagnés par l'ASE et non bénéficiaires du RSA
Indicateur(s) de réussite n°4	Accompagnement social et professionnel : 1100 bénéficiaires du RSA
Indicateur(s) de réussite n°5	Accompagnement social et professionnel : 250 jeunes suivis ou sortants de l'ASE

Axe	3	REORIENTER LA POLITIQUE DE PROTECTION DE L'ENFANCE
Orientation	3	Préparer la sortie du dispositif de l'Aide Sociale à l'Enfance
Action	17	Accompagner la sortie de l'ASE par l'ouverture de places de droit commun : foyers jeunes travailleurs
Objectif(s)		Augmenter l'offre de places de droit commun pour les jeunes sortant de l'ASE Assurer le suivi et l'insertion durable des anciens jeunes confiés
Pilote(s) de l'action		La Direction de l'Economie, de l'Emploi, du Travail et des Solidarités
Cible(s) de l'action		Les jeunes sortant de l'ASE Les foyers jeunes travailleurs Le Conseil Départemental
Description		Les jeunes sortant de l'ASE rencontrent des difficultés d'insertion sociale et professionnelle. L'offre actuelle de foyers jeunes travailleurs est inexistante. Une meilleure articulation avec les dispositifs d'insertion est nécessaire pour sécuriser les parcours des jeunes. - Ouvrir une centaine de places en foyers jeunes travailleurs. - Mettre en place un suivi individualisé de chaque jeune pour favoriser la réussite de la sortie de l'ASE. - Développer des partenariats supplémentaires avec des structures d'insertion, de formation et d'emploi.
Coût annuel		300 000 €
Explication du coût		L'action vise l'ouverture d'environ 100 places en foyers jeunes travailleurs (FJT) afin de proposer une solution de logement de droit commun aux jeunes sortant de l'ASE. Le coût de l'investissement est estimé à 300 000€. Il n'est pas à la charge du Conseil Départemental.
Calendrier		2026/2027 : ouverture des premières places de FJT
Acteur(s) mobilisé(s)		La Direction de l'Economie, de l'Emploi, du Travail et des Solidarités Le Conseil Départemental Les Foyers Jeunes Travailleurs
Indicateur(s) de réussite n°1		100 places de FJT créées

3.4. AXE 4 – Conduire une démarche soutenue de pilotage des interventions du Département en direction des enfants, des familles et de la jeunesse

3.4.1. Orientation 1 – Décliner le Schéma dans l'organisation et le fonctionnement de la DGA EFJ

Axe	4	CONDUIRE UNE DEMARCHE SOUTENUE DE PILOTAGE DES INTERVENTIONS DU DEPARTEMENT EN DIRECTION DES ENFANTS, DES FAMILLES ET DE LA JEUNESSE
Orientation	1	Décliner le Schéma dans l'organisation et le fonctionnement de la DGA EFJ
Action	1	Revoir l'organisation de la Direction Enfance Famille Jeunesse
Objectif(s)		Favoriser la mise en œuvre du Schéma Donner du sens à l'organisation
Pilote(s) de l'action		Le Conseil Départemental - Direction Générale Adjointe Enfance, Famille et Jeunesse
Cible(s) de l'action		La DGA Enfance Famille Jeunesse
Description		<p>En 2024, une réflexion est menée afin de questionner l'organisation du Conseil Départemental. Elle aboutit au lancement d'un important chantier de réorganisation. A ce titre, la Direction de l'Enfance et des Familles (DEFJJ) est transformée en Direction Générale Adjointe Enfance Famille Jeunesse (DGA EFJ).</p> <p>Plusieurs modifications sont actées dans son périmètre d'intervention :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1) Mise en place d'une Direction de la Protection Maternelle et Infantile et d'une Direction Prévention et Protection de l'Enfance - 2) Harmonisation de l'aide à la parentalité et de l'accompagnement à l'insertion des jeunes confiés - 3) Mise en cohérence des circonscriptions d'intervention de la PMI avec celles des EPCI - 4) Suppression des groupements ASE pour former un service ASE unifié
Coût annuel		<i>Non quantifiable</i>
Explication du coût		Le coût de la transformation est non quantifiable. Il a été pensé et mis en œuvre en interne au Conseil Départemental.
Calendrier		T4 2026 : réorganisation terminée
Acteur(s) mobilisé(s)		Le Conseil Départemental

Indicateur(s) de réussite n°1	Mise en place effective d'une Direction de la Protection Maternelle et Infantile et d'une Direction Prévention et Protection de l'Enfance
Indicateur(s) de réussite n°2	Harmonisation de l'aide à la parentalité et de l'accompagnement à l'insertion des jeunes confiés
Indicateur(s) de réussite n°3	Mise en cohérence des circonscriptions d'intervention de la PMI avec celles des EPCI
Indicateur(s) de réussite n°4	Suppression des groupements ASE pour former un service ASE unifié

Axe	4	CONDUIRE UNE DEMARCHE SOUTENUE DE PILOTAGE DES INTERVENTIONS DU DEPARTEMENT EN DIRECTION DES ENFANTS, DES FAMILLES ET DE LA JEUNESSE
Orientation	1	Décliner le Schéma dans l'organisation et le fonctionnement de la DGA EFJ
Action	2	Actualiser le règlement départemental de l'aide sociale afin de disposer d'un cadre de référence en matière de prévention et de protection
Objectif(s)		Clarifier le cadre d'intervention départemental en matière de prévention et de protection Renforcer l'équité de traitement des usagers
Pilote(s) de l'action		Le Conseil Départemental - Direction Générale Adjointe Enfance, Famille et Jeunesse
Cible(s) de l'action		Les usagers : enfants, jeunes et familles Les agents du Conseil Départemental Les partenaires
Description		<p>En tant que chef de file des politiques d'aide et d'action sociales, le Conseil départemental est le garant des solidarités sociales et médico-sociales. Il met en œuvre des politiques destinées à accompagner les personnes âgées, les personnes en situation de handicap, les enfants et les familles en situation de vulnérabilité. Prévu par les articles L. 3 214-1 du CGCT et L.121-3 du CASF, le Conseil Départemental doit adopter le Règlement Départemental d'Aide Sociale (RDAS) définissant les règles selon lesquelles sont accordées les prestations d'aide sociale relevant du département. Le RDAS constitue un acte réglementaire qui sert de fondement aux décisions administratives. Il est opposable aux usagers et à l'autorité départementale.</p> <p>Il convient donc d'actualiser le RDAS afin de disposer d'un cadre de référence en matière de prévention et de protection.</p> <p>Plusieurs étapes de réalisation :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Co-construction du RDAS - Rédaction du RDAS - Vote en Assemblée départementale du RDAS
Coût annuel		<i>Mineur</i>
Explication du coût		Dans le cadre du travail des agents du Département : coût mineur
Calendrier		T2 2026 : lancement des travaux T4 2027 : vote du RDAS
Acteur(s) mobilisé(s)		Le Conseil Départemental - Direction Générale Adjointe de l'Enfance, des Familles, et de la Jeunesse Le Conseil Départemental - Direction de l'Insertion
Indicateur(s) de réussite n°1		Un RDAS actualisé

Axe	4	CONDUIRE UNE DEMARCHE SOUTENUE DE PILOTAGE DES INTERVENTIONS DU DEPARTEMENT EN DIRECTION DES ENFANTS, DES FAMILLES ET DE LA JEUNESSE
Orientation	1	Décliner le Schéma dans l'organisation et le fonctionnement de la DGA EFJ
Action	3	Elaborer un projet pour chacun des services de la DGA EFJ afin de favoriser la mise en place du Schéma Départemental
Objectif(s)		Assurer une mise en œuvre cohérente, lisible et opérationnelle du Schéma Départemental
Pilote(s) de l'action		Le Conseil Départemental - Direction Générale Adjointe Enfance Familles et Jeunesse
Cible(s) de l'action		Les services de la Direction Générale Adjointe Enfance Famille et Jeunesse
Description		<p>Dans le cadre de la mise en oeuvre du Schéma Départemental, la DGA EFJ doit structurer, coordonner et suivre l'ensemble des actions relevant de ses différents services.</p> <p>Il convient donc d'élaborer un projet pour chacun des services de la DGA EFJ afin de favoriser la mise en place du Schéma Départemental. Pour cela, il faut définir une trame de projet de service commune. Elle inclut : une présentation du service, une présentation des missions, une présentation de l'organisation ainsi que la reprise des fiches actions du Schéma qui concernent le service. Des explications viennent justifier la mise en place des actions du Schéma.</p>
Coût annuel		<i>Mineur</i>
Explication du coût		Dans le cadre du travail des agents du Département : coût mineur
Calendrier		T1 2027 : élaboration de la trame de projet de service T2 2027 : lancement de la rédaction de chaque projet de service T4 2027 : projet de service finalisé
Acteur(s) mobilisé(s)		Le Conseil Départemental - La Direction Générale Adjointe Enfance Famille et Jeunesse
Indicateur(s) de réussite n°1		Trame de projet de service commune élaborée
Indicateur(s) de réussite n°2		L'ensemble des projets de service de la DGA sont finalisés

Axe	4	CONDUIRE UNE DEMARCHE SOUTENUE DE PILOTAGE DES INTERVENTIONS DU DEPARTEMENT EN DIRECTION DES ENFANTS, DES FAMILLES ET DE LA JEUNESSE
Orientation	1	Décliner le Schéma dans l'organisation et le fonctionnement de la DGA EFJ
Action	4	Généraliser la rédaction de rapports d'activité et la tenue de tableaux de bord partagés par les services de la DGA EFJ
Objectif(s)		Structurer la production de rapports d'activité annuels pour tous les services de la DGA EFJ Tenir des tableaux de bord partagés
Pilote(s) de l'action		Le Conseil Départemental - Direction Générale Adjointe Enfance Famille et Jeunesse
Cible(s) de l'action		Les services de la DGA EFJ
Description		Afin de suivre la mise en œuvre du Schéma par chacun des services de la DGA EFJ dotés d'un projet de service, il convient de mettre en œuvre un rapport d'activité annuel. Pour cela, il est proposé d'élaborer une trame commune de rapport d'activité, d'y inscrire les fiches actions qui concernent le service et d'effectuer le suivi de la mise en œuvre de ces fiches actions. Un reporting des indicateurs d'activité est effectué au sein d'un outil de saisie et de communication dématérialisé.
Coût annuel		<i>Mineur</i>
Explication du coût		Dans le cadre du travail des agents du Département : coût mineur
Calendrier		T2 2026 : lancement de la saisie des indicateurs d'activité dans l'outil de saisie et de communication dématérialisé T1 2027 : élaboration d'un cadre commun avec une trame départementale pour les rapports d'activité T1 2027 : production annuelle des rapports d'activité
Acteur(s) mobilisé(s)		Le Conseil Départemental
Indicateur(s) de réussite n°1		Elaboration d'une trame de rapport d'activité commune
Indicateur(s) de réussite n°2		100% des services de la DGA EFJ réalisent un rapport d'activité annuellement

3.4.2. Orientation 2 – Poursuivre la structuration de la protection maternelle et infantile

Axe	4	CONDUIRE UNE DEMARCHE SOUTENUE DE PILOTAGE DES INTERVENTIONS DU DEPARTEMENT EN DIRECTION DES ENFANTS, DES FAMILLES ET DE LA JEUNESSE
Orientation	2	Poursuivre la structuration de la protection maternelle et infantile
Action	5	Fusionner le SACM et le SAFM en un seul « Service d'Accueil Individuel et Collectif » (SAIC) pour une gestion plus efficiente
Objectif(s)		Favoriser la mise en œuvre du Schéma Donner du sens à l'organisation
Pilote(s) de l'action		Le Conseil Départemental - Direction de la Protection Maternelle et Infantile
Cible(s) de l'action		La Direction de la Protection Maternelle et Infantile
Description		Dans le cadre de la réorganisation menée au sein de la DGA EFJ, il est convenu de fusionner deux services : - 1) Le Service d'Accueil Collectif de Mineurs (SACM) - 2) Le Service des Agréments Familiaux et Maternels (SAFM) Ces deux services seront réunis au sein du Service d'Accueil Individuel et Collectif (SAIC).
Coût annuel		<i>Mineur</i>
Explication du coût		Le coût est jugé mineur comparativement à l'efficacité renforcée liée à la mise en œuvre de l'action
Calendrier		T4 2026 : réorganisation terminée
Acteur(s) mobilisé(s)		Le Conseil Départemental
Indicateur(s) de réussite n°1		Une organisation claire et formalisée au sein d'un organigramme partagé

Axe	4	CONDUIRE UNE DEMARCHE SOUTENUE DE PILOTAGE DES INTERVENTIONS DU DEPARTEMENT EN DIRECTION DES ENFANTS, DES FAMILLES ET DE LA JEUNESSE
Orientation	2	Poursuivre la structuration de la protection maternelle et infantile
Action	6	Renforcer la liaison entre la PMI, le CHU, les établissements de santé et la Maison des Femmes afin d'assurer la continuité de suivi au sein des ETPMI
Objectif(s)		Favoriser la mise en œuvre du Schéma Donner du sens à l'organisation
Pilote(s) de l'action		Le Conseil Départemental - Direction de la Protection Maternelle et Infantile
Cible(s) de l'action		La Direction de la Protection Maternelle et Infantile
Description		<p>En Guadeloupe, la coordination entre la PMI, le CHU et les autres établissements de santé demeure hétérogène. Les transmissions d'informations reposent encore largement sur des pratiques individuelles, ce qui génère des ruptures dans le suivi des femmes enceintes, des nouveau-nés et des jeunes enfants. Les ETPMI sont mobilisés mais manquent parfois d'informations consolidées pour assurer un accompagnement précoce et continu.</p> <p>Il convient ainsi de structurer les échanges entre la PMI, le CHU et les établissements de santé afin de garantir une continuité de suivi au sein des ETPMI. Cela passe par :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1) La mise en place de circuits d'informations formalisés au sein d'un protocole partagé entre les acteurs - 2) La généralisation de réunions de liaison entre partenaires - 3) L'actualisation des conventions entre la PMI et le CHU concernant la mise à disposition de personnels et les examens biologiques - 4) La poursuite de l'accompagnement proposé par la Maison des Femmes (accueil des femmes victimes de violences, lien avec l'UMJ)
Coût annuel		<i>Mineur</i>
Explication du coût		<p>Le coût de cette action repose principalement sur la poursuite des missions de la Maison des Femmes, notamment l'accueil et l'accompagnement des femmes victimes de violences, en lien avec les services hospitaliers et l'UMJ.</p> <p>L'actualisation des conventions entre le CHU et la PMI (mise à disposition de personnels, organisation des examens biologiques et coordination des suivis) génère des coûts limités, essentiellement liés à la coordination et aux réunions de travail entre partenaires dispose d'un coût mineur.</p>

	Les autres actions (formalisation des circuits d'information et organisation des réunions de liaison) s'intègrent dans les missions courantes des services de la PMI.
Calendrier	T2 2026 : actualisation des conventions CHU / PMI T2 2026 : poursuite des missions de la maison des femmes T1 2027 : lancement des travaux visant à formaliser les circuits d'informations au sein d'un protocole partagé T2 2027 : généralisation des réunions de liaisons entre partenaires T4 2027 : protocole des circuits d'informations partagés
Acteur(s) mobilisé(s)	Le Conseil Départemental
Indicateur(s) de réussite n°1	Un protocole de liaison élaboré et partagé entre les partenaires (PMI, CHU, ES)
Indicateur(s) de réussite n°2	Une réunion de liaison annuelle systématique entre la PMI et chaque partenaire
Indicateur(s) de réussite n°3	Des conventions actualisées entre la PMI et le CHU concernant la mise à disposition de personnels et les examens biologiques
Indicateur(s) de réussite n°4	La poursuite des missions de la Maison des Femmes

Axe	4	CONDUIRE UNE DEMARCHE SOUTENUE DE PILOTAGE DES INTERVENTIONS DU DEPARTEMENT EN DIRECTION DES ENFANTS, DES FAMILLES ET DE LA JEUNESSE
Orientation	2	Poursuivre la structuration de la protection maternelle et infantile
Action	7	Déployer le Logiciel Horus pour la PMI
Objectif(s)		Acquérir les licences HORUS pour l'ensemble du service PMI Former les professionnels (médecins, sages-femmes, infirmiers, psychologues, puéricultrices, secrétaires PMI) Améliorer la qualité des données pour le pilotage départemental
Pilote(s) de l'action		Le Conseil Départemental - Direction de la Protection Maternelle et Infantile
Cible(s) de l'action		La Protection Maternelle et Infantile
Description		<p>Actuellement, la PMI ne dispose d'aucun logiciel métier, ce qui limite la traçabilité, la coordination des interventions et la sécurisation des données (suivis de grossesse, bilans de santé, vaccinations, prévention). Le déploiement du logiciel HORUS permettra de moderniser l'organisation, d'améliorer la qualité de service et de répondre aux exigences réglementaires notamment en matière de sécurité des données.</p> <p>Le projet comprend l'achat des licences et le paramétrage du logiciel, son installation sur les postes de travail ainsi que la création des comptes utilisateurs. Les professionnels seront formés en plusieurs sessions pour garantir une appropriation progressive des outils et des modules spécialisés.</p> <p>Un dispositif d'appui sera mis en place avec des référents HORUS et un suivi de la qualité des données, accompagné d'une intégration progressive des dossiers et informations historiques afin d'assurer la continuité et la fiabilité du pilotage.</p>
Coût annuel		20 000 €
Explication du coût		Coût des licences du logiciel, formation initiale et maintenance annuelle standard, la structure informatique existante peut prendre en charge l'essentiel du déploiement
Calendrier		T2 2026 : acquisition des licences, paramétrage T3 2026 : installation sur sites et ouverture des comptes utilisateurs T3 / T4 2026 : sessions de formation en groupes T1 2027 : utilisation généralisée
Acteur(s) mobilisé(s)		Le Conseil Départemental - La Direction Générale Adjointe Enfance, Famille et Jeunesse Le Conseil Départemental - La Direction des Systèmes d'Information
Indicateur(s) de réussite n°1		Logiciel HORUS effectivement mis en place
Indicateur(s) de réussite n°2		100% des agents de la PMI formés à HORUS

Axe	4	CONDUIRE UNE DEMARCHE SOUTENUE DE PILOTAGE DES INTERVENTIONS DU DEPARTEMENT EN DIRECTION DES ENFANTS, DES FAMILLES ET DE LA JEUNESSE
Orientation	2	Poursuivre la structuration de la protection maternelle et infantile
Action	8	Engager une démarche de dématérialisation des avis de naissance et des déclarations de grossesse pour le service périnatalité
Objectif(s)		Favoriser la mise en œuvre du Schéma Numériser l'action publique Gagner en efficience
Pilote(s) de l'action		Le Conseil Départemental - Direction de la Protection Maternelle et Infantile
Cible(s) de l'action		Direction de la Protection Maternelle et Infantile
Description		Les maternités transmettent les avis de naissance par courrier à la Direction de la PMI. Par ailleurs, les déclarations de grossesses sont insuffisantes et proviennent de différents canaux pas forcément sécurisés. Dès lors, en fin d'année 2025, le Conseil Départemental a fait l'acquisition d'un logiciel de déclaration en ligne. Il convient donc de moderniser les modalités de transmission. Pour cela, il est nécessaire de déployer le logiciel numérique et de former les agents.
Coût annuel		40 000 €
Explication du coût		Le coût du logiciel est estimé à 40 000€ / an.
Calendrier		T2 2026 : déploiement du logiciel T2 2027 : 100% des agents concernés sont formés
Acteur(s) mobilisé(s)		Le Conseil Départemental Les maternités Les professionnels de santé
Indicateur(s) de réussite n°1		Déploiement du logiciel
Indicateur(s) de réussite n°2		100% des agents concernés sont formés

Axe	4	CONDUIRE UNE DEMARCHE SOUTENUE DE PILOTAGE DES INTERVENTIONS DU DEPARTEMENT EN DIRECTION DES ENFANTS, DES FAMILLES ET DE LA JEUNESSE
Orientation	2	Poursuivre la structuration de la protection maternelle et infantile
Action	9	Déployer un nouveau logiciel pour la gestion des commandes et des stocks au sein de la pharmacie départementale
Objectif(s)		Favoriser la mise en œuvre du Schéma Donner du sens à l'organisation
Pilote(s) de l'action		Le Conseil Départemental - Direction de la Protection Maternelle et Infantile
Cible(s) de l'action		Direction de la Protection Maternelle et Infantile
Description		<p>La pharmacie départementale s'appuie aujourd'hui sur des outils de gestion qui, bien qu'opérationnels, montrent certaines limites face à l'évolution des besoins logistiques et aux volumes d'activités. Les processus actuels nécessitent parfois des manipulations supplémentaires pour consolider les données ou suivre précisément les mouvements de stocks.</p> <p>Il convient donc de déployer un nouveau logiciel pour la gestion des commandes et des stocks. Pour cela, un nouveau cahier des charges doit être élaboré et publié. Une fois la solution informatique retenue, celle-ci doit être déployée.</p>
Coût annuel		30 000 €
Explication du coût		A date de rédaction du Schéma, le logiciel est estimé à 30 000€ / an.
Calendrier		Horizon 2028 : acquisition du logiciel
Acteur(s) mobilisé(s)		Le Conseil Départemental
Indicateur(s) de réussite n°1		Rédaction et publication du cahier des charges
Indicateur(s) de réussite n°2		Sélection et déploiement de la solution informatique retenue

3.4.3. Orientation 3 – Perfectionner le traitement des informations préoccupantes

Axe	4	CONDUIRE UNE DEMARCHE SOUTENUE DE PILOTAGE DES INTERVENTIONS DU DEPARTEMENT EN DIRECTION DES ENFANTS, DES FAMILLES ET DE LA JEUNESSE
Orientation	3	Perfectionner le traitement des informations préoccupantes
Action	10	Opérer une transition du SSEPED vers la CRIP en déployant une nouvelle organisation et des outils efficaces
Objectif(s)		Favoriser la mise en œuvre du Schéma Sécuriser le traitement des informations préoccupantes
Pilote(s) de l'action		Le Conseil Départemental - Direction Prévention et Protection de l'Enfance
Cible(s) de l'action		Le SSEPED / la CRIP
Description		Le Département dispose d'un Service du Signalement de l'Ecoute et de la Prévention de l'Enfance en Danger en lieu et place d'une Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes. En conséquence, l'organisation du SSEPED doit être revue afin de correspondre à celle d'une CRIP. Le recueil, la contextualisation puis la qualification de l'information entrante doit pouvoir être faite de manière efficace. Par ailleurs, les outils doivent être perfectionnés afin de disposer de données précises sur le sujet. A ce titre, IODAS doit être déployé.
Coût annuel		Mineur
Explication du coût		La réorganisation du SSEPED entre dans le cadre de la réorganisation générale du Conseil Départemental
Calendrier		T2 2026 : poursuite du déploiement de IODAS T4 2026 : installation formelle de la CRIP 971
Acteur(s) mobilisé(s)		Le Conseil Départemental
Indicateur(s) de réussite n°1		Revoir l'organisation du SSEPED en CRIP
Indicateur(s) de réussite n°2		Déployer IODAS pour le recueil des informations préoccupantes

Axe	4	CONDUIRE UNE DEMARCHE SOUTENUE DE PILOTAGE DES INTERVENTIONS DU DEPARTEMENT EN DIRECTION DES ENFANTS, DES FAMILLES ET DE LA JEUNESSE
Orientation	3	Perfectionner le traitement des informations préoccupantes
Action	11	Décliner une évaluation des informations préoccupantes conforme aux exigences réglementaires
Objectif(s)		Favoriser la mise en œuvre du Schéma Sécuriser le traitement des informations préoccupantes
Pilote(s) de l'action		Le Conseil Départemental - Direction Prévention et Protection de l'Enfance
Cible(s) de l'action		Le SSEPED / la CRIP
Description		<p>La Haute Autorité de Santé a décliné en 2021 un nouveau référentiel d'évaluation du danger ou du risque de danger. Ce référentiel induit un certain nombre d'évolutions sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1) La gouvernance - 2) Le fonctionnement - 3) Les pratiques professionnelles <p>En 2024, 30 agents du Conseil départemental ont été formés au nouveau référentiel HAS par le CREA I AURA.</p> <p>Le référentiel doit être décliné au sein du Conseil départemental au travers d'une nouvelle analyse de premier niveau au sein de la CRIP et d'une nouvelle trame de rapport d'évaluation du danger ou du risque de danger.</p>
Coût		30 000 €
Explication du coût		Le coût de la formation s'est élevé à 30 000€
Calendrier		T4 2026 : déploiement du référentiel HAS
Acteur(s) mobilisé(s)		Le Conseil Départemental
Indicateur(s) de réussite n°1		Nouvelle trame d'analyse de premier niveau au sein de la CRIP
Indicateur(s) de réussite n°2		Nouvelle trame de rapport d'évaluation du danger ou du risque de danger

Axe	4	CONDUIRE UNE DEMARCHE SOUTENUE DE PILOTAGE DES INTERVENTIONS DU DEPARTEMENT EN DIRECTION DES ENFANTS, DES FAMILLES ET DE LA JEUNESSE
Orientation	3	Perfectionner le traitement des informations préoccupantes
Action	12	Mettre en place des unités territorialisées dédiées à l'évaluation des informations préoccupantes
Objectif(s)		Favoriser la mise en œuvre du Schéma Sécuriser le traitement des informations préoccupantes
Pilote(s) de l'action		Le Conseil Départemental - Direction Prévention et Protection de l'Enfance
Cible(s) de l'action		Le SSEPED / la CRIP
Description		A la date de rédaction du diagnostic du Schéma, l'évaluation des situations de danger ou de risque de danger est effectuée par une grande diversité de professionnels relevant de la polyvalence du secteur, de la PMI et de la protection de l'enfance. Il est ainsi convenu de déployer des unités territorialisées spécifiquement dédiées à l'évaluation du danger ou du risque de danger. Ce service se composera de 30 professionnels répartis sur l'ensemble de l'Archipel. Il s'agira d'un redéploiement de moyens.
Coût annuel		0 €
Explication du coût		Le redéploiement de moyens représente un coût nul
Calendrier		Horizon 2027 : mise en place du service d'évaluation des informations préoccupantes
Acteur(s) mobilisé(s)		Le Conseil Départemental
Indicateur(s) de réussite n°1		Mise en place du service d'évaluation des informations préoccupantes

3.4.4. Orientation 4 – Améliorer l'accompagnement des assistants familiaux ainsi que le suivi des ESSMS de protection de l'enfance

Axe	4	CONDUIRE UNE DEMARCHE SOUTENUE DE PILOTAGE DES INTERVENTIONS DU DEPARTEMENT EN DIRECTION DES ENFANTS, DES FAMILLES ET DE LA JEUNESSE
Orientation	4	Améliorer l'accompagnement des assistants familiaux ainsi que le suivi des ESSMS de protection de l'enfance
Action	13	Améliorer le suivi des agréments des assistants maternels et des assistants familiaux
Objectif(s)		Favoriser la mise en œuvre du Schéma Sécuriser le traitement des informations préoccupantes
Pilote(s) de l'action		Le Conseil Départemental - Direction de la Protection Maternelle et Infantile
Cible(s) de l'action		Le Conseil Départemental
Description		<p>En 2022, 535 assistants maternels étaient en activité (SDSF 24). Or, si le nombre d'assistants maternels a augmenté entre 2021 et 2022, le vieillissement de ces professionnels s'est également accentué au cours du temps. Ainsi, 60% de ces professionnels ont plus de 50 ans et 15% ont plus de 60 ans.</p> <p>Selon la DREES, en 2021, neuf assistants familiaux sur dix étaient des femmes. La moitié d'entre elles avait plus de 55 ans et un quart avait plus de 60 ans. Ainsi, sans renouvellement de la profession, c'est presque 40% de l'offre d'accueil national qui risque de disparaître d'ici 2030.</p> <p>Aussi, pour faire face à cet enjeu incontournable, le Département a élaboré un guide relatif à la procédure de l'agrément et mis en place « une task force » pour accélérer l'étude des dossiers de demande et de renouvellement d'agrément.</p> <p>Il convient toutefois de poursuivre l'amélioration du suivi des agréments des assistants maternels et des assistants familiaux avec plusieurs mesures :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1) Le maintien de la task force jusqu'à l'épuisement du stock d'agréments à traiter - 2) La diffusion régulière du guide relatif à la procédure d'agrément - 3) Le déploiement d'une ingénierie spécifique permettant le renouvellement à temps des agréments : procédure et outil partagé
Coût annuel		100 000 €
Explication du coût		Le maintien de la task force représente un coût de 100 000€ / an.
Calendrier		T4 2026 : épuisement du stock T1 2027 : élaboration du guide

Acteur(s) mobilisé(s)	Le Conseil départemental
Indicateur(s) de réussite n°1	Epuisement du stock d'agrément à traiter
Indicateur(s) de réussite n°2	Elaboration et diffusion du guide relatif à la procédure d'agrément
Indicateur(s) de réussite n°3	Déploiement de l'ingénierie spécifique permettant le renouvellement à temps des agréments : procédure et outil partagé

3.4.5. Orientation 4 – Améliorer l'accompagnement des assistants familiaux ainsi que le suivi des ESSMS de protection de l'enfance

Axe	4	CONDUIRE UNE DEMARCHE SOUTENUE DE PILOTAGE DES INTERVENTIONS DU DEPARTEMENT EN DIRECTION DES ENFANTS, DES FAMILLES ET DE LA JEUNESSE
Orientation	4	Améliorer l'accompagnement des assistants familiaux ainsi que le suivi des ESSMS de protection de l'enfance
Action	14	Perfectionner la formation des assistants familiaux notamment sur les besoins spécifiques
Objectif(s)		Actualiser et diversifier les contenus des formations des assistants familiaux Développer des modules de formation spécifiques
Pilote(s) de l'action		Le Conseil Départemental - Direction de la Prévention et de la Protection de l'Enfance
Cible(s) de l'action		Les assistants familiaux
Description		L'accès des agents à des actions de formation professionnelle est assuré à l'initiative de l'employeur, le cas échéant, dans le cadre d'un plan de développement des compétences. Le plan de développement des compétences recense l'ensemble des actions de formation mises en place par l'employeur pour ses salariés, dont certaines sont obligatoires. En complément de la formation initiale, il convient donc de proposer un plan de développement des compétences proposant des formations ciblées sur des thématiques spécifiques telles que le handicap, la prostitution ou encore les écrits professionnels, afin de renforcer la professionnalisation des assistants familiaux. Réalisation de l'action selon les étapes suivantes : - identification des besoins en compétences des assistants familiaux - construction ou actualisation du parcours de formation intégrant les besoins spécifiques des assistant familiaux - organisation des sessions de formation ou séminaires thématiques
Coût annuel		30 000 €
Explication du coût		L'enveloppe annuelle dédiée à la formation continue des assistants familiaux s'élève à 30 000€.
Calendrier		T2 2026 : diagnostic des besoins en termes de formation T3 2026 : construction du nouveau parcours de formation T4 2026 : Déploiement des formations
Acteur(s) mobilisé(s)		Le Conseil Départemental (DGA EFJ) Les Organismes de formation
Indicateur(s) de réussite n°1		Mise en place d'un plan de développement des compétences
Indicateur(s) de réussite n°2		Mise en place de formations sur des thématiques spécifiques

Axe	4	CONDUIRE UNE DEMARCHE SOUTENUE DE PILOTAGE DES INTERVENTIONS DU DEPARTEMENT EN DIRECTION DES ENFANTS, DES FAMILLES ET DE LA JEUNESSE
Orientation	4	Améliorer l'accompagnement des assistants familiaux ainsi que le suivi des ESSMS de protection de l'enfance
Action	15	Elaborer un plan de contrôle pluriannuel des ESSMS de protection de l'enfance en concertation avec les autres autorités de tutelle
Objectif(s)		Réaliser des contrôles pluriannuels des ESSMS de protection de l'enfance Planifier chaque année un nombre défini d'établissements à contrôler Organiser la concertation avec les autres autorités de tutelle
Pilote(s) de l'action		Le Conseil Départemental L'Agence Régionale de Santé La Direction de l'Economie, de l'Emploi, du Travail et des Solidarités (DEETS) La Direction Territoriale de la Protection Judiciaire de la Jeunesse (DTPJJ) Les juges des enfants
Cible(s) de l'action		Les établissements ou services sociaux ou médico-sociaux de protection de l'enfance
Description		<p>Le CASF consacre le rôle du Conseil Départemental dans le contrôle de l'activité des ESSMS. Les agents habilités par le Président du Conseil Départemental ont compétence pour contrôler le respect, par les bénéficiaires et les institutions intéressées, des règles applicables à l'accompagnement des mineurs et majeurs sous mesure de protection. Ces mêmes agents exercent un pouvoir de contrôle technique sur les institutions qui relèvent d'une autorisation délivrée par le président du Conseil Départemental. Ces contrôles ont pour but de vérifier le respect du cadre juridique entourant l'accueil des enfants : aspects bâtementaire, éducatif, qualité, RH, organisationnel, financier, etc. En cas de non-respect de la réglementation en la matière, le gestionnaire s'expose à des injonctions visant à mettre fin au manquement. Ces contrôles sont également l'occasion de formuler des recommandations dans l'accompagnement à déployer pour engager une démarche d'amélioration continue de la qualité.</p> <p>Un plan annuel départemental d'inspection et de contrôle des établissements ou services sociaux ou médico-sociaux de protection de l'enfance a déjà été établi. Afin de favoriser les synergies locales, il est convenu d'établir un plan de contrôle pluriannuel qui soit partagé avec les partenaires (ARS, DEETS, DTPJJ, Juge des enfants).</p> <p>Les étapes de réalisation sont les suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Répertorier l'ensemble des établissements existants concernés par le plan de contrôle - Identifier les établissements prioritaires en termes de sécurité/maintien de la qualité d'accueil - Formaliser le plan de contrôle pluriannuel
Coût annuel		12 000€

Explication du coût	Dans le cadre des missions du Conseil Départemental, un ETP a été recruté pour un coût d'environ 40 000€ / an. Ses missions se répartissent entre le contrôle des ESSMS pour personnes âgées, pour personnes en situation de handicap et de protection de l'enfance. Cela représente un coût d'environ 12 000€ / an pour la Direction de la Prévention et de la Protection de l'Enfance
Calendrier	T2 2026 : identifier l'ensemble des établissements T3 2026 : travailler un plan de contrôle et ses modalités de réalisation T4 2026 : formaliser le plan de contrôle
Acteur(s) mobilisé(s)	Le Conseil Départemental L'Agence Régionale de Santé La Direction de l'Economie, de l'Emploi, du Travail et des Solidarités (DEETS) La Direction Territoriale de la Protection Judiciaire de la Jeunesse (DTPJJ) Les juges des enfants
Indicateur(s) de réussite n°1	Identification des établissements
Indicateur(s) de réussite n°2	Mise en place d'un groupe de travail conjoint
Indicateur(s) de réussite n°3	Plan de contrôle pluriannuel formalisé

Axe	4	CONDUIRE UNE DEMARCHE SOUTENUE DE PILOTAGE DES INTERVENTIONS DU DEPARTEMENT EN DIRECTION DES ENFANTS, DES FAMILLES ET DE LA JEUNESSE
Orientation	4	Améliorer l'accompagnement des assistants familiaux ainsi que le suivi des ESSMS de protection de l'enfance
Action	16	Enclencher une démarche CPOM pour les ESSMS de protection de l'enfance
Objectif(s)		Structurer une contractualisation pluriannuelle avec les ESSMS de la protection de l'enfance Clarifier les attentes du Conseil Départemental en termes de qualité, de performance, de gestion et de prévention des ruptures de parcours Harmoniser les pratiques de pilotage et de gestion entre les structures Optimiser l'utilisation des financements publics
Pilote(s) de l'action		Le Conseil Départemental
Cible(s) de l'action		Les établissements et services de protection de l'enfance
Description		<p>Le suivi des ESSMS de protection de l'enfance présente aujourd'hui des limites : hétérogénéité des pratiques, difficultés de lisibilité des coûts et activités, obligation d'assurer la qualité de l'accompagnement, etc. Par ailleurs, les évolutions réglementaires et les attentes institutionnelles (évaluations, traçabilité, sécurisation des parcours) renforcent la nécessité d'un cadre contractuel clair entre le Département et les gestionnaires.</p> <p>Cette action vise à engager une démarche structurée de CPOM avec les ESSMS de la protection de l'enfance. Elle s'appuie sur un diagnostic partagé et prévoit :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La construction d'une trame départementale de CPOM, intégrant les priorités : prévention des ruptures, délais d'admission, qualité du projet personnalisé, continuité éducative, missions renforcées d'accompagnement. - L'identification des gestionnaires prioritaires (capacité importante, enjeux de qualité, poids financier). - La mise en œuvre d'un dialogue de gestion annuel fondé sur la remontée d'indicateurs partagés. - Une articulation renforcée entre contractualisation, évaluations, inspections et contrôles, permettant d'ajuster les objectifs ou les moyens si nécessaire. <p>La démarche répond au double enjeu de pilotage stratégique et de sécurisation de l'accompagnement des enfants confiés.</p>
Coût annuel		<i>Non quantifiable</i>
Explication du coût		A date de rédaction du Schéma, il n'est pas possible de quantifier le coût exact de la démarche puisqu'il dépend du nombre d'ESSMS à contractualiser
Calendrier		Horizon 2028 : contractualisation des CPOM
Acteur(s) mobilisé(s)		Le Conseil Départemental - La Direction Générale Adjointe Enfance, Famille, Jeunesse

Indicateur(s) de réussite n°1	100% des ESSMS de protection de l'enfance couverts par un CPOM
Indicateur(s) de réussite n°2	Nombre de dialogues de gestion tenus annuellement

3.4.6. Orientation 5 – Etayer les missions de l'ODPE

Axe	4	CONDUIRE UNE DEMARCHE SOUTENUE DE PILOTAGE DES INTERVENTIONS DU DEPARTEMENT EN DIRECTION DES ENFANTS, DES FAMILLES ET DE LA JEUNESSE
Orientation	5	Etayer les missions de l'ODPE
Action	17	Etayer les missions de l'ODPE
Objectif(s)	Favoriser la mise en œuvre du Schéma Renforcer la collecte et l'analyse des données	
Pilote(s) de l'action	Le Conseil Départemental	
Cible(s) de l'action	L'Observatoire Départemental de la Protection de l'Enfance	
Description	<p>En application du CASF, l'ODPE dispose d'un rôle crucial de pilotage de la donnée et d'accompagnement du Conseil Départemental dans la définition de ses politiques publiques. Il est constaté que ses missions ne sont pas suffisamment mises en œuvre.</p> <p>Plusieurs mesures sont donc prises :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1) Renforcer le recueil, l'examen et l'analyse des données relatives aux informations préoccupantes. - 2) Suivre la mise en œuvre du Schéma départemental et formuler des avis. - 3) Formuler des propositions et avis sur la mise en œuvre de la politique de protection de l'enfance dans le Département. - 4) Réaliser un bilan annuel des formations continues délivrées dans le Département. - 5) Etablir des statistiques qui sont portées à la connaissance de l'assemblée départementale et transmises aux représentants de l'Etat et de l'autorité judiciaire. - 6) Mettre en place et piloter un Conseil des Enfants confiés. 	
Coût annuel	Mineur	
Explication du coût	Dans le cadre des missions obligatoires du Conseil Départemental	
Calendrier	<p>T2 2026 : mise en œuvre progressive des missions de l'ODPE</p> <p>T1 2027 : premier bilan annuel des IP</p> <p>T1 2027 : premier bilan du Schéma avec avis de l'ODPE</p> <p>T1 2027 : premier bilan statistique de l'ODPE</p> <p>T1 2028 : déploiement du Conseil des Enfants confiés</p>	
Acteur(s) mobilisé(s)	Le Conseil Départemental	

Indicateur(s) de réussite n°1	Production d'un bilan annuel des informations préoccupantes
Indicateur(s) de réussite n°2	Suivi annuel de la mise en œuvre du Schéma Départemental de l'Enfance, des Familles et de la Jeunesse
Indicateur(s) de réussite n°3	Constitution d'un recueil annuel des avis de l'ODPE concernant la politique de protection de l'enfance
Indicateur(s) de réussite n°4	Elaboration d'un bilan annuel des formations continues délivrées dans le Département en lien avec la prévention et la protection de l'enfance
Indicateur(s) de réussite n°5	Production d'un rapport statistique annuel
Indicateur(s) de réussite n°6	Déploiement d'un Conseil des Enfants Confiés



4. Annexes

5. Annexe n°1 - diagnostic exhaustif du Schéma

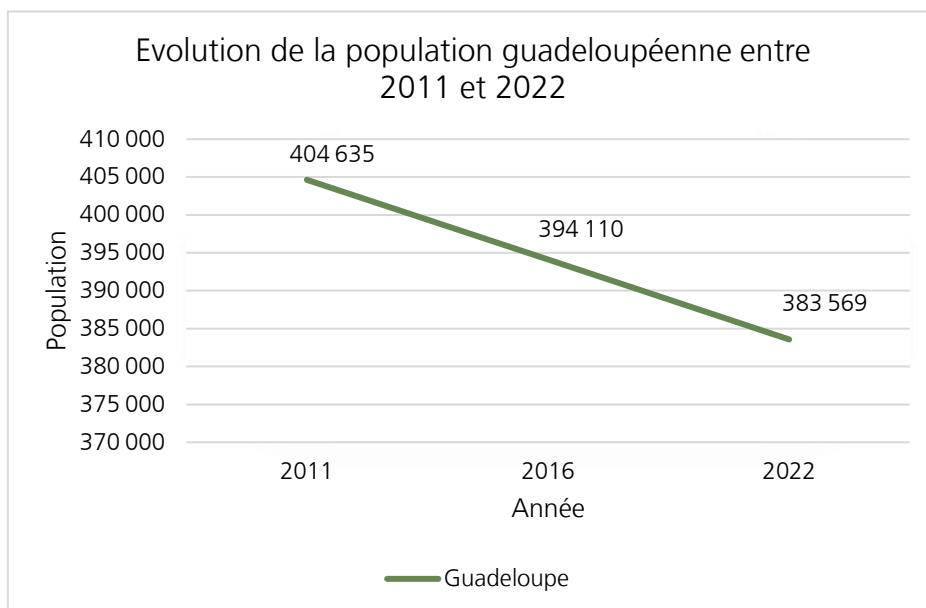
5.1. Une population fragile concernée par un fort déclin démographique

5.1.1. Une population en décroissance

5.1.1.1. Le constat d'une baisse globale de la population

Selon l'INSEE, la population du Département de la Guadeloupe est en diminution. Alors que l'archipel comptait 404 635 habitants en 2011, la population s'est établie à 383 569 personnes en 2022. Dès lors, le nombre d'habitants a baissé de 5,21% (soit -21 066 habitants) entre 2011 et 2022. A contrario, à l'échelle de la France entière, la population progresse en moyenne de 4% par an.

Figure – évolution globale de la population guadeloupéenne entre 2010 et 2021 (INSEE)



5.1.1.2. Une diminution quasi-globale de la population dans les communes du Département

Après avoir analysé l'évolution démographique globale de la population guadeloupéenne, il convient désormais de se pencher sur **les tendances démographiques spécifiques par communes**. Cette analyse détaillée permettra de mieux comprendre comment ces dynamiques affectent les différents

territoires de l'archipel, et de quelle manière chaque commune fait face aux défis liés à l'évolution de sa population.

Entre 2010 et 2021, la dynamique démographique des communes guadeloupéennes révèle de fortes disparités. Certaines communes se démarquent par une chute particulièrement marquée de leur population, tandis que d'autres parviennent à maintenir, voire à accroître légèrement leur nombre d'habitants.

5.1.1.2.1. Les communes en décroissance démographique

La commune de Pointe-à-Pitre connaît une baisse significative de sa population de 11,80%, soit une perte de 1 941 habitants sur la période 2010-2021. **Les Abymes**, qui restent la commune la plus peuplée, subit également une diminution notable de sa population sur la même période (-10,96% soit une perte de 6 416 habitants).

D'autres communes, traditionnellement résidentielles ou rurales, connaissent également un recul important. Sainte-Rose (-12,53% soit -2 525 habitants) et Capesterre-Belle-Eau (-8,23% soit -1 590 habitants), qui figurent parmi les communes les plus étendues du territoire, voient leur population diminuer de manière continue.

À l'inverse, certaines communes affichent une tendance à la croissance.

5.1.1.2.2. Les communes dynamiques

La commune du Lamentin se distingue avec une augmentation significative de sa population (+16,43% soit un gain de 2 614 habitants en onze ans), alors que d'autres communes comme Petit-Bourg et Le Gosier progressent plus modérément (+4,63% et +3,32% respectivement). Ces hausses traduisent une attractivité accrue de ces territoires.

Enfin, d'autres communes connaissent des évolutions plus modérées. Baie-Mahault, Le Moule et Petit-Canal enregistrent de très légères hausses.

Le déclin démographique est global en Guadeloupe, mais certaines communes parviennent à rester dynamiques comme Lamentin et Petit-Bourg, tandis que Pointe-à-Pitre, Les Abymes et Sainte-Rose subissent une forte contraction de leur population. Ces évolutions traduisent des dynamiques différenciées sur le territoire.

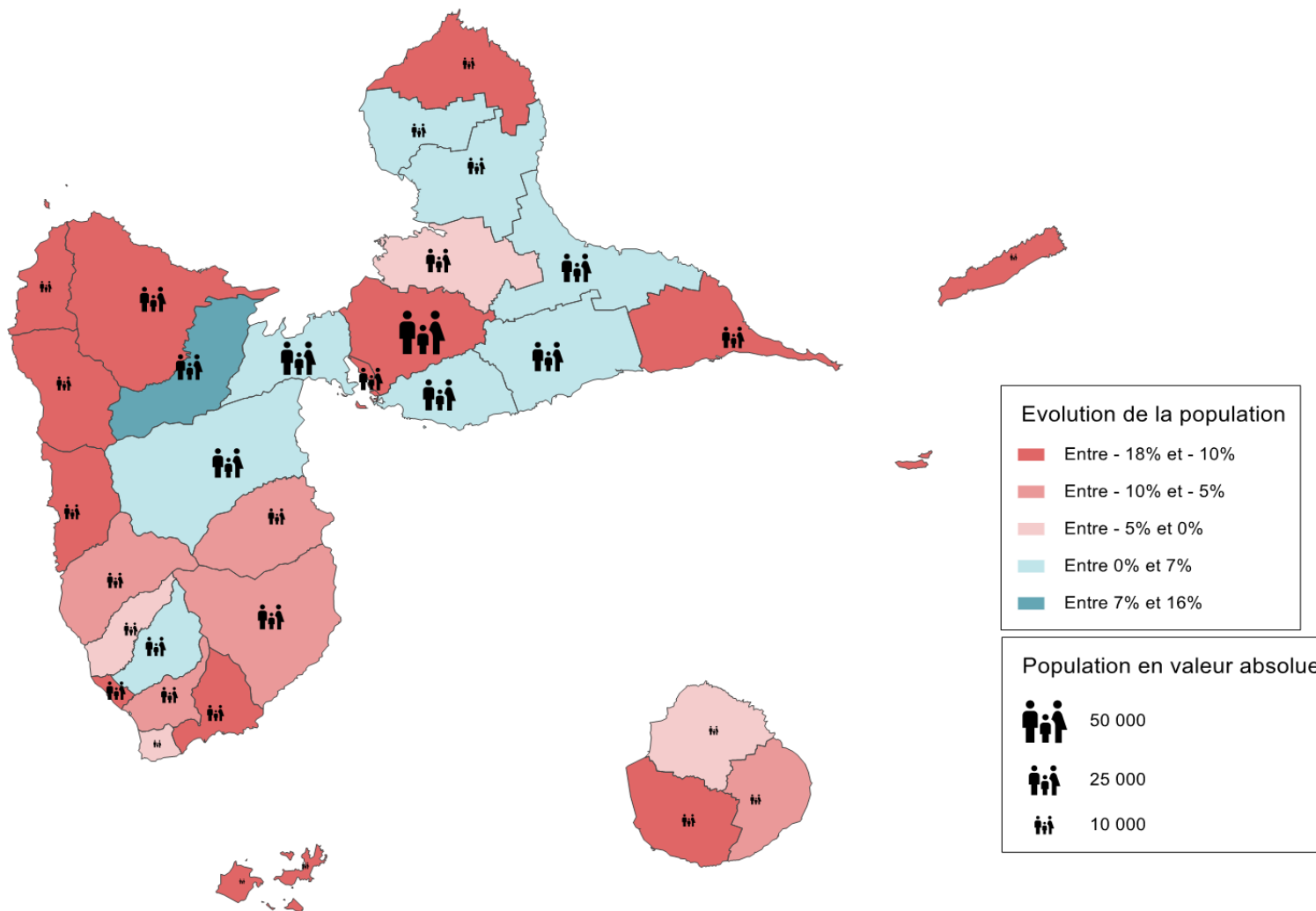
« Certaines villes sont quand même attractives »

Verbatim – entretiens stratégiques et ateliers de concertation

**Figure – évolution de la population globale par communes guadeloupéennes entre 2010 et 2021
(L'Observatoire des Territoires)**

Démographie de la population par communes	Année			Evolution	
	2010	2015	2021	En %	Valeurs
Deshaies	4 431	4 114	3 922	-11,49%	-509
Pointe-Noire	7 006	6 280	5 888	-15,96%	-1 118
Bouillante	7 545	7 282	6 634	-12,07%	-911
Vieux-habitants	7 703	7 324	7 014	-8,94%	-689
Baillif	5 214	5 739	5 035	-3,43%	-179
Saint-Claude	10 467	10 299	10 700	2,23%	233
Basse-Terre	11 915	10 443	9 779	-17,93%	-2 136
Gourbeyre	7 949	7 808	7 508	-5,55%	-441
Vieux-Fort	1 824	1 864	1 787	-2,03%	-37
Trois-Rivières	8 755	8 297	7 625	-12,91%	-1 130
Capesterre-Belle-Eau	19 321	18 980	17 731	-8,23%	-1 590
Goyave	8 065	7 569	7 638	-5,29%	-427
Petit-Bourg	23 199	24 086	24 272	4,63%	1 073
Lamentin	15 913	16 139	18 527	16,43%	2 614
Sainte-Rose	20 155	19 899	17 630	-12,53%	-2 525
Baie-Mahault	30 251	31 209	30 909	2,18%	658
Pointe-à-Pitre	16 427	16 343	14 486	-11,82%	-1 941
Les Abymes	58 534	55 306	52 118	-10,96%	-6 416
Le Gosier	26 311	27 057	27 184	3,32%	873
Morne-à-l'Eau	16 725	17 407	15 898	-4,94%	-827
Sainte-Anne	24 192	24 379	24 281	0,37%	89
Saint-François	14 797	13 841	13 004	-12,12%	-1 793
Le Moule	22 381	22 329	22 645	1,18%	264
Petit-Canal	8 038	8 167	8 201	2,03%	163
Port-Louis	5 440	5 840	5 576	2,50%	136
Anse-Bertrand	4 775	4 881	4 052	-15,14%	-723
La Désirade	1 579	1 481	1 391	-11,91%	-188
Saint-Louis	2 650	2 477	2 528	-4,60%	-122
Capesterre-de-Marie-Galante	3 381	3 310	3 198	-5,41%	-183
Grand-Bourg	5 530	5 179	4 741	-14,27%	-789
Terre-de-Bas	1 095	1 060	917	-16,26%	-178
Terre-de-Haut	1 787	1 601	1 496	-16,28%	-291
Total	403 355	397 990	384 315	-4,72%	-19 040

Figure – cartographie montrant l'évolution de la population globale par communes entre 2010 et 2021 (INSEE et SPQR)



5.1.1.3. Une baisse notamment concentrée sur les tranches d'âge les plus jeunes

Ce recul démographique n'est **pas uniforme selon les strates de la population**. Entre 2011 et 2022, le groupe des 0 à 14 ans diminue alors que celui de 60 ans ou plus augmente significativement. **L'archipel connaît un vieillissement démographique marqué**, avec une diminution du nombre d'habitants et une part croissante de personnes âgées :

- 0 à 14 ans : - 25,60% soit – 22 234 habitants
- 15 à 29 ans : - 13,17% soit - 9 285 habitants
- 30 à 44 ans : - 25,71% soit – 20 749 habitants
- 45 à 59 ans : 0,93% soit + 850 habitants
- 60 à 74 ans : 39,89% soit + 21 220 habitants
- 75 ans et plus : 34,55% soit + 9 175 habitants

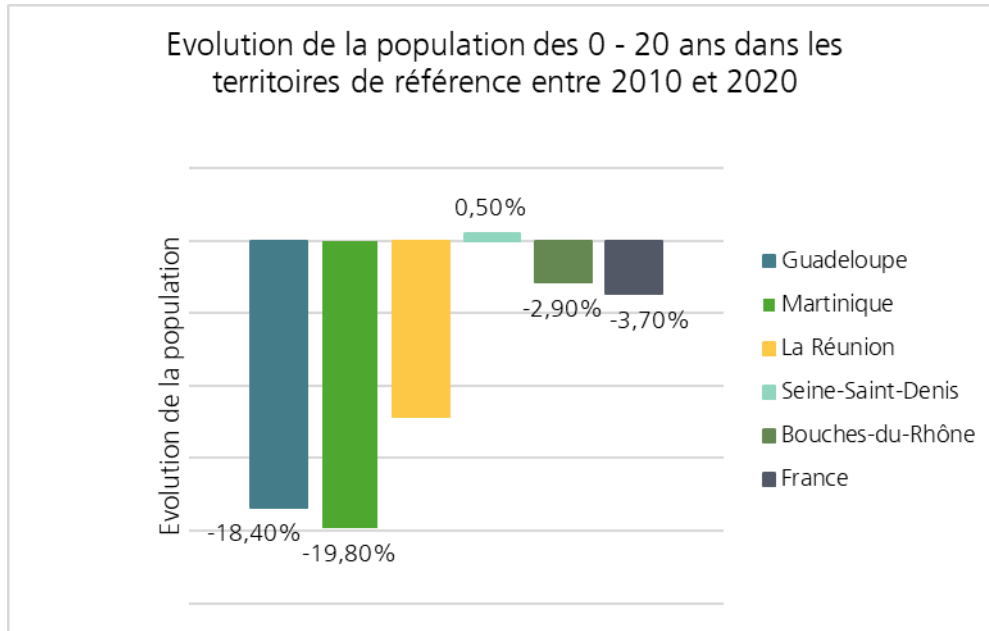
Figure – évolution par tranche d'âge de la population entre 2010 et 2021 (INSEE)

Démographie de la population par tranche d'âge	Année						Evolution		
	2011	Proportion dans la strate	2016	Proportion dans la strate	2022	Proportion dans la strate	En %	Poids dans la population	Valeurs
0 à 14 ans	86 856	21,50%	76 558	19,40%	64 622	16,80%	-25,60%	17%	-22 234
15 à 29 ans	70 513	17,40%	65 755	16,70%	61 228	16,00%	-13,17%	16%	-9 285
30 à 44 ans	80 693	19,90%	68 344	17,30%	59 944	15,60%	-25,71%	16%	-20 749
45 à 59 ans	86 823	21,50%	90 873	23,10%	87 629	22,80%	0,93%	23%	806
60 à 74 ans	53 196	13,10%	62 528	15,90%	74 416	19,40%	39,89%	19%	21 220
75 ans ou plus	26 554	6,60%	30 052	7,60%	35 729	9,30%	34,55%	9%	9 175
Total	404 635	100%	394 110	100%	383 568	100%	-5,21%	100%	-21 067

En s'intéressant à la tranche d'âge des 0 – 20 ans sur la période 2010 – 2020, les tendances sont proches :

- Guadeloupe : - 18,4%
- Martinique : - 19,8%
- La Réunion : - 12,1%
- Seine Saint Denis : - 0,5%
- Bouches-du-Rhône : - 2,9%
- France : - 3,7%

Figure – évolution de la population des 0 - 20 ans dans les territoires de référence entre 2010 et 2020 (INSEE)



« Il y a de moins en moins de jeunes en Guadeloupe »

Verbatim – entretiens stratégiques et ateliers de concertation

5.1.1.3.1. Focus sur les 0 à 14 ans : une forte diminution des enfants

Entre 2011 et 2022, l'analyse de l'évolution démographique des 0 -14 ans dans les territoires de référence démontre des dynamiques contrastées. En effet, alors que la Guadeloupe, la Martinique et la Réunion enregistrent une baisse significative de leur population (respectivement : - 25,60%, - 26,94% et - 6,57% respectivement), le département de la Seine-Saint-Denis affiche une croissance soutenue (+7,37%). Les Bouches-du-Rhône (+0,48%) affichent une relative stabilité. La France démontre une décroissance (- 2,37%).

Cela montre que la Guadeloupe ne fait pas « figure d'exception » en outre-mer. Cependant, les effets de la décroissance dans l'archipel sont particulièrement marqués.

Figure – évolution de la population des 0 - 14 ans dans les territoires de référence entre 2011 et 2022 (INSEE)

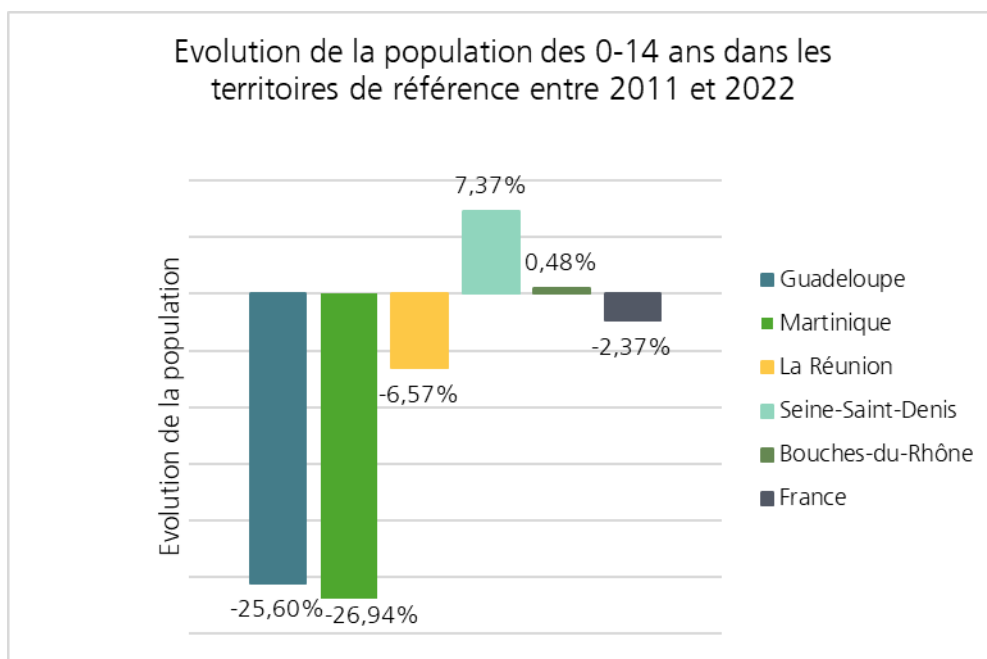
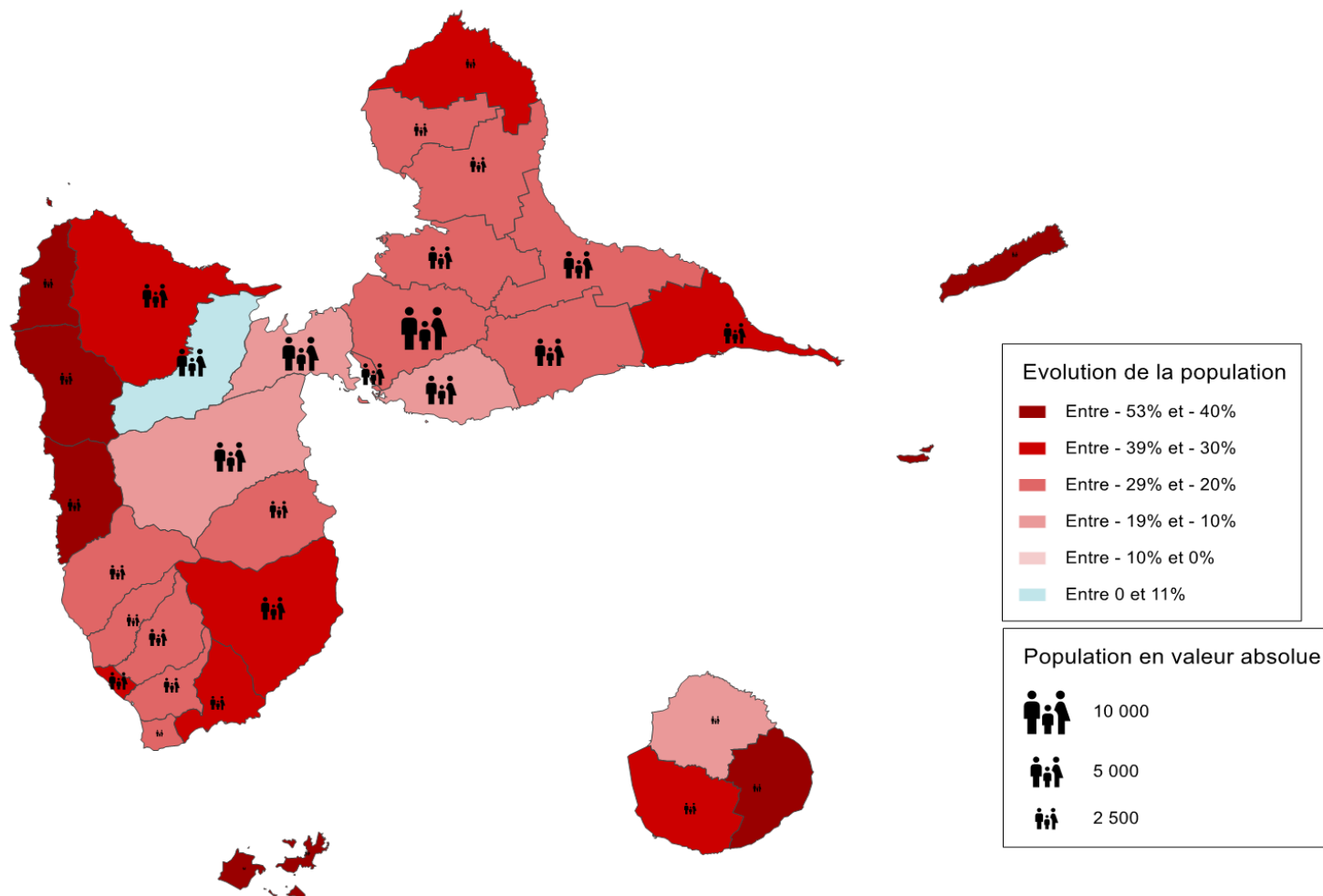


Figure – cartographie représentant l'évolution de la population des 0 à 14 ans par rapport aux 0 à 14 ans en 2021 (INSEE et SPQR)



5.1.1.3.2. Focus sur les 15 à 29 ans : une décroissance moins marquée

L'évolution démographique des jeunes de 15 à 29 ans en Guadeloupe révèle une diminution marquée par rapport à la moyenne française. Entre 2011 et 2022, cette tranche d'âge a chuté de 13,17% en Guadeloupe, contre une diminution française de 0,47%. Cela illustre une situation démographique plus instable dans l'archipel pour cette tranche d'âge.

D'autres territoires affichent également des baisses de population sur cette période notamment la Martinique : - 20,51%. Le département de La Réunion (- 6,93%) et des Bouches-du-Rhône (- 1,90%) connaissent une baisse de population entre 2010 et 2021, tandis que la Seine-Saint-Denis voit sa population augmenter de 6,48% sur la même période.

Figure – évolution de la population des 15 – 29 ans dans les territoires de référence entre 2011 et 2022 (INSEE)

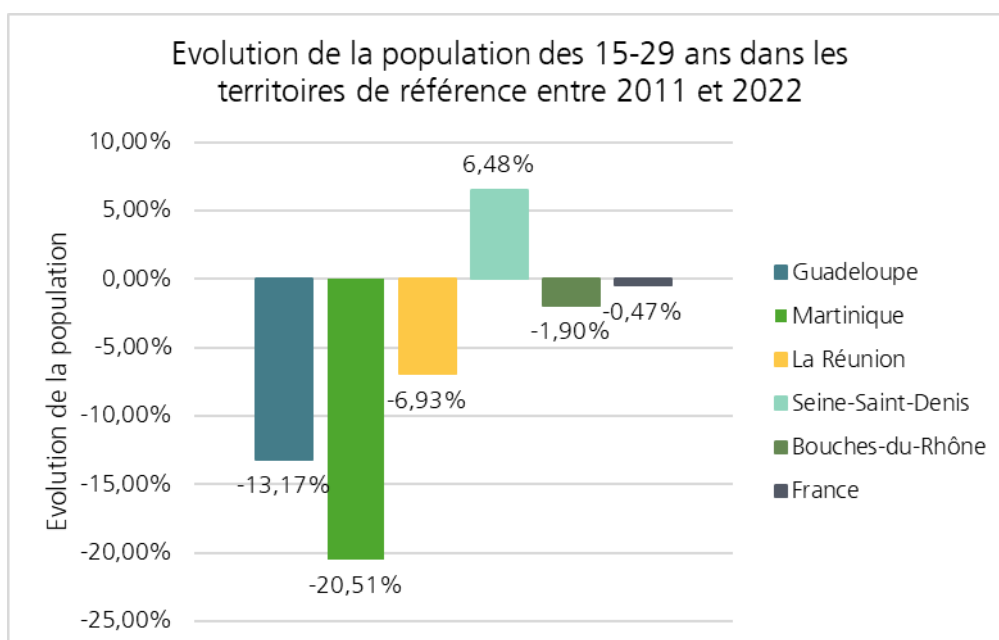
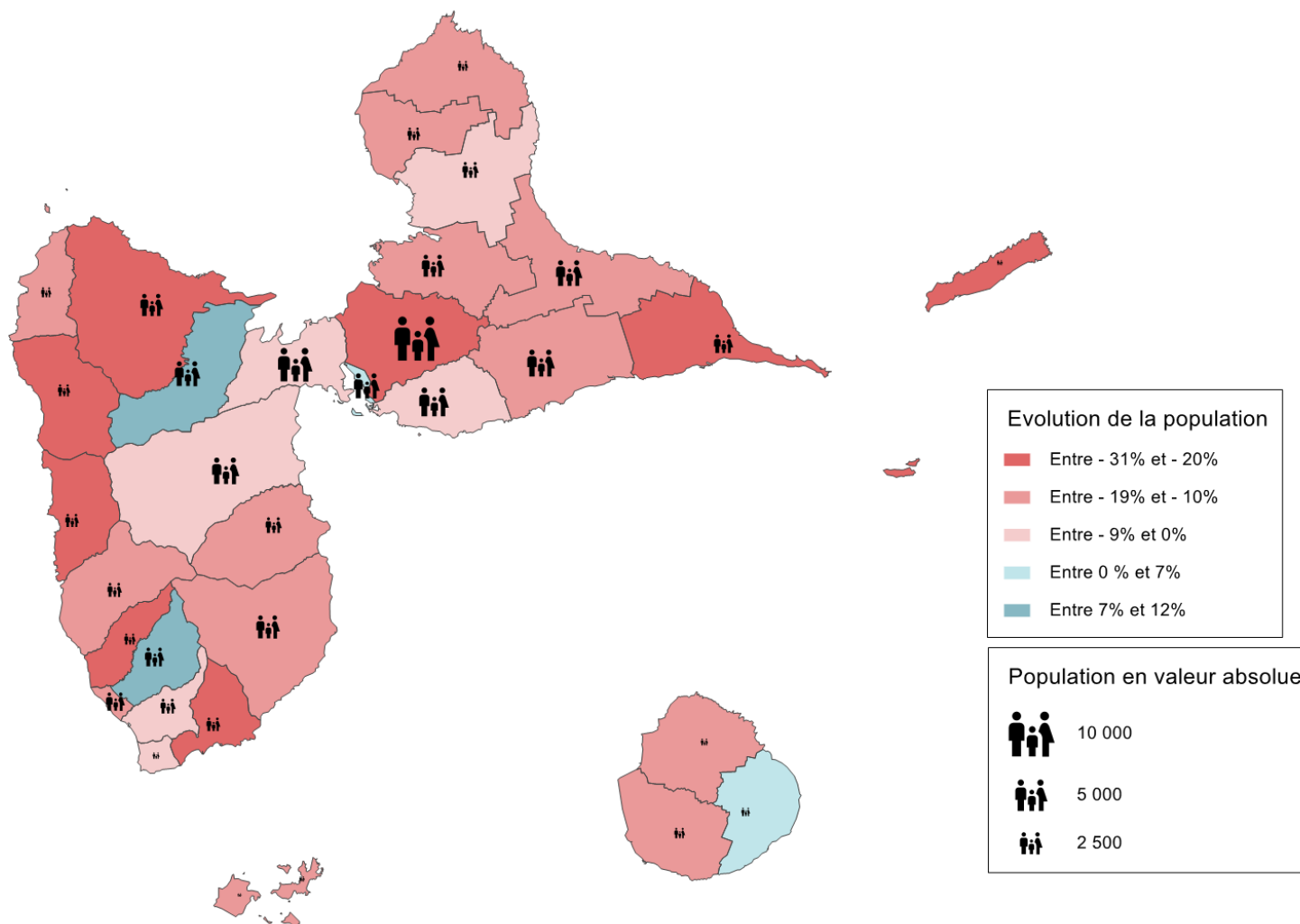


Figure – cartographie représentant l'évolution de la population des 15 à 29 ans par rapport aux 15 à 29 ans en 2021 (INSEE et SPQR)



5.1.1.3.3. Focus sur les 30 à 44 ans : une très forte érosion

L'évolution démographique des 30-44 ans entre 2011 et 2022 varient considérablement selon les territoires.

La Guadeloupe enregistre une diminution notable de 25,71% sur la période. La Martinique connaît la même tendance (- 26,85%). La Réunion connaît également une diminution importante de 6,72%, tandis que les Bouches-du-Rhône connaissent une très légère hausse de 0,33%. A l'opposé, la Seine-Saint-Denis voit sa population des 30-44 ans augmenter de 10,42%.

En moyenne, la France enregistre une légère baisse de 2,51% dans cette tranche d'âge, soulignant une tendance générale de déclin démographique pour cette catégorie.

Figure – évolution de la population des 30 – 44 ans dans les territoires de référence entre 2011 et 2022 (INSEE)

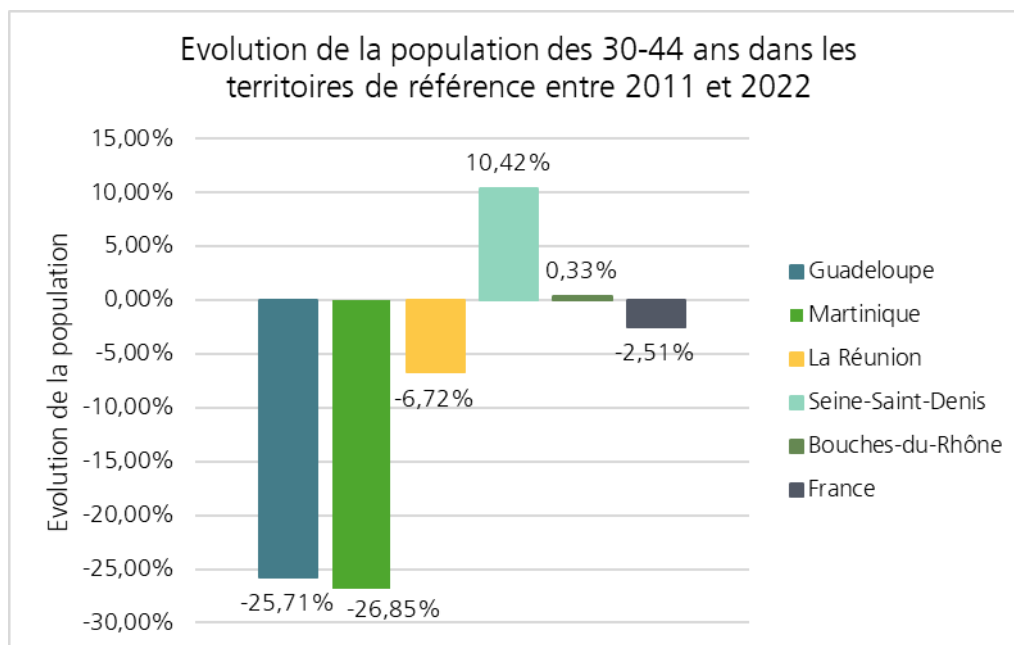
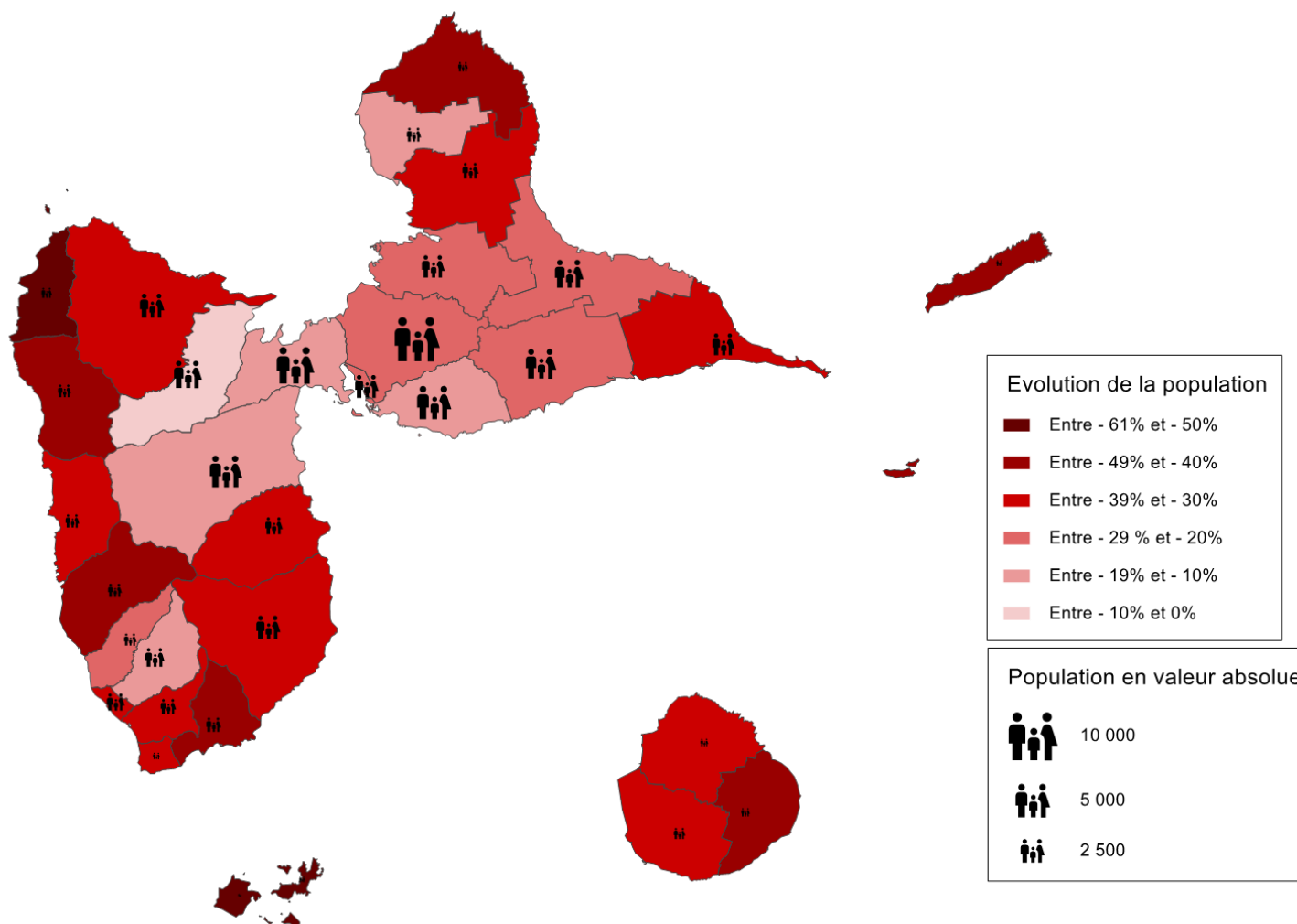


Figure – cartographie représentant l'évolution de la population des 30 à 44 ans par rapport aux 30 à 44 ans en 2021 (INSEE et SPQR)



5.1.2. Un solde naturel qui se contracte



Le solde naturel est la différence entre le nombre de naissances et le nombre de décès enregistrés au cours d'une année (INSEE).

5.1.2.1. Un taux de natalité en diminution et un taux de mortalité en hausse

Selon l'INSEE, entre 2010 et 2021 :

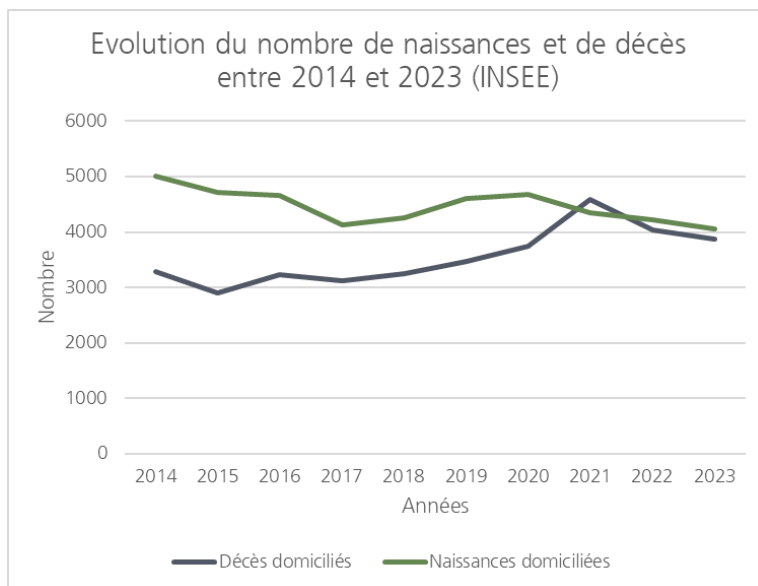
- Le **taux de natalité** (rapport entre le nombre de naissances vivantes et la population totale) a **baissé de 1,9 point** dans le département.
- Le **taux de mortalité** (rapport entre le nombre de décès et la population totale) a **augmenté de 4,5 points**.

5.1.2.2. Un nombre de naissances et nombre de décès qui se croisent en 2021

En 2021, la Guadeloupe enregistre un tournant démographique. En effet, le nombre de décès (4 589) dépasse pour la première fois celui des naissances, marquant un **solde naturel négatif**.

Figure – Evolution du nombre de naissances et du nombre de décès entre 2014 et 2023 (INSEE)

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Décès domiciliés	3290	2906	3227	3121	3258	3469	3742	4589	4041	3866
Naissances domiciliées	5001	4714	4653	4126	4249	4601	4678	4344	4218	4061



Par conséquent, l'écart entre les naissances et les décès se réduit / se croise au fil du temps, traduisant un ralentissement de la croissance naturelle de la population. Toutefois, l'indice de fécondité demeure supérieur dans le territoire (2,04) comparativement à la moyenne nationale (1,76).

5.1.2.3. Une pluralité de facteurs expliquant la transition démographique

Cette transition démographique est le résultat d'une combinaison de facteurs :

- **Le vieillissement de la population** qui constitue une cause structurelle et durable. Ainsi, les décès augmentent et le nombre de personnes en mesure de donner naissance diminue.
- **La pandémie de COVID-19 qui a exacerbé le nombre de décès en 2021** : le taux de mortalité standardisé cette année a atteint 1 148 décès pour 100 000 habitants, l'un des plus élevés de France (INSEE).
- **Le taux de fécondité en baisse** depuis les années 1980 en passant d'environ trois enfants par femme dans les années 1980 à environ deux enfants par femme aujourd'hui. Cette tendance s'est néanmoins ralentie depuis les années 2000. De plus, elle est nationale.
 - o Entre 2014 et 2024, l'indicateur conjoncturel de fécondité (ICF) est passé de 2,2 enfants par femme à 1,8 enfant par femme, soit un net recul¹.
- **Une forte prévalence des maladies chroniques** : diabète, hypertension (cf. *Portrait de Santé*).

Finalement, selon les chercheurs **Didier Breton** et **Franck Temporal**, **c'est le départ de la jeunesse guadeloupéenne vers l'Hexagone** plus que la baisse de la fécondité elle-même qui explique la diminution rapide de la natalité : entre 1999 et 2015, alors que l'Indice Conjoncturel de Fécondité (ICF) est quasiment stable, les naissances ont chuté de 30 %, ce qui confirme que **le départ des femmes en âge d'avoir des enfants est le principal moteur de ce déclin**².

¹ INSEE, La natalité baisse tandis que la part des seniors augmente - Bilan démographique 2024 en Guadeloupe

² Didier Breton et Franck Temporal, « Décroissance démographique et vieillissement : une exception des Antilles françaises dans l'espace Caraïbes ? », *Études caribéennes* [En ligne], 43-44 | Août-Décembre 2019, mis en ligne le 30 octobre 2019, consulté le 22 août 2025. URL : <http://journals.openedition.org/etudescaribeennes/16864> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/etudescaribeennes.16864>

5.1.3. Le solde migratoire : 2 886 départs en 2021



Le solde migratoire est la différence entre le nombre de personnes qui sont entrées sur le territoire et le nombre de personnes qui en sont sorties au cours de l'année (INSEE).

La deuxième composante de la dynamique démographique est le solde migratoire, c'est-à-dire la **différence entre le nombre d'arrivées et le nombre de départs du territoire.**

Selon l'INSEE, le déficit démographique de la Guadeloupe se trouve accentué par **une perte nette de 2 886 habitants en 2021³, conséquence directe des départs massifs de jeunes adultes en quête d'opportunités professionnelles ou éducatives.** Depuis 2010, le solde migratoire négatif s'est accentué :

- 2010 : - 0,5
- 2015 : - 0,8
- 2021 : - 0,9

Figure- Evolution du solde migratoire entre 2010 et 2021 (INSEE)

	2010	2015	2021
Solde migratoire	-0,5	-0,8	-0,9

Selon un rapport du Sénat⁴, 53% des natifs de la Guadeloupe âgés de 20 à 34 ans et diplômés du supérieur travaillaient et vivaient en France hexagonale en 2021. Aussi, une étude mandatée par le CESER Guadeloupe en 2024⁵ sonde les intentions de départ des 16-29 ans. Il en ressort que plus de la moitié des jeunes envisagent de quitter le département pour un projet d'étude ou un projet professionnel. **Ce phénomène déstabilise progressivement la structure démographique, fragilisant davantage le tissu social chaque année.**

Ainsi, la proportion des moins de 25 ans, qui représentait 34% de la population en 2011, n'en représente plus que 29% en 2021.

Il n'existe pas de statistiques permettant de quantifier ou d'estimer le nombre de personnes en situation irrégulière en Guadeloupe. Toutefois, en 2024, 433 personnes ont été placées en rétention administrative en Guadeloupe. La baisse du solde migratoire doit ainsi être minorée du fait d'une immigration irrégulière certaine.

³ INSEE, En 2021, plus de décès que de naissances en Guadeloupe, *L'exode des jeunes continue*, p.2

⁴ Rapport d'information n°778 (2023-2024), Situation des Ehpad, p.167

⁵ CESER, Etude sur l'engagement et la participation citoyenne et politique des jeunes guadeloupéens, p.59

5.1.4. Synthèse

La démographie guadeloupéenne est en décroissance continue : le territoire a perdu 21 066 habitants entre 2011 et 2022. Cette baisse se concentre notamment sur les tranches d'âge les plus jeunes : - 25,60% pour 0 - 14 ans, - 13,17% pour les 15 - 29 ans et - 25,71% pour les 30 à 44 ans. Cette diminution est quasi globale dans toutes les communes à l'exception du Lamentin, de Petit Bourg, Le Gosier. Cela s'explique par une contraction du solde naturel liée à un taux de natalité en diminution et à un taux de mortalité en hausse. Le solde migratoire négatif renforce la tendance à la diminution.

5.2. Des fragilités sociales et économiques nombreuses

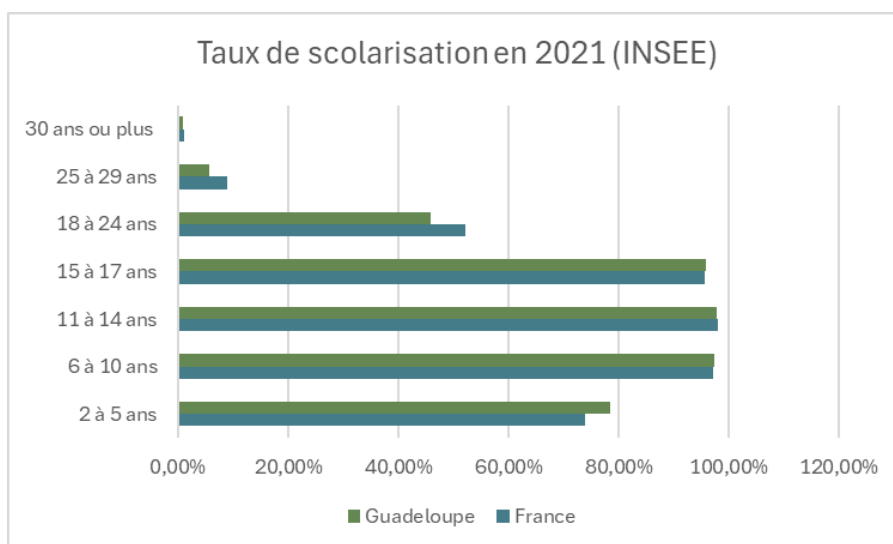
5.2.1. Une scolarisation importante des mineurs mais des diplômes peu élevés

En 2021, 78,5% des enfants de 2 à 5 ans étaient scolarisés. Ce taux est nettement plus élevé pour les mineurs plus âgés (97,4% pour les 6 à 10 ans, 97,8% pour les 11 à 14 ans, 95,8% pour les 15 à 17 ans). À partir de 18 ans, la part de population scolarisée chute brutalement à 45,9%. Ce constat est à atténuer et à mettre en parallèle avec le départ de nombreux jeunes qui poursuivent leurs études en France hexagonale, en Europe ou au Canada. Ces départs font alors baisser la proportion de jeunes dans la population totale.

En 2021, la scolarisation des mineurs guadeloupéens est proche de la moyenne nationale.

- Supérieure sur la tranche d'âge des 3 à 10 ans ainsi que des 15 à 17 ans
- Inférieur sur la tranche d'âge des 11 à 14 ans et sur les plus de 18 ans

Figure – taux de scolarisation selon l'âge en 2021 (INSEE)



	France	Guadeloupe
2 à 5 ans	73,90%	78,5%
6 à 10 ans	97,2%	97,4%
11 à 14 ans	98,0%	97,8%
15 à 17 ans	95,6%	95,8%
18 à 24 ans	52,1%	45,9%
25 à 29 ans	8,8%	5,7%
30 ans ou plus	1,0%	0,8%

L'évolution de la scolarisation en Guadeloupe diffère selon les tranches d'âge :

- Elle augmente chez les 2 à 5 ans et les 25 ans et plus
- Elle se maintient chez les 15 à 17 ans
- Elle diminue chez les 6 à 14 ans ainsi que les 18 à 24 ans

Il est à noter qu'un taux de scolarisation en diminution n'est pas nécessairement problématique puisque seule l'instruction est obligatoire à partir de 3 ans en France (et jusqu'à 16 ans). Néanmoins, la scolarisation reste un facteur de diminution des inégalités considérable.

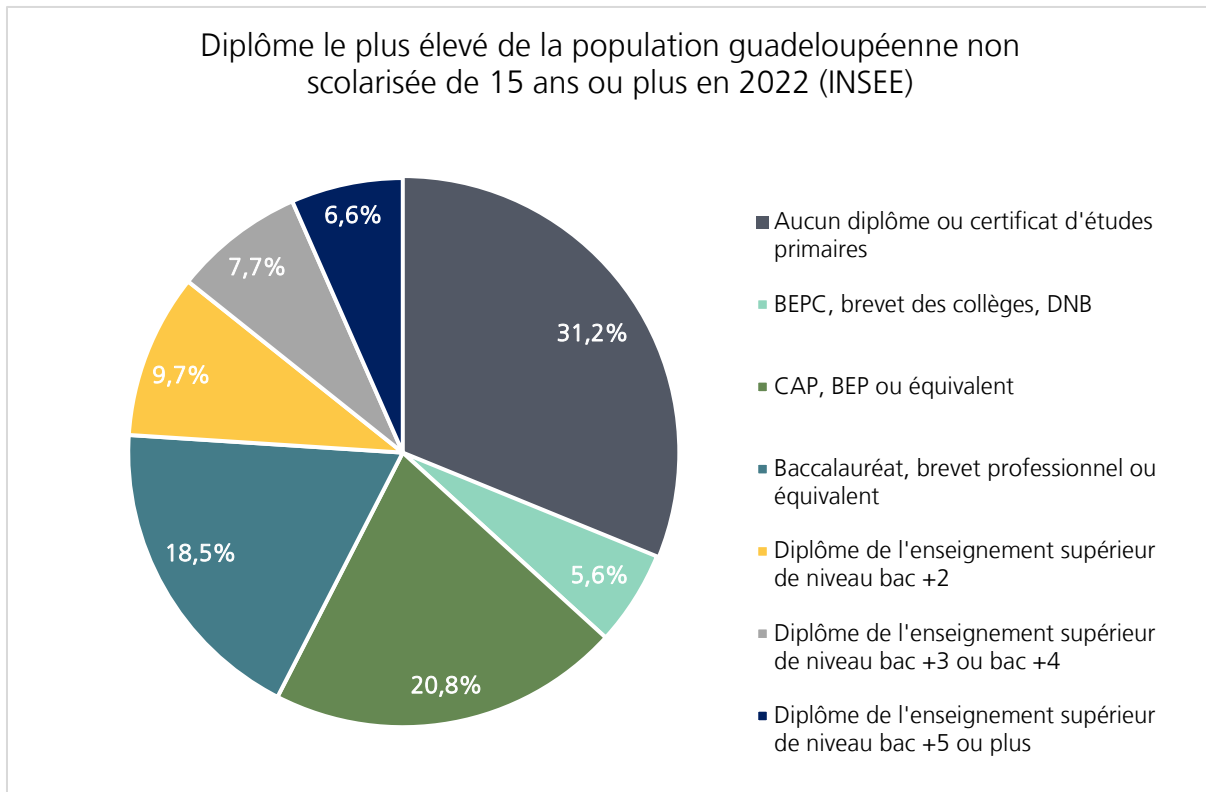
Figure – évolution du taux de scolarisation par tranche d'âge entre 2010 et 2021 (INSEE)

	2010	2015	2021	Evolution
2 à 5 ans	76,4%	77,6%	78,5%	2,7%
6 à 10 ans	98,8%	98,7%	97,4%	-1,4%
11 à 14 ans	98,8%	98,3%	97,8%	-1,0%
15 à 17 ans	95,1%	95,0%	95,8%	0,7%
18 à 24 ans	47,2%	45,3%	45,9%	-2,8%
25 à 29 ans	5,0%	5,3%	5,7%	14,0%
30 ans ou plus	0,6%	0,7%	0,8%	33,3%

Par ailleurs, la part de la population de plus de 15 ans à n'avoir aucun diplôme s'élève à 31,2% et seulement 5,6% des Guadeloupéens de plus de 15 ans ont un diplôme de type brevet des collèges, 20,8% un CAP/BEP et 18,5% un baccalauréat.

Par conséquent, seuls 24% des Guadeloupéens ont un diplôme de l'enseignement supérieur. Or, il est admis qu'un **niveau de qualification plus faible entraîne un risque de précarité plus élevé.**

Figure – diplôme le plus élevé de la population guadeloupéenne non scolarisée de 15 ans ou plus en 2021 (INSEE)



En comparant les niveaux de diplômes avec les territoires de référence, il apparaît que la Guadeloupe s'inscrit dans un contexte ultra-marin global : une plus grande prégnance d'absence de diplôme et une part plus réduite de diplômés du supérieur.

Cet écart est nettement visible vis-à-vis de la moyenne nationale :

- Aucun diplôme ou certificat d'études primaires : + 11,3%
- Baccalauréat, Brevet Professionnel ou équivalent : + 0,7%
- Diplôme de l'enseignement supérieur de niv. bac +2 : - 1,6%
- Diplôme de l'enseignement supérieur de niv. bac +5 : - 5,4%

Figure – Focus sur les principaux niveaux d'étude en 2022 (INSEE)

	Aucun diplôme ou certificat d'études primaires	Baccalauréat, Brevet Professionnel ou équivalent	Diplôme de l'enseignement supérieur de niv. bac +2	Diplôme de l'enseignement supérieur de niv. bac +5
Guadeloupe	31,2%	18,5%	9,7%	6,6%
Martinique	29,2%	18,5%	9,6%	7,4%
La Réunion	34,9%	17,2%	8,1%	6,5%
Seine Saint Denis	28,5%	18,1%	9,3%	12,4%
Bouches du Rhône	20,2%	17,7%	11,5%	13,9%
France	19,9%	17,8%	11,3%	12,0%
<i>Ecart avec la France</i>	11,3%	0,7%	-1,6%	-5,4%

5.2.2. Une part importante de personnes inactives

L'évolution de la structure socioprofessionnelle en Guadeloupe met en évidence **une proportion importante de personnes sans activité**.

En 2010, 84 463 personnes étaient sans activité, ce qui représente 26,80% de la population totale. Ce chiffre a diminué de 4,50% en 2021, atteignant 80 659 personnes, représentant 25,20% de la population totale. Malgré cette diminution, **la part des inactifs reste significative** traduisant des **difficultés structurelles d'insertion sur le marché**.

Aussi, le nombre de retraités est passé de 66 619 en 2010 à 76 073 en 2021, soit une hausse de 14,19%. Cette augmentation traduit un **vieillesse démographique marqué, qui impacte la répartition des actifs et des inactifs au sein de la population**.

Parmi les actifs, la structuration est la suivante :

- 31 304 ouvriers (soit 9,80%)
- 57 021 employés (soit 17,80%)
- 40 088 professions intermédiaires (soit 12,50%)
- 16 417 cadres et professions intellectuelles supérieures (soit 5,10%)
- 16 307 artisans, commerçants, chefs d'entreprise (soit 5,10%)
- 2 667 agriculteurs et exploitants (soit 0,69%)

Figure – évolution du nombre de personnes par catégorie professionnelle entre 2010 et 2021 (INSEE)

Catégorie professionnelle	Année						Evolution	
	2010	Proportion dans la strate	2015	Proportion dans la strate	2021	Proportion dans la strate	En %	Valeurs
Agriculteurs exploitants	3 365	1,10%	3 038	1,00%	2 667	0,80%	-20,74%	-698
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	15 539	4,90%	16 528	5,20%	16 307	5,10%	4,94%	768
Cadres et professions intellectuelles supérieures	13 608	4,30%	15 048	4,70%	16 417	5,10%	20,64%	2 809
Professions intermédiaires	35 991	11,40%	38 113	12,00%	40 088	12,50%	11,38%	4 097
Employés	60 388	19,20%	60 692	19,00%	57 021	17,80%	-5,58%	-3 367
Ouvriers	35 091	11,10%	34 846	10,90%	31 304	9,80%	-10,79%	-3 787
Retraités	66 619	21,10%	71 124	22,30%	76 073	23,70%	14,19%	9 454
Autres personnes sans activité professionnelle	84 463	26,80%	79 418	24,90%	80 659	25,20%	-4,50%	-3 804
Total	315 064	100%	318 807	100%	320 536	100%	1,74%	5 472



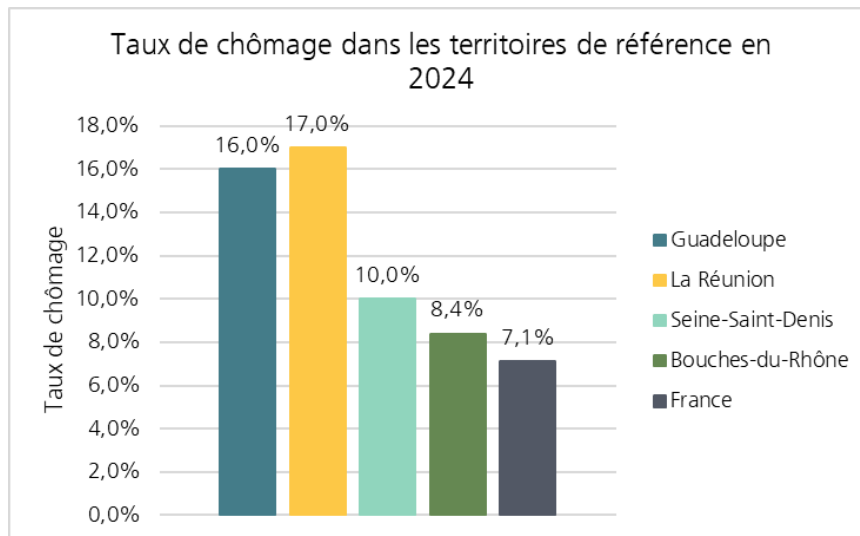
Par **activité professionnelle**, il est entendu un travail effectué en vue d'un échange marchand (obtention d'un salaire, ou d'un bénéfice sur la vente du produit fabriqué) et dont la nature n'est pas contraire aux lois ou à la moralité publique (INSEE).

Dans l'archipel, le marché de l'emploi fait face à des défis structurels qui limitent son dynamisme. La création d'emplois reste modérée, les opportunités d'embauche étant relativement restreintes. La mobilité professionnelle est également limitée. Par ailleurs, le tissu économique repose en grande partie sur le secteur public, ce qui réduit les marges de diversification et d'innovation.

En parallèle, bien que le taux de chômage ait légèrement diminué ces dernières années, il reste élevé, **atteignant 16% en 2024 selon France Travail. Ce chiffre est presque deux fois supérieur à la moyenne nationale (7,1%).**

À la Réunion, le taux de chômage est encore plus élevé (17%), ce qui témoigne de problématiques similaires. En comparaison, la Seine-Saint-Denis affiche un taux de chômage à 10%, ce qui reste élevé pour la métropole. Le département des Bouches-du-Rhône, quant à lui, présente un niveau de chômage plus proche de la moyenne nationale (8,4%).

Figure – comparaison du taux de chômage entre la Guadeloupe et les territoires de référence (Data Emploi France travail)



Le chômage représente l'ensemble des personnes de 15 ans et plus, privées d'emploi et en recherchant un. Sa mesure est complexe. Les frontières entre emploi, chômage et inactivité ne sont pas toujours faciles à établir, ce qui amène souvent à parler d'un « halo » autour du chômage (INSEE).

5.2.3. Un jeune sur quatre ni en emploi, ni en études, ni en formation (« NEET »)

Si depuis 2019 la situation des plus jeunes sur le marché du travail s'améliore (25% des personnes âgées de 15 à 29 ans sont en activité en 2022 soit + 2 points), cette part demeure néanmoins inférieure de 20 points à celle de l'Hexagone (Schéma Départemental des Services aux Familles).

Or, si ce faible taux d'emploi des jeunes doit être relativisé car la moitié d'entre eux est encore en études, **un quart des jeunes Guadeloupéens ne sont ni en emploi, ni en études, ni en formation**. Ils sont qualifiés de NEET par le domaine de la recherche et les pouvoirs publics. Aussi cette proportion est deux fois plus importante que dans l'Hexagone.

« Les NEET c'est un vrai problème »

Verbatim – entretiens stratégiques et ateliers de concertation

5.2.4. Une forte prégnance de la pauvreté

5.2.4.1. Une faible part de ménages fiscaux imposés

Au-delà des dynamiques démographiques et socioprofessionnelles, **la situation économique des ménages en Guadeloupe témoigne d'un niveau de vie relativement modeste**. En 2017, le territoire comptait 176 632 ménages fiscaux, regroupant un total de 391 103 personnes.

Or, la part des ménages fiscaux imposés est particulièrement faible puisque **seulement 33% des ménages sont soumis à l'impôt sur le revenu**. Ce chiffre traduit un niveau de revenus globalement faible, avec une grande partie de la population bénéficiant d'exonérations ou de dispositifs de soutien fiscal.

Figure – ménages fiscaux de l'année 2017 (INSEE)

Indicateurs sur les ménages fiscaux	2017
Nombre de ménages fiscaux	176 632
Nombre de personnes dans les ménages fiscaux	391 103
Médiane du revenu disponible par unité de consommation (en euros)	15 773 €
Part des ménages fiscaux imposés (en %)	33,4%



Un ménage désigne l'ensemble des personnes qui partagent la même résidence principale, sans que ces personnes soient nécessairement unies par des liens de parenté. Un ménage peut être constitué d'une seule personne (INSEE).

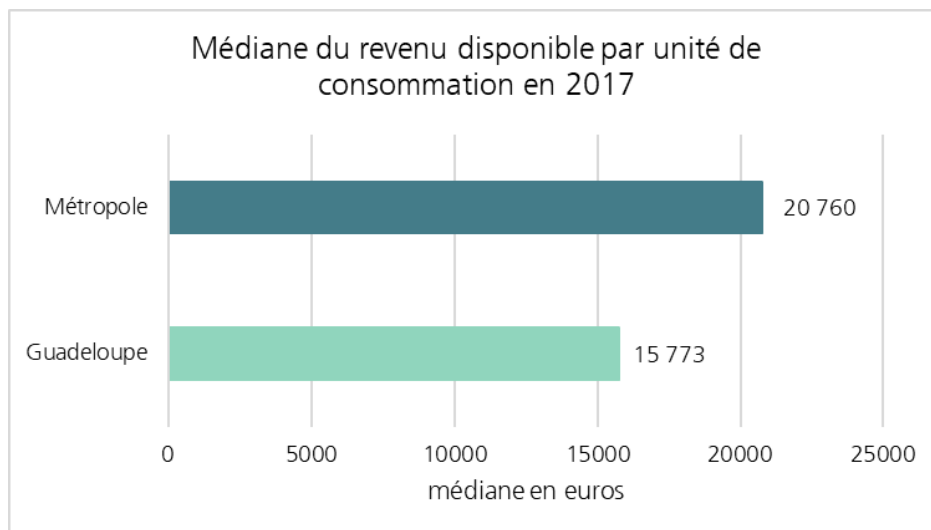
« La pauvreté, c'est un vrai fléau ici »

Verbatim – entretiens stratégiques et ateliers de concertation

5.2.4.2. Des revenus restreints

En 2017, la médiane du revenu disponible par unité de consommation s'établit à 15 773 euros en Guadeloupe, un niveau inférieur à celui observé en métropole (20 760 euros). Ce dernier reflète la capacité de consommation des ménages et leur accès aux biens et services essentiels.

Figure – Médiane du revenu disponible par unité de consommation en 2017 (INSEE)



Le revenu disponible par unité de consommation (UC), également appelé « niveau de vie », est le revenu disponible par « équivalent adulte ». Il est calculé en rapportant le revenu disponible du ménage au nombre d'unités de consommation qui le composent.



Toutes les personnes rattachées au même ménage fiscal ont le même revenu disponible par UC (ou niveau de vie).

L'échelle actuellement la plus utilisée (dite de l'OCDE) retient la pondération suivante :

- 1 UC pour le premier adulte du ménage ;
- 0,5 UC pour les autres personnes de 14 ans ou plus ;
- 0,3 UC pour les enfants de moins de 14 ans. (INSEE)

L'analyse de la décomposition du revenu en Guadeloupe met en évidence que **les revenus d'activité représentent la majeure partie des ressources avec 68,6%. Cette part reste inférieure à celles observées à La Réunion (75%), en Seine-Saint-Denis (82,50%) et dans les Bouches-du-Rhône (73,70%).**

Les pensions et retraites, quant à elles, constituent 20% des revenus en Guadeloupe, un niveau relativement élevé qui s'explique par le vieillissement de la population.

Les prestations sociales représentent 14,10% des revenus des Guadeloupéens. C'est moins que pour les Réunionnais (16,10%) mais bien plus que les Séquano-Dionysiens (9,70%) et les Bucco-Rhodaniens (6,40%).

Toutefois, à la différence des autres territoires de références la part des impôts est certes négative mais bien plus faiblement :

- Guadeloupe : - 4,20%
- La Réunion : - 13,10%
- Seine Saint Denis : - 15,40%
- Bouches du Rhône : - 17,60%

Or, une part d'impôt négative dans la décomposition du revenu disponible signifie que pour certains ménages, le montant total des transferts reçus (crédits d'impôt, prestations sociales, aides publiques) dépasse le montant des impôts qu'ils doivent payer (impôt sur le revenu, taxe d'habitation avant suppression, CSG, etc.). Cela s'explique en partie par la très faible part de ménages fiscaux imposables ne bénéficiant donc pas de dispositifs comme les crédits d'impôt.

Figure – décomposition des revenus disponibles dans les territoires de référence sur l'année 2017 (INSEE)

Composition du revenu disponible (en %)	Territoires de référence			
	Guadeloupe	La Réunion	Seine-Saint-Denis	Bouches-du-Rhône
Revenus d'activité	68,60%	75,00%	82,50%	73,70%
dont salaires et traitements	59,50%	62,50%	74,70%	64,30%
dont indemnités de chômage	3,30%	4,80%	4,40%	3,20%
dont revenus des activités non salariées	5,70%	7,70%	3,40%	6,20%
Pensions, retraites et rentes	19,90%	15,70%	18,00%	27,00%
Revenus du patrimoine et autres revenus	2,20%	6,30%	5,20%	10,50%
Ensemble des prestations sociales	14,10%	16,10%	9,70%	6,40%
dont prestations familiales	3,40%	4,10%	3,50%	2,00%
dont minima sociaux	8,70%	9,00%	4,20%	3,00%
dont prestations logement	2,10%	3,00%	2,00%	1,40%
Impôts	-4,80%	-13,10%	-15,40%	-17,60%
Total	100%	100%	100%	100%

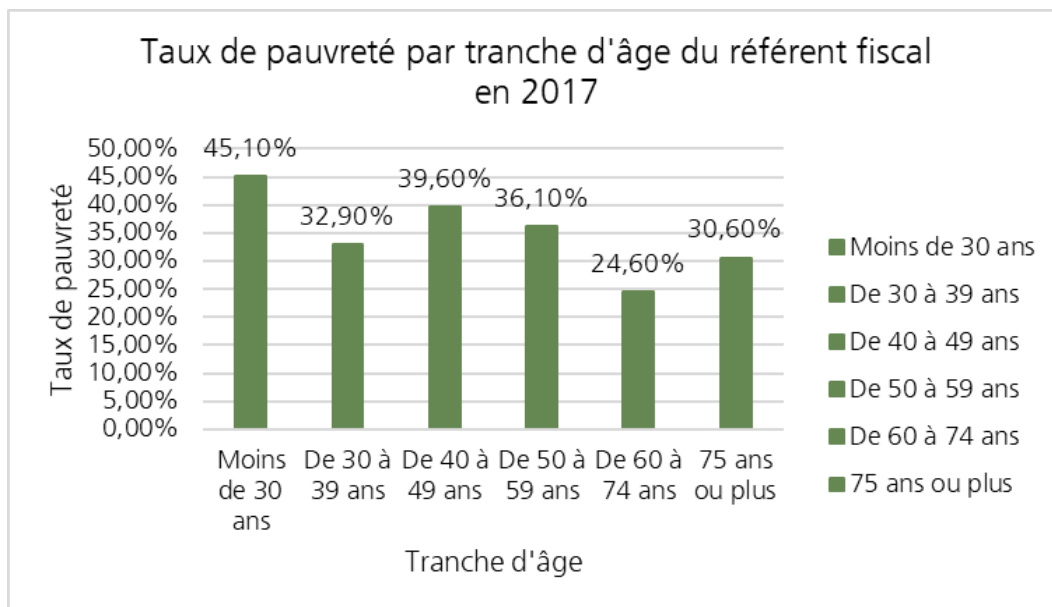
5.2.4.3. Un taux de pauvreté notable

L'analyse du taux de pauvreté par tranche d'âge en 2017 révèle un déséquilibre frappant qui touche particulièrement les jeunes générations :

- 45,10% pour les moins de 30 ans
- 32,90% pour les 30 à 39 ans
- 39,60% pour les 40 à 45 ans
- 36,10% pour les 50 à 59 ans

Les personnes âgées de 60 ans et plus connaissent un taux de pauvreté modéré (24,60%) mais des disparités persistent, en particulier chez les plus de 75 ans qui voient leur taux de pauvreté s'élever à 30,60%. Ces taux de pauvreté demeurent cependant élevés.

Figure – taux de pauvreté par tranche d'âge du référent fiscal en 2017 (INSEE)



Le taux de pauvreté correspond au pourcentage de la population dont le niveau de vie est inférieur au seuil de pauvreté soit 60% de la médiane du niveau de vie (INSEE).

Le référent fiscal d'un ménage fiscal est le membre du ménage identifié comme payeur de la taxe d'habitation au sein du ménage fiscal.

Conséquence de cette pauvreté notable, le Schéma Départemental des Services aux Familles répertorie 57 088 familles allocataires de prestations sociales dont 64,3% de familles monoparentales et 35,7% de couples avec enfants (en 2022).

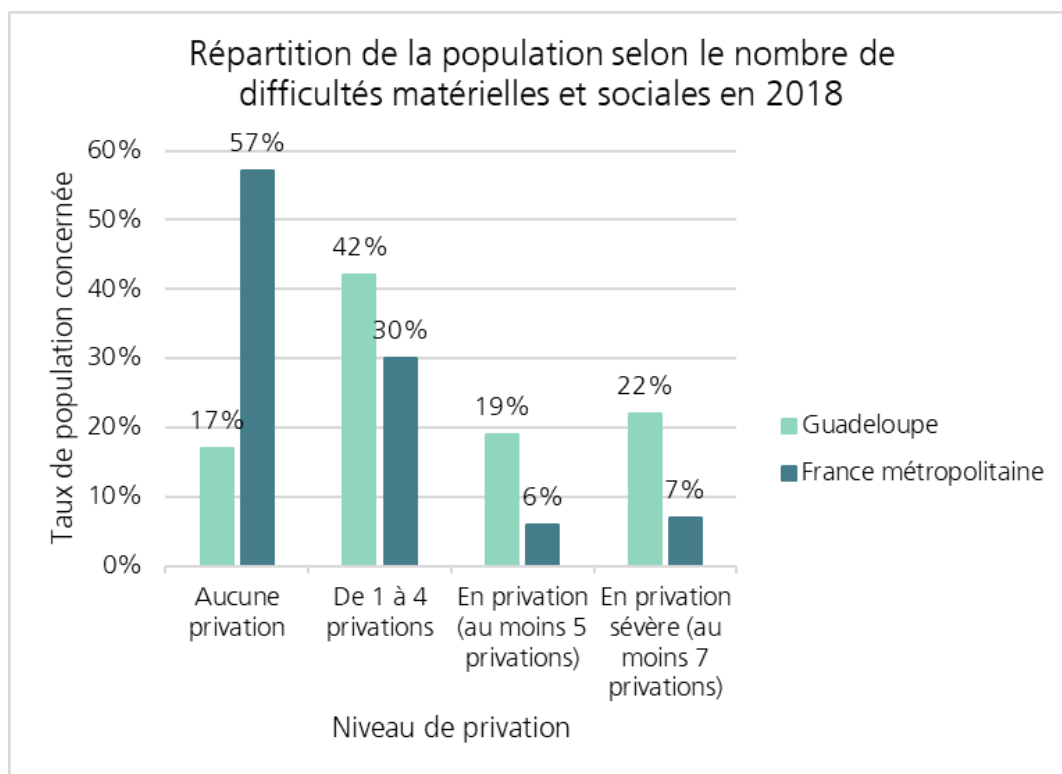
1. Une situation de privation matérielle importante

Alors que le taux de pauvreté est notable, les Guadeloupéens connaissent également une situation de privation matérielle et sociale significative touchant 41 % d'entre eux en 2018 (soit près de 151 000 personnes). Cela contraste avec la France métropolitaine où ce taux ne s'élève qu'à 13 %.

Les Guadeloupéens souffrent donc particulièrement de l'incapacité à faire face à des dépenses imprévues, de la difficulté à partir en vacances ou à renouveler des meubles. **Cette privation est même « sévère » pour 22 % de la population, un taux trois fois plus élevé qu'en métropole**

Cela signifie que ces individus sont privés d'au moins cinq éléments parmi treize considérés comme nécessaires à une vie décente. Or, selon l'INSEE, les familles monoparentales, par exemple, sont deux fois plus exposées à ces privations (53%) que les couples sans enfant (28%). Cela s'explique notamment par le fait qu'un enfant sur deux de famille monoparentale dispose d'un parent inactif (50,9% selon la DREES). C'est plus de 20 points de plus qu'en moyenne en France (32% selon la DREES)⁶.

Figure – répartition de la population selon le nombre de difficultés matérielles et sociales en 2018 (INSEE)



⁶ DREES, Enfants dont les parents sont sans emploi en 2021

Les treize éléments nécessaires à une vie décente (INSEE)



1. Une alimentation suffisante et équilibrée
2. Un logement stable et de qualité
3. Un accès à l'eau, à l'électricité et au chauffage
4. Un accès aux soins et à la santé
5. Des vêtements adaptés aux besoins et aux saisons
6. Des moyens de transport pour la mobilité quotidienne
7. L'accès à l'éducation et à la formation
8. Des revenus suffisants pour faire face aux dépenses courantes
9. Un accès aux technologies de communication (téléphone, internet, etc.)
10. Des loisirs et la possibilité de participer à la vie sociale
11. Une sécurité financière et matérielle (pouvoir faire face aux imprévus)
12. Le respect de la dignité et des droits fondamentaux
13. Un environnement de vie sain et sécurisé

L'état de privation est atteint lorsque à partir de cinq éléments inaccessibles. La privation est sévère lorsque ce sont sept éléments qui sont concernés.

5.2.4.4. Une disparité territoriale dans la localisation de la pauvreté

Actuellement, il n'existe pas de données permettant d'analyser finement la pauvreté par commune en Guadeloupe⁷. Toutefois, il est possible d'appréhender celle-ci en s'intéressant à la part de la population âgée de 15 à 64 ans allocataire du RSA.

Il ressort alors que la part moyenne en Guadeloupe en 2022 était de 169,3 pour 1 000 personnes de 15 à 64 ans alors même qu'elle est en moyenne de 44,4 pour 1 000 personnes de 15 à 64 ans en France. La tendance est similaire en Martinique (151,6) et à La Réunion (170). Elle est bien inférieure en Seine Saint Denis (72), en France (44,4) et dans les Bouches du Rhône (27,2).

Figure – Part d'allocataires du RSA en 2022 pour 1000 personnes de 15 à 64 ans (INSEE)

Département	Part d'allocataires du RSA en 2022 (pour 1 000 habitants de 15-64 ans)
Guadeloupe	169,3
Martinique	151,6
La Réunion	170
Seine Saint Denis	72
Bouches du Rhône	27,2
France	44,4

Très élevé en Guadeloupe, le nombre d'allocataire évolue en fonction des communes.

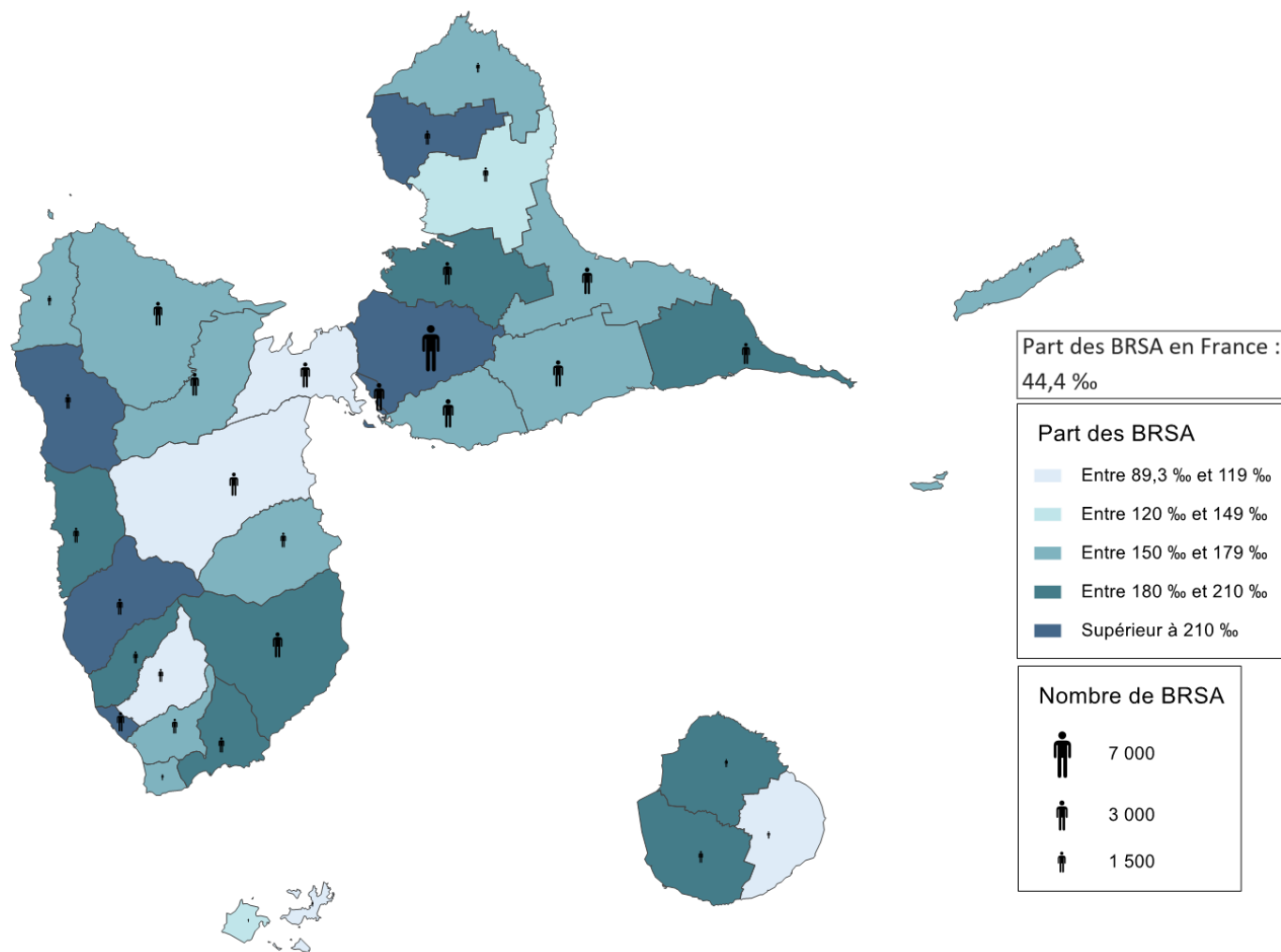
⁷ L'Observatoire des Territoires ne diffuse la médiane du revenu disponible par UC au niveau communal (FiLoSoFi) que pour la France métropolitaine, la Martinique et La Réunion

Figure – Part d'allocataires du RSA en 2022 pour 1000 personnes de 15 à 64 ans par commune (INSEE)

Communes	Nombre d'allocataires du RSA en 2022	Part communale d'allocataires du RSA en 2022 (pour 1 000 habitants de 15-64 ans)
Les Abymes	6 925	211,8
Anse-Bertrand	370	153,3
Baie-Mahault	2 120	104
Baillif	525	182,5
Basse-Terre	1 280	217,2
Bouillante	800	199
Capesterre-Belle-Eau	2 115	196,9
Capesterre-de-Marie-Galante	220	115,6
Gourbeyre	775	170,4
La Désirade	145	170,5
Deshaies	380	153,3
Grand-Bourg	515	187,1
Le Gosier	2 675	155,1
Goyave	780	158,5
Lamentin	1 755	151,7
Morne-à-l'Eau	1 755	184,6
Le Moule	2 355	168,4
Petit-Bourg	1 815	117,6
Petit-Canal	740	142,1
Pointe-à-Pitre	2 550	278,3
Pointe-Noire	760	213,9
Port-Louis	715	205,3
Saint-Claude	610	89,3
Saint-François	1 525	186,8
Saint-Louis	255	180,6
Sainte-Anne	2 285	150,6
Sainte-Rose	1 885	174,1
Terre-de-Bas	65	129,8
Terre-de-Haut	115	119,4
Trois-Rivières	830	182,4
Vieux-Fort	165	150,7
Vieux-Habitants	905	216,8

Cette technique pour approcher la pauvreté à l'échelle communale souffre tout de même d'une limite : **le non-recours aux droits.**

Figure – Cartographie de la part d'allocataires du RSA en 2022 pour 1000 personnes de 15 à 64 ans par commune (INSEE et SPQR)



5.2.5. Une recomposition des structures familiales

5.2.5.1. Un déclin marqué des familles

Les dynamiques démographiques en Guadeloupe se traduisent par une **évolution notable des structures familiales**.

Il est possible de constater, sur la période 2010-2021, une légère diminution des familles (-0,70%), tandis que les ménages composés d'une seule personne sont en forte augmentation (+32,89%).

Dans les ménages avec famille, on note des évolutions contrastées :

- Les couples sans enfant sont en augmentation de 16,02%, correspondant à un gain de 4 160 couples sur la période ;
- **A l'inverse, les couples avec enfant(s) enregistrent une baisse de 22,10%, ce qui s'inscrit dans la tendance globale de diminution de la natalité ;**
- **Les familles monoparentales, quant à elles, sont en hausse de 11,07%, soulignant une structure familiale de plus en plus fréquente en Guadeloupe.**

Ces transformations témoignent d'un changement dans les modèles familiaux, avec **une montée des ménages composés d'une seule personne et une plus grande prégnance de la monoparentalité**.

Figure – Evolution du type de ménage entre 2010 et 2021

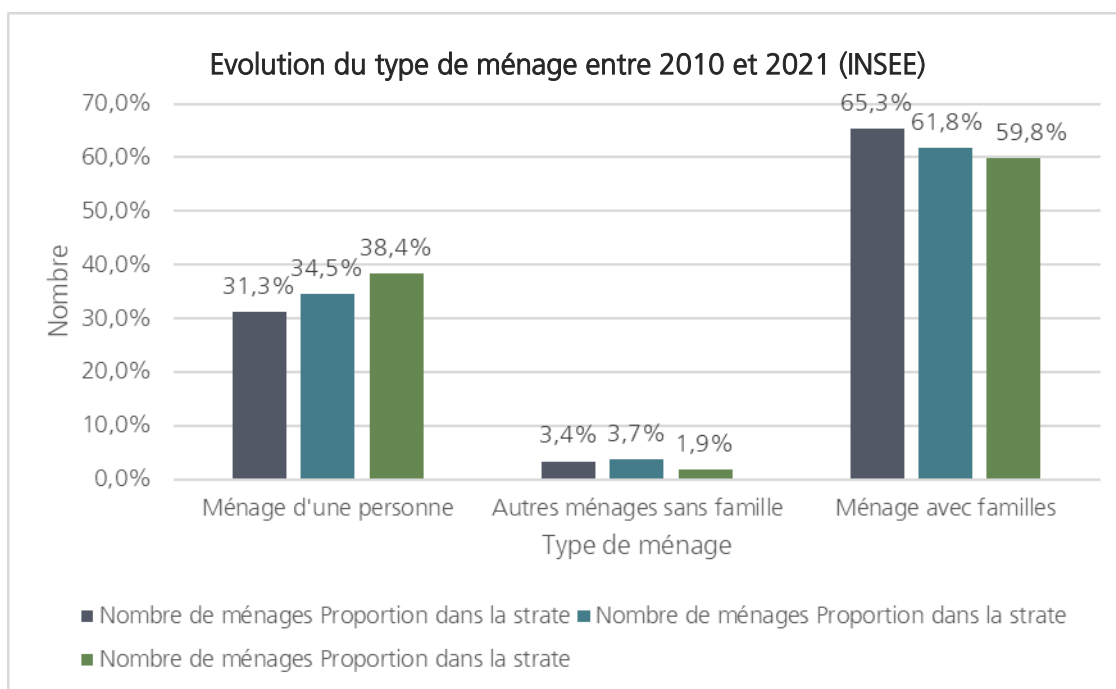


Figure – évolution de la composition des ménages entre 2010 et 2021 (INSEE)

Type de ménage	Nombre de ménages						Population des ménages			Evolution	
	2010	Proportion dans la strate	2015	Proportion dans la strate	2021	Proportion dans la strate	2010	2015	2021	En %	Valeurs
Ménage d'une personne	51 236	31,3%	59 287	34,5%	68 086	38,4%	51 236	59 287	68 086	32,89%	16 850
Hommes seuls	23 676	14,5%	27 255	15,9%	30 634	17,3%	23 676	27 255	30 634	29,39%	6 958
Femmes seules	27 560	16,8%	32 032	18,6%	37 452	21,1%	27 560	32 032	37 452	35,89%	9 892
Autres ménages sans famille	5 535	3,4%	6 319	3,7%	3 327	1,9%	13 555	15 494	7 379	-39,89%	-2 208
Ménage avec familles(s) dont la famille principale est	106 834	65,3%	106 152	61,8%	106 083	59,8%	335 588	319 666	306 249	-0,70%	-751
Un couple sans enfant	25 960	15,9%	27 955	16,3%	30 120	17,0%	55 915	59 957	63 624	16,02%	4 160
Un couple avec enfant(s)	41 790	25,5%	37 082	21,6%	32 555	18,3%	165 760	144 071	123 488	-22,10%	-9 235
Une famille monoparentale	39 083	23,9%	41 116	23,9%	43 408	24,5%	113 914	115 638	119 138	11,07%	4 325
Total	163 604	100%	171 758	100%	177 495	100%	400 379	394 447	381 714	8,49%	13 891

« Comme les gens ont un pouvoir d'achat de plus en plus faible, ils font moins d'enfants »

Verbatim – entretiens stratégiques et ateliers de concertation

5.2.5.2. Une progression des familles avec peu voire pas d'enfants

L'évolution du nombre d'enfants par famille en Guadeloupe révèle une transformation profonde des dynamiques familiales. **L'augmentation de 23,3% des familles sans enfant entre 2010 et 2021 témoigne d'une transition vers un modèle où la parentalité devient un choix plus tardif, voire évité.**

Les familles avec un enfant diminuent légèrement de 1,18%, la baisse atteint 18,30% pour les familles avec deux enfants. **La chute devient plus significative à partir du 3^{ème} enfant :**

- **-31,14% pour les familles avec trois enfants**
- **-42,71 pour celles de quatre enfants ou plus**

Ces chiffres traduisent un effondrement du modèle familial élargi, autrefois courant en Guadeloupe. Moins d'enfants signifie, à terme, une contraction de la population active et un phénomène de vieillissement accéléré.

Figure – évolution du nombre d'enfants par famille entre 2010 et 2021 (INSEE)

Nombre d'enfants	Année						Evolution	
	2010	Proportion dans la strate	2015	Proportion dans la strate	2021	Proportion dans la strate	En %	Valeurs
Aucun enfant	38 868	35,5%	42 617	39,1%	47 926	43,9%	23,30%	9 058
1 enfant	32 628	29,8%	32 203	29,6%	32 244	29,5%	-1,18%	-384
2 enfants	24 851	22,7%	23 112	21,2%	20 303	18,6%	-18,30%	-4 548
3 enfants	9 377	8,6%	7 965	7,3%	6 457	5,9%	-31,14%	-2 920
4 enfants ou plus	3 915	3,6%	3 061	2,8%	2 243	2,1%	-42,71%	-1 672
Total	109 639	100%	108 958	100%	109 173	100%	-0,43%	-466

5.2.5.3. Une part significative mais stable de familles monoparentales

En 2021, les familles monoparentales occupent une place centrale dans l'organisation des ménages familiaux : elles représentent 42 051 ménages, soit 39,6% de l'ensemble des ménages familiaux. À titre de comparaison, les couples sans enfant représentent 27,5% des ménages, tandis que les couples avec enfant(s) s'élèvent à 30%. En conséquence, 51 590 enfants de moins de 18 ans vivent dans une famille monoparentale guadeloupéenne, soit six enfants sur dix.

Particularité, cette monoparentalité est très largement féminine (81% des familles monoparentales : 91 508 familles sur 112 205).

Figure – composition détaillée des ménages composés d'une famille en 2021 (INSEE)

Ménage d'une famille	Nombre de ménages	%	Population des ménages
Couple sans enfant	29 128	27,5	59 141
Couples avec enfant(s)	31 806	30,0	119 061
Couple avec uniquement enfant(s) du couple	27 415	25,8	100 997
Couple avec au moins un enfant d'un seul des deux membre du couple	4 391	4,1	18 064
Famille monoparentale	42 051	39,6	112 205
Homme seul avec enfant(s)	8 232	7,8	20 697
Femme seule avec enfant(s)	33 819	31,9	91 508
Total	102 985	100	290 407



Une famille monoparentale comprend un parent isolé et un ou plusieurs enfants célibataires n'ayant pas d'enfant (INSEE).

Cette prévalence de la monoparentalité féminine s'explique de plusieurs manières :

- **Un poids de l'Histoire qui a favorisé la centralité historique de la mère dans la famille guadeloupéenne.** Il est ici fait référence à la filiation organisée entre les enfants et les mères aux dépens des pères durant la période esclavagiste. Phénomène qui s'est poursuivi ensuite. Ce modèle familial s'est donc construit en opposition au modèle familial européen centré sur le mariage comme préalable à la paternité⁸.
- **Des grossesses précoces hors couple plus courantes :** les naissances hors couple surviennent bien plus tôt dans la vie des personnes que celles ayant lieu au sein des couples. Aussi, en Guadeloupe, les femmes ayant eu un premier enfant entre 1971 et 1980 dans le cadre d'un couple cohabitant l'ont eu en moyenne à 23,7 ans.
- **Le niveau de diplôme est également lié à la situation de couple au moment de la naissance avec un gradient encore plus marqué, notamment pour les femmes :** 45 % des mères sans diplôme ont eu leur premier enfant hors couple contre 17 % des titulaires d'un diplôme supérieur à un niveau bac + 2.
- **Une très faible reconnaissance des nouveaux nés par les pères :** 63% de naissances en 2022 selon le SDSF.

Cette forte présence des familles monoparentales a des implications socio-économiques importantes, notamment en termes de précarité, de logement et d'accès aux services publics.

Elle souligne également des défis liés à l'accompagnement des parents isolés et à la conciliation entre vie familiale et professionnelle. Elle n'est toutefois pas uniquement spécifique à la Guadeloupe et se retrouve très présente aussi en Martinique.

⁸ Régis Brunod¹ et Solange Cook-Darzens, LES HOMMES ET LA FONCTION PATERNELLE DANS LA FAMILLE ANTILLAISE, Santé Mentale au Québec. 2001, XXVI, 1, 160-180

Figure – Part des familles monoparentales dans les familles en 2021 (INSEE)

Département	Part en %
Guadeloupe	39,6%
Martinique	41,8%
La Réunion	34,2%
Seine Saint Denis	25,3%
Bouches du Rhône	20,7%
France	17,3%
<i>Ecart avec la France</i>	<i>22,3%</i>

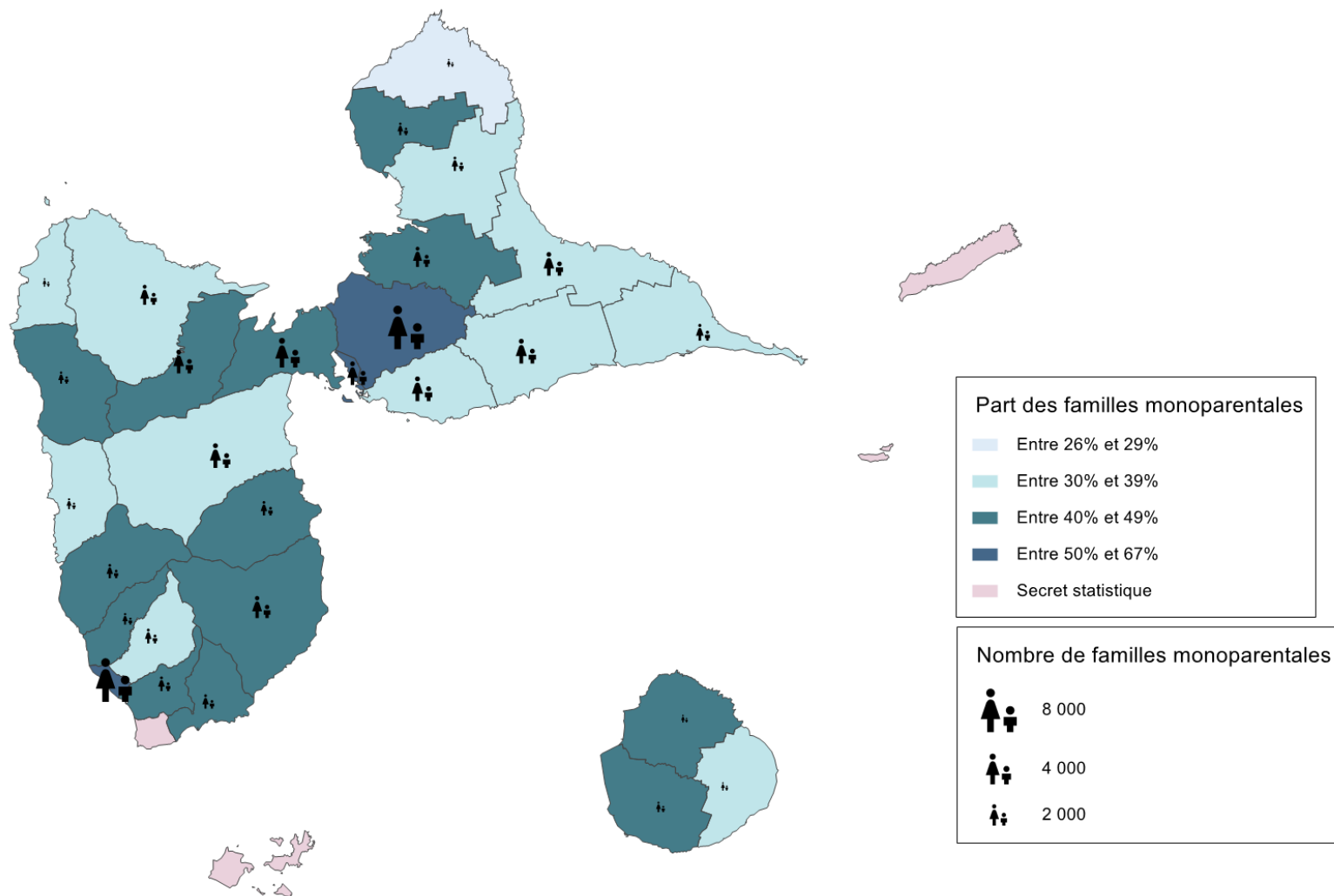
Au niveau local, il apparaît de relatives différences entre les communes de Guadeloupe. Parmi les familles avec enfants, certaines sont majoritairement monoparentales.

Figure - Part des familles monoparentales au sein des familles avec enfant(s) en 2021 (INSEE)

Communes	Nombre de familles monoparentales parmi les familles	Part des familles monoparentales parmi les familles
Les Abymes	8 004	55,6%
Anse-Bertrand	317	26,5%
Baie-Mahault	3 724	42,8%
Baillif	633	44,0%
Basse-Terre	8 004	55,6%
Bouillante	557	33,7%
Capesterre-Belle-Eau	2 133	42,4%
Capesterre-de-Marie-Galante	345	39,4%
Gourbeyre	985	46,1%
La Désirade	Secret statistique	Secret statistique
Deshaies	341	30,4%
Grand-Bourg	527	41,7%
Le Gosier	2 635	34,4%
Goyave	961	42,2%
Lamentin	2 421	44,2%
Morne-à-l'Eau	1 783	40,0%
Le Moule	2 393	37,5%
Petit-Bourg	2 645	36,6%
Petit-Canal	929	38,9%
Pointe-à-Pitre	2 398	66,7%
Pointe-Noire	693	43,0%
Port-Louis	731	46,9%
Saint-Claude	1 000	35,1%
Saint-François	1 281	32,6%
Saint-Louis	304	44,2%
Sainte-Anne	2 625	38,5%

Sainte-Rose	1 771	35,2%
Terre-de-Bas	Secret statistique	Secret statistique
Terre-de-Haut	Secret statistique	Secret statistique
Trois-Rivières	925	40,3%
Vieux-Fort	Secret statistique	Secret statistique
Vieux-Habitants	914	46,5%

Figure – Cartographie de la part et du nombre des familles monoparentales en 2022 (INSEE et SPQR)



5.2.6. Un habitat dégradé

La Guadeloupe fait face à des défis significatifs en matière de qualité et d'occupation des logements.

5.2.6.1. Une évolution des logements vacants

Entre 2010 et 2021, les logements vacants ont augmenté de 18,91%, correspondant à une hausse de 5 580 logements sur la période. En 2021, 14,9% des logements étaient vacants, soit environ 35 085 logements, plaçant la région au deuxième rang national, juste après la Martinique.

Les résidences principales, quant à elles, ont diminué de 8,01%. Les résidences secondaires ont doublé sur la même période, passant de 12 807 à 24 160, soit une augmentation de 88,65%.

Figure – évolution du nombre de logements par catégorie entre 2010 et 2021 (INSEE)

Catégorie et type de logement	Année						Evolution	
	2010	Proportion dans la strate	2015	Proportion dans la strate	2021	Proportion dans la strate	En %	Valeurs
Résidences principales	163 621	79,5%	171 674	76,7%	176 722	74,9%	8,01%	13 101
Résidences secondaires et logements occasionnels	12 807	6,2%	17 765	7,9%	24 160	10,2%	88,65%	11 353
Logements vacants	29 505	14,3%	34 283	15,3%	35 085	14,9%	18,91%	5 580
Maisons	154 286	74,9%	167 701	75,0%	175 042	74,2%	13,45%	20 756
Appartements	48 779	23,7%	53 796	24,0%	58 888	25,0%	20,72%	10 109
Total	205 933	100%	223 722	100%	235 967	100%	14,58%	30 034

Un logement est vacant s'il est inoccupé et :



- Proposé à la vente, à la location,
- Déjà attribué à un acheteur ou un locataire et en attente d'occupation,
- En attente de règlement de succession,
- Conservé par un employeur pour un usage futur au profit d'un de ses employés,
- Sans affectation précise par le propriétaire (logement vétuste, etc.).

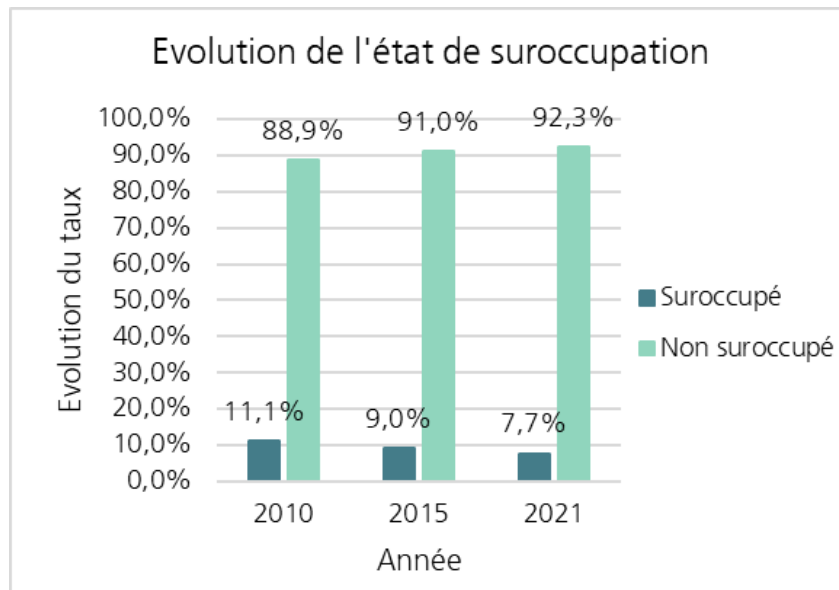
5.2.6.2. Une diminution de la suroccupation

Par ailleurs, la **suroccupation concerne près d'un logement sur douze en Guadeloupe**. Ce phénomène désigne une situation où le nombre d'occupants est trop élevé par rapport à la taille et au nombre de pièces disponibles.

Toutefois, la situation s'est nettement améliorée au fil des années : **la part des logements en suroccupation est en nette diminution passant de 11,1% en 2010 à 7,7% en 2021**, tandis que la proportion des logements non suroccupés a progressé de 88,9% à 92,3%. **Cette évolution traduit une amélioration des conditions de logement sur l'archipel.**

Toutefois, malgré cette dynamique positive, la suroccupation demeure un indicateur de précarité qui continue d'affecter une part significative des ménages guadeloupéens.

Figure – évolution de l'état de suroccupation entre 2010 et 2021 (INSEE)



Un logement est suroccupé s'il comporte moins de pièces que le nombre théoriquement nécessaire au ménage occupant le logement (INSEE).

Le nombre de pièces théoriquement nécessaire (norme) est calculé ainsi :

- Une pièce de séjour pour le ménage ;
- Une pièce pour chaque couple ;
- Une pièce pour chaque personne de 19 ans ou plus ne vivant pas en couple dans le ménage ;
- Pour les personnes de moins de 19 ans, une pièce pour deux personnes si elles ont le même sexe ou ont moins de 7 ans, sinon, une pièce par personne

La cuisine n'est comptée dans le nombre de pièces du logement que si elle mesure plus de 12 m².



5.2.6.3. Un nombre important de logements privés d'eau chaude

L'accès à l'eau chaude dans les logements guadeloupéens a connu une progression notable entre 2010 et 2021, avec une augmentation de 40,49% du nombre de logements équipés. En 2010, 100 152 logements disposaient d'un accès à l'eau chaude contre 140 703 en 2021.

Si cette évolution semble significative, il faut la mettre en perspective avec le nombre total de logements : 176 722 en 2021. **Cela signifie que 36 019 logements, soit un peu plus de 20%, ne disposent toujours pas d'eau chaude.** Ce chiffre est élevé, au regard des standards de confort attendus aujourd'hui.

Par ailleurs, d'après le pôle départemental de lutte contre l'habitat indigne (PDLHI), environ 35 000 logements sont considérés comme insalubres en Guadeloupe, représentant 15 % des résidences

principales. Ces habitations souffrent de problèmes tels que l'absence d'électricité ou d'équipements sanitaires, exposant les occupants à des risques pour leur santé et leur sécurité.

Figure – évolution du confort des résidences principales entre 2010 et 2021 (INSEE)

Caractéristique	Année						Evolution	
	2010	Proportion dans la strate	2015	Proportion dans la strate	2021	Proportion dans la strate	En %	Valeurs
Électricité dans le logement	160 382	98,0%	168 973	98,4%	173 974	98,4%	8,47%	13 592
Eau chaude dans le logement	100 152	61,2%	119 463	69,6%	140 703	79,6%	40,49%	40 551
Baignoire ou douche et WC à l'intérieur	159 328	97,4%	168 569	98,2%	173 929	98,4%	9,16%	14 601
Chauffe-eau solaire	23 422	14,3%	38 078	22,2%	78 637	44,5%	235,74%	55 215
Pièce climatisée	59 150	36,2%	78 314	45,6%	92 573	52,4%		
Tout-à-l'égout	63 541	38,8%	66 097	38,5%	69 018	39,1%	8,62%	5 477
Total	163 621	100%	171 674	100%	176 722	100%	8,01%	13 101

« Lorsqu'on fait des visites à domicile, on se rend parfois compte que l'habitation est très dégradée »

Verbatim – entretiens stratégiques et ateliers de concertation

En Guadeloupe, en moyenne 92,5% des logements sont en dur, 5,3% en bois et 2,2% sont des habitations de fortune et cases traditionnelles. Toutefois, des disparités locales sont notables. Les habitats qui ne sont pas en dur sont plus susceptibles d'être affectés en cas d'évènements météorologiques violents (ouragan). Par ailleurs, pour les habitations de fortune et cases traditionnelles, celles-ci ne permettent pas un développement dans des conditions adaptées des enfants présents dans le foyer.



Le logement en dur correspond aux constructions relativement récentes réalisées avec des matériaux tels le béton, les parpaings ou les briques. (INSEE).

Le logement en bois renvoie à la maison créole ou ancienne (INSEE).

Les habitations de fortune et cases traditionnelles sont des constructions précaires faites de bois et de tôles. Ce peut aussi être une maison en ruine ou un bâtiment non destiné à l'habitation, mais qui sont habités (INSEE).

Figure – Typographie du logement par commune en 2022 (INSEE)

Communes	Part des logements en dur	Part des logements en bois	Part des habitations de fortune et cases traditionnelles
Les Abymes	94,8	3,4	1,9
Anse-Bertrand	93,5	3,7	2,7
Baie-Mahault	96,2	2,8	1,0
Baillif	94,4	3,4	2,3
Basse-Terre	96,0	3,0	1,0
Bouillante	90,6	7,4	2,1
Capesterre-Belle-Eau	92,4	5,0	2,7
Capesterre-de-Marie-Galante	89,3	5,4	5,2
Gourbeyre	94,7	4,3	1,0
La Désirade	82,3	13,5	4,3
Deshaies	88,6	10,3	1,1
Grand-Bourg	89,9	6,0	4,2
Le Gosier	95,7	3,3	1,0
Goyave	95,2	2,6	2,3
Lamentin	95,6	3,2	1,2
Morne-à-l'Eau	92,0	4,4	3,6
Le Moule	93,6	4,4	1,9
Petit-Bourg	93,9	1,8	0,4
Petit-Canal	91,7	4,9	3,4
Pointe-à-Pitre	92,9	5,2	1,9
Pointe-Noire	84,7	12,3	2,9
Port-Louis	92,5	5,5	1,9
Saint-Claude	93,6	5,3	1,1
Saint-François	89,9	4,9	5,2
Saint-Louis	92,5	5,1	2,3
Sainte-Anne	93,4	4,9	1,7
Sainte-Rose	93,3	5,0	1,7
Terre-de-Bas	88,7	10,4	0,8
Terre-de-Haut	94,4	4,0	1,6
Trois-Rivières	94,1	4,4	1,6
Vieux-Fort	95,1	4,1	0,9
Vieux-Habitants	93,1	4,4	2,5
Guadeloupe	92,5	5,3	2,2

5.2.7. Une forte propension à la violence au sein des familles

5.2.7.1. Des faits de coups et blessures volontaires intrafamiliaux en augmentation

Ces données suggèrent une augmentation des violences intrafamiliales en Guadeloupe. Plusieurs facteurs peuvent expliquer cette hausse des chiffres, notamment une meilleure prise en charge des victimes et une libération de la parole facilitée par les politiques publiques. Les facteurs économiques, sociaux et culturels jouent également un rôle important dans cette évolution. Dès lors, il est essentiel de renforcer les actions de prévention et de soutien aux victimes pour inverser cette tendance.

En Guadeloupe, d'après l'enquête Virage dans les Outre-mer, **32 % des femmes et 23 % des hommes déclarent des faits de violence avant dix-huit ans** dans les différentes sphères de vie (études, loisirs, cercle amical, famille, proches). Ces faits se produisent principalement au sein de la famille et de l'entourage proche (28 % des femmes et 18 % des hommes en déclarent dans ce cadre). Les violences avant 18 ans dans la famille et l'entourage proche sont sensiblement plus fréquentes que dans l'Hexagone : plus d'une femme sur quatre (contre une sur six dans l'Hexagone) et près d'un homme sur cinq (contre un sur huit) déclarent au moins un fait.

Par ailleurs, concernant les violences avant 18 ans, la Guadeloupe connaît des tendances supérieures à l'Hexagone quels que soient les sexes et les violences (cf. tableau ci-dessous).

Figure – Récapitulatif des violences subies avant 18 ans en Guadeloupe et dans l'Hexagone selon le sexe de la victime (VIRAGE 2018)

	Guadeloupe		Hexagone		Ecart (en points)	
	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes
Violences psychologiques ou verbales (en %)	18,7	12,8	14,2	9,5	4,5	3,3
Violences Physiques (en %)	10,5	9,0	7,7	7,2	2,8	1,8
Violences Sexuelles (en %)	8,8	1,7	4,6	0,7	4,2	1,0

Selon ladite enquête, **les parents sont les principaux auteurs** des violences psychologiques et physiques dans le cadre de la famille et l'entourage proche.

- **Le père est l'auteur le plus désigné** pour 36 % des femmes et 49 % des hommes concernant des violences psychologiques. Ils sont également les plus désignés pour les violences physiques (respectivement 29 % et 42 % des faits de violence).
- Cependant, les femmes désignent **leur mère comme auteure de critiques, d'humiliations et d'insultes** nettement plus souvent que ne le font les hommes (27 % des femmes victimes contre 14 % pour les hommes). Elles sont également désignées comme auteure de violences physiques (respectivement 34 % et 29 %) et ce, quelle que soit la configuration familiale (parents en couple ou famille monoparentale).

Enfin, c'est dans **le cercle de la famille et de l'entourage proche que se produisent la plupart des violences sexuelles** subies par les femmes et les hommes avant l'âge de 18 ans : 12 % de femmes et 3 % des hommes ont déclaré des violences sexuelles avant 18 ans, quels que soient le ou les auteur(s) ou le cadre de vie, et dans près des deux tiers des cas au moins un des auteurs est un membre de la famille ou de l'entourage proche).

Ainsi, plus globalement, en Guadeloupe, **les coups et blessures volontaires survenant dans le cadre intrafamilial ont doublé entre 2016 et 2024 en passant de 946 faits à 1 839 en 2024 (soit un taux pour 1000 habitants de 2,4 à 4,8).**

« *La violence est partout et tout le temps* »

Verbatim – entretiens stratégiques et ateliers de concertation

5.2.7.2. Des violences conjugales nombreuses

Selon l'enquête VIRAGE dans les Outre-Mer (2018), **une femme sur cinq (19%) en Guadeloupe, en couple ou ayant été en couple pendant au moins quatre mois au cours des douze derniers mois, est victime ou a été victime de violences conjugales.**

Parmi ces violences, on peut observer **qu'une femme sur trois (33,3%) est victime d'atteintes psychologiques**, 8,4% sont victimes de violences verbales, 3,7% sont victimes de violences physiques et 2,3% de violences sexuelles. L'écart avec les femmes de l'Hexagone est important.

Figure – Tableau récapitulatif des violences subies par les femmes en couple ou ayant été en couple pendant au moins quatre mois au cours des douze derniers mois (VIRAGE)

	Guadeloupe	Hexagone	Ecart
Atteintes Psychologiques (en %)	33,30	10,50	22,80
Violences Verbales (en %)	8,40	3,30	5,10
Violences Physiques (en %)	3,70	1,30	2,40
Violences Sexuelles (en %)	2,30	0,30	2,00
Violence Globale (IGVC) (en %)	18,90	5,40	13,50

« *On a trop d'enfants et de femmes victimes violences intra-familiales* »

Verbatim – entretiens stratégiques et ateliers de concertation

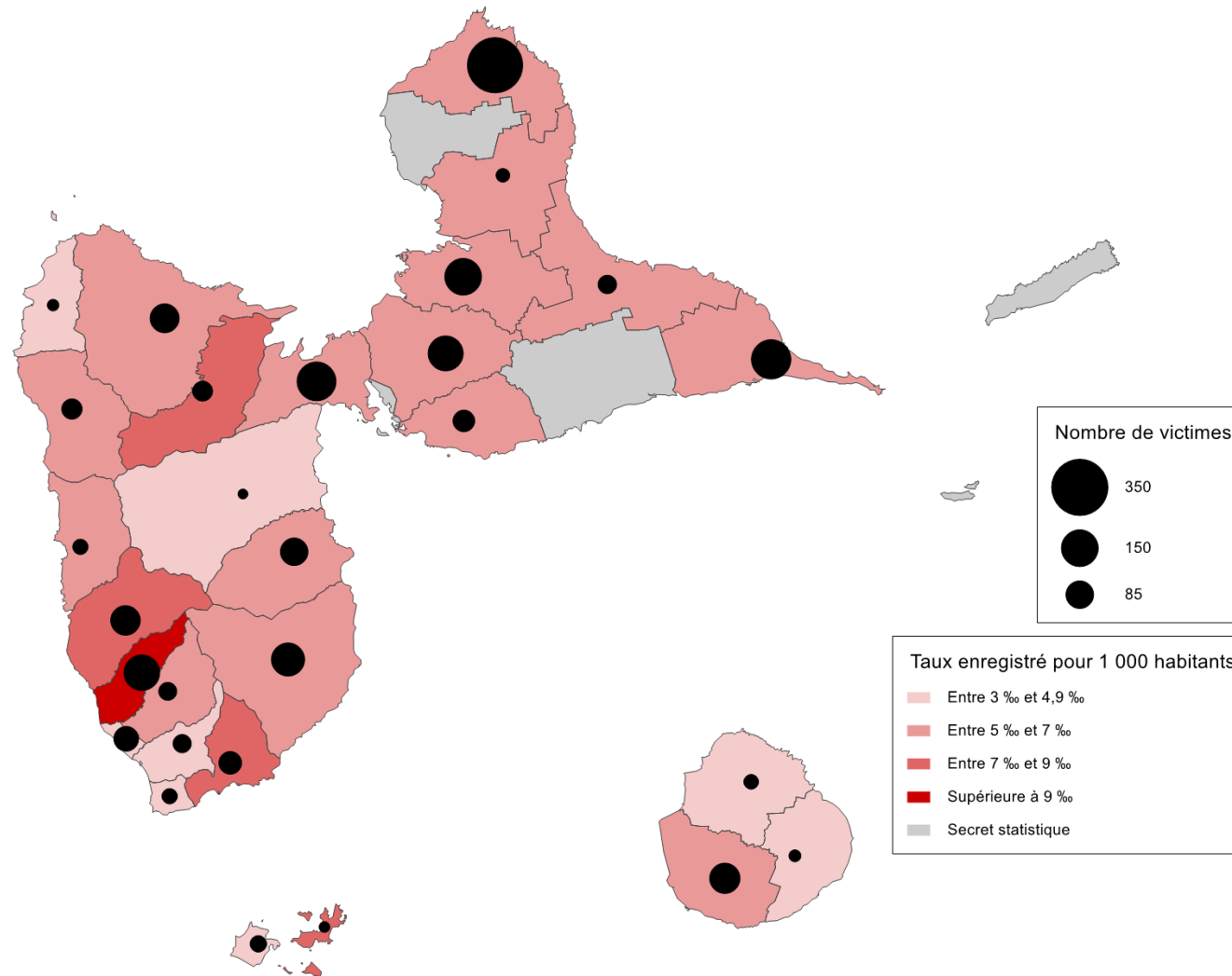
5.2.7.3. Des différences territoriales importantes concernant les violences intrafamiliales enregistrées

D'après le SSMSI, en 2024, 2183 victimes de violences physiques intrafamiliales ont été enregistrées en Guadeloupe (soit un taux de 5,7 pour 1000 habitants). Ce taux varie considérablement en fonction des communes.

Figure - Violences physiques intrafamiliales enregistrées en 2024 en ‰ (SSMSI).

Communes	Taux enregistré pour 1 000 habitants	Nombre de victimes enregistrées
Les Abymes	6,5	337
Anse-Bertrand	3,5	15
Baie-Mahault	5,6	172
Baillif	5,3	26
Basse-Terre	5,5	52
Bouillante	5,6	36
Capesterre-Belle-Eau	5,2	93
Capesterre-de-Marie-Galante	3,5	11
Gourbeyre	5,2	38
La Désirade	<i>secret statistique</i>	<i>secret statistique</i>
Deshaies	5,5	21
Grand-Bourg	3,4	16
Le Gosier	5,5	149
Goyave	7,5	57
Lamentin	5,5	102
Morne-à-l'Eau	5,3	84
Le Moule	5,3	122
Petit-Bourg	6,3	167
Petit-Canal	5,6	46
Pointe-à-Pitre	9,5	141
Pointe-Noire	7,6	44
Port-Louis	4,3	24
Saint-Claude	3,5	37
Saint-François	7,3	97
Saint-Louis	<i>secret statistique</i>	<i>secret statistique</i>
Sainte-Anne	5,6	136
Sainte-Rose	3,9	68
Terre-de-Bas	<i>secret statistique</i>	<i>secret statistique</i>
Terre-de-Haut	<i>secret statistique</i>	<i>secret statistique</i>
Trois-Rivières	4,0	30
Vieux-Fort	7,5	13
Vieux-Habitants	3,6	26
Guadeloupe	5,7	2183

Figure – Nombre de victimes de VIF enregistrées ainsi que le taux pour 1 000 habitants en 2024 (INSEE et SPQR)



5.2.8. Synthèse

La scolarisation des mineurs est élevée (78,5% des 2 à 5 ans et plus de 97% pour les plus 6 ans et plus). Toutefois, la part de la population des 15 ans et plus à n'avoir aucun diplôme demeure élevée (33% en 2021). Cette tendance s'inscrit dans un contexte ultra-marin où La Martinique et La Réunion disposent de données proches. Or, il est admis qu'un niveau de qualification plus faible entraîne un risque de précarité plus élevé.

Une part importante de la population est inactive. Cela s'explique par un taux de chômage élevé (16% en 2024). La proportion des « NEET » (ni en emploi, ni en études, ni en formation) est également très nette chez les plus jeunes : 25% selon le Schéma Départemental des Services aux Familles. En conséquence, la pauvreté est assez prégnante et se concentre essentiellement chez les plus jeunes (taux de pauvreté de 45% chez les moins de trente ans en 2017 selon l'INSEE). Les situations de privation matérielle importante touchent 41% des Guadeloupéens (en 2018 selon l'INSEE). La part des bénéficiaires du RSA est très largement supérieure à la moyenne nationale : 169,3 pour 1 000 personnes de 15 à 64 ans contre 44,4 pour 1 000 personnes de 15 à 64 ans (INSEE). L'habitat dégradé est répandu mais la suroccupation des logements diminue (INSEE).

Les familles sont également moins nombreuses (- 1% entre 2010 et 2021). Les couples sans enfants progressent nettement (+16% entre 2010 et 2021) contrairement aux couples sans enfant (- 22% entre 2010 et 2021). Les familles monoparentales sont en forte hausse (+11%). La réponse aux besoins doit ainsi évoluer d'autant plus qu'il existe une forte propension à la violence au sein des familles. Les violences intra-familiales sont nombreuses et très largement supérieures à la moyenne nationale. Ainsi, en Guadeloupe, les coups et blessures volontaires survenant dans le cadre intrafamilial ont doublé entre 2016 et 2024 en passant de 946 faits à 1 839 en 2024 (soit un taux pour 1000 habitants de 2,4 à 4,8).

5.3. Un portrait de sante qui interpelle

5.3.1. Des indicateurs de santé dégradés

5.3.1.1. Des comorbidités supérieures à la moyenne nationale

5.3.1.1.1. Une part importante de la population souffrant d'affection longue durée

Entre 2017 et 2019, près de 30 000 nouvelles admissions en ALD ont été enregistrées en Guadeloupe, soit **en moyenne 9 987 nouvelles admissions par an**. La répartition entre les hommes (49,6%) et les femmes (50,4%) est relativement équilibrée.

Les taux standardisés de nouvelles admissions y sont plus élevés que ceux de la France métropolitaine pour les femmes, mais légèrement inférieurs pour les hommes.

- Le nombre d'admissions en ALD a progressé de 18% par rapport à 2012-2014, avec une hausse notable chez les femmes (+19%) et les hommes (+17%).
- Cette tendance s'inscrit dans une évolution où, après une période de taux supérieurs au niveau national (entre 2006 et 2011), **la Guadeloupe a vu ses chiffres converger vers ceux de la métropole entre 2012 et 2019.**

Sur la période 2017-2019, le diabète représente le premier motif d'admission en ALD en Guadeloupe (26,5%), devant les maladies cardio-vasculaires (23,8%) et les tumeurs (18,1%), à l'inverse de la France métropolitaine où les maladies cardio-vasculaires dominent (30%)⁹.

En 2019, près de 95 000 guadeloupéens bénéficiaient du dispositif ALD, soit un quart de la population, avec une majorité de femmes (56%). Rapporté à la population, le taux de bénéficiaires en ALD est plus élevé en Guadeloupe qu'en France métropolitaine, notamment chez les femmes (24 002 contre 18 842 pour 100 000 femmes). Entre 2014 et 2019, le nombre de bénéficiaires a progressé de 6% suivant une évolution régionale plus marquée pour les femmes, dont le taux reste supérieur à la moyenne nationale.



L'Affection longue durée (ALD) concerne une maladie dont la gravité et/ou le caractère chronique nécessite un traitement prolongé, particulièrement coûteux.

Il existe deux types d'ALD :

- **L'ALD exonérante** : les frais de santé liées à une maladie grave, évoluant pendant plus de 6 mois et nécessitant un traitement coûteux, sont **pris en charge au maximum remboursable par la Sécurité sociale**
- **L'ALD non exonérante** : l'affection nécessite une interruption de travail ou des soins d'une durée prévisible supérieure à 6 mois, mais **n'ouvre pas droit à la suppression du ticket modérateur**

⁹ Observatoire Régionale de la Santé de Guadeloupe, *les maladies chroniques en Guadeloupe*, 2021

5.3.1.1.2. Une prévalence importante de diabète de type 1 et diabète de type 2

Le diabète est une maladie métabolique liée à une défaillance des mécanismes physiologiques qui régulent le taux de glucose dans le sang et permettent sa transformation en énergie. Il existe deux types de diabète :

- Le **diabète de type 1** se développe le plus fréquemment chez les enfants et les adolescents lorsque le pancréas ne produit pas suffisamment d'insuline pour contrôler le taux de glucose dans le sang.
- Le **diabète de type 2** apparaît quand l'organisme n'utilise pas correctement l'insuline produite. Il est plutôt lié à l'alimentation et s'installe progressivement. C'est la forme la plus fréquente, représentant entre 90% et 95% des cas de diabète.

Avec **32 342 bénéficiaires en ALD pour diabète en 2019, soit une augmentation de 17% en cinq ans**, la Guadeloupe affiche une prévalence **nettement supérieure à celle de la métropole**.

5.3.1.2. **Des habitudes alimentaires peu adaptées chez les jeunes**

L'Enquête Nationale en Collège et en Lycée chez les Adolescents sur la Santé et les Substances (EnCLASS) est une étude scientifique internationale menée en France de manière régulière. La Guadeloupe a vu sa première édition mise en place en 2023.

Il ressort ainsi que **la prise de petit-déjeuner, en semaine, ne concerne qu'un garçon sur deux (47,3%) et qu'une fille sur trois (30,9%)**. La consommation de fruits et légumes est quasi similaire et s'établit à un faible niveau : 30% consomment des fruits quotidiennement et 28% consomment des légumes quotidiennement. **La consommation d'aliments gras et sucré est forte : 77% consomment des boissons sucrées de manière hebdomadaire et 72% consomment des sucreries de façon hebdomadaire.**

L'activité physique est très peu développée notamment chez les filles : seulement 8,3% d'entre elles pratiquent au moins 60 minutes d'activité physique par jour quand 22,2% des garçons le font. En outre, cette activité physique est globalement cantonnée au cadre scolaire : 89,8% des filles ne pratiquent pas d'activité quotidienne en dehors des heures d'écoles quand 84,4% des garçons n'en pratiquent pas non plus.

« Souvent je ne mange pas avant d'aller au collège car il n'y a rien à manger à l'appartement »

Verbatim – atelier avec des jeunes

5.3.1.3. Un net mésusage des écrans et des réseaux sociaux

Selon l'Enquête Nationale en Collège et en Lycée chez les Adolescents sur la Santé et les Substances (EnCLASS) menée en 2023 en Guadeloupe, **100% des collégiens utilisent leur téléphone portable pour communiquer en ligne dont 85,3% tous les jours**. Parmi ceux-ci, 55,1% des élèves de 3ème communiquent avec des amis rencontrés en ligne. **Pour 9,8% des collégiens, des troubles dans l'usage des réseaux sociaux sont notés**. Cela concerne nettement plus les filles (11,7%) que les garçons (7,9%). Ainsi, pour ces 9,8% de collégiens, **74,2% d'entre eux sont fatigués avant d'aller en cours et 74,4% d'entre eux perçoivent leur bien-être comme médiocre**.

Chez les lycéens, 99,9% des filles et 96,4% des garçons utilisent les réseaux sociaux. Plus de la moitié utilisent les réseaux sociaux pour échapper à des sentiments négatifs (51,2% des lycéens précisément). Il est relevé également que 17% des lycéens en semaine et 45,1% en weekend consacrent 6 heures et plus par jour aux réseaux sociaux, ce qui conduit une partie non négligeable à avoir des troubles de l'utilisation des réseaux sociaux (4,7% des lycéens présentent).

« Quand c'est des adultes et des hommes qui me parlent sur TikTok, je ne réponds pas »

Verbatim – atelier avec des jeunes

5.3.1.4. Un usage du cannabis inférieur à la moyenne nationale

D'après l'enquête nationale en collèges et en lycées chez les Adolescents sur la Santé et les Substances – EnCLASS 2023 de l'ORSaG (juin 2024), **moins d'un collégien sur 10 (7,0 %) a déjà expérimenté le cannabis au cours de sa vie**. Les élèves de 3ème sont les plus concernés par l'expérimentation (10,9 %) et moins de 4 % des collégiens déclarent fumer du cannabis dans le mois. Parmi les collégiens, 14,1 % déclarent qu'ils pourraient assez facilement ou très facilement se procurer du cannabis.

Au lycée, environ 17 % des élèves ont déjà expérimenté le cannabis au cours de leur vie. Les lycéens sont également significativement plus concernés par l'expérimentation que les lycéennes (respectivement 20,1 % et 13,8 %). Les élèves de « première » (19,3 %) sont autant concernés par l'expérimentation que les élèves de « terminale » (19,8 %). Il est relevé que 7,7% des lycéens déclarent avoir consommé du cannabis dans le mois. De manière similaire à l'expérimentation, les lycéens sont significativement plus concernés que les lycéennes (respectivement 9,1 % et 6,4 %). Par ailleurs, plus d'un lycéen sur dix (11,9 %) déclarent avoir consommé du cannabis dans l'année. Les garçons sont aussi significativement plus concernés que les filles (respectivement 13,5 % et 10,3%). Enfin, la consommation régulière et quotidienne est inférieure à 4 % : 3,5 % chez les garçons et 2,4 % chez les filles.

Aussi, si la consommation du cannabis chez les jeunes Guadeloupéens est à un niveau inférieur à la moyenne nationale, elle demeure tout de même notable.

« Je vois les grands fumer mais je sais que ce n'est pas bien, c'est dangereux »

Verbatim – ateliers avec des jeunes

5.3.1.5. Une santé mentale impactée chez les jeunes

Selon l'Enquête Nationale en Collège et en Lycée chez les Adolescents sur la Santé et les Substances (EnCLASS) menée en 2023 en Guadeloupe, plus de 80 % des collégiens déclarent être en excellente ou bonne santé (80,9 %). Les garçons sont significativement plus nombreux à se déclarer en excellente ou bonne santé que les filles (respectivement 86,4 % et 75,1 %).

Toutefois, en se concentrant sur la santé mentale, **un peu moins d'une moitié des collégiens déclare ne pas disposer d'un bon niveau de bien-être mental (44,1%)**. Par ailleurs, plus d'un quart des collégiens ont éprouvé **un sentiment de solitude au cours des douze derniers mois (26,3 %)**.

Les principales plaintes ressenties au cours des six derniers mois par les élèves sont :

- L'irritabilité (46,9 %)
- La nervosité (39,4 %)
- Les difficultés d'endormissement (37,6 %)

Les symptômes dépressifs les plus déclarés par les élèves sont respectivement :

- Le fait de ne pas supporter grand-chose (48,4 %)
- Le manque d'énergie (46,8 %)
- Les difficultés à réfléchir (43 %)
- Le sentiment de découragement (42,8 %)

Près de deux collégiens sur dix présentent un risque important de dépression (16,6 %). Globalement, les filles sont significativement plus nombreuses que les garçons à déclarer : être dans un état de mal-être, ressentir un sentiment de solitude, être concernées par des plaintes psychologiques et somatiques ou présenter un risque important de dépression.

Chez les lycéens, plus de deux tiers des élèves déclarent être en excellente ou bonne santé (74,2 %). Les garçons sont significativement plus nombreux à se déclarer en excellente ou bonne santé que les filles (respectivement 83,4 % et 65,2 %).

Toutefois, en se concentrant sur la santé mentale, la même tendance apparaît : **plus de la moitié des lycéens déclare ne pas disposer d'un bon niveau de bien-être mental (52,4 %)**. Dans le détail, trois lycéens sur dix ont éprouvé un sentiment de solitude au cours des douze derniers mois (31,3 %).

Les principales plaintes ressenties au cours des six derniers mois par les élèves sont :

- L'irritabilité (49 %)
- La nervosité (42,8 %)
- Les difficultés d'endormissement (38,8 %)

Les symptômes dépressifs les plus déclarés par les élèves sont :

- Le manque d'énergie (53,3 %)
- Le fait de ne pas supporter grand-chose (48,1 %)
- Le sentiment de découragement (47,9 %)
- Les difficultés à réfléchir (47,1 %)

Près de deux lycéens sur dix présentent un risque de dépression (16,1 %). Un quart des élèves ont déclaré avoir eu des pensées suicidaires au cours des douze derniers mois (25,3 %) et **près de 17% avoir fait une tentative de suicide au cours de leur vie (16,7 %).** Un peu plus de 6 % des lycéens ont déclaré avoir pris des médicaments (tranquillisants ou somnifères) prescrits par leur médecin au cours des 12 derniers mois (6,2 %).

De manière similaire, les filles sont significativement plus nombreuses que les garçons à déclarer : être dans un état de mal-être, ressentir un sentiment de solitude, être concernées par des plaintes psychologiques et somatiques, présenter un risque important de dépression ou avoir des comportements suicidaires.

« *Je stress avant de venir en cours* »

Verbatim – ateliers avec des jeunes

Or, cet état de santé mentale dégradé chez les adolescents guadeloupéens s'explique par :

- **Un sentiment d'isolement et de solitude ressenti fréquemment surtout chez les filles.**
 - o Plus d'un collégien sur quatre (26,3 %) et près d'un lycéen sur trois (31,3 %) ont ressenti un sentiment de solitude « la plupart du temps » ou « toujours » au cours des 12 mois précédant l'enquête. Les filles sont nettement plus concernées que les garçons (par exemple, 39,7 % des lycéennes contre 22,7 % des lycéens).
- **Troubles psychologiques/somatiques récurrents** : irritabilité, nervosité, insomnie (*cf. supra.*).

5.3.1.6. Une santé dégradée chez les mères et les futures mères

Selon l'enquête périnatalité de l'ARS Guadeloupe, Saint Martin et Saint Barthélémy ainsi que Santé Publique France (2021), **33,9% des femmes enceintes guadeloupéennes expriment un sentiment de mal-être pendant leur grossesse (Hexagone : 25,6% soit + 8,3 points).** Deux mois après l'accouchement, cet écart est encore plus grand puisque 31% des Guadeloupéennes expriment toujours ce sentiment de mal-être quand seulement 16,7% des femmes de l'Hexagone sont concernées (soit + 14,3 points).

Les grossesses non désirées sont également plus fréquentes sur le territoire (10% en Guadeloupe) que dans l'Hexagone (4%). Elle s'explique notamment par une contraception moins bien maîtrisée (22,7% en Guadeloupe contre 11,8% dans l'Hexagone).

Dans le même temps, **les femmes guadeloupéennes présentant une obésité sont plus nombreuses (24,1%) que les femmes de l'Hexagone (14,4%)**. Les femmes allaitent plus souvent en Guadeloupe, que ce soit à la maternité ou à deux mois après l'accouchement (respectivement 92,3% et 71,2%) que dans l'Hexagone (respectivement 69,7% et 54,2%). La part des nourrissons avec un petit poids (< 2 500g) est plus grande dans le territoire (10,9%) que dans l'Hexagone (7,1%).

Enfin la consommation de tabac est plus faible en Guadeloupe chez les femmes enceintes que chez les femmes de l'Hexagone (respectivement 18,6% et 27,1%).

« En consultation, on a souvent des futures mamans très mal en point »

Verbatim – entretiens stratégiques et ateliers de concertation

5.3.1.7. Une mortalité infantile toujours à un niveau élevé

En 2021, le taux de mortalité infantile atteint 7,8‰ en Guadeloupe contre 3,4‰ en France hexagonale. Ce taux est comparable à la Martinique (8‰). Il est supérieur à La Réunion (6,9‰), à la Seine Saint Denis (5,8‰) et aux Bouches du Rhône (3,4‰).

Figure - Taux de mortalité infantile en ‰ en 2021 (INSEE)

Département	Taux de mortalité infantile en ‰
Guadeloupe	7,8
Martinique	8
La Réunion	6,9
Seine Saint Denis	5,8
Bouches du Rhône	3,4
France	3,7
<i>Ecart avec la France</i>	4,1



Le taux de mortalité infantile est le rapport entre le nombre d'enfants nés vivants et décédés à moins d'un an et l'ensemble des enfants nés vivants (INSEE).

5.3.1.8. Les interactions avec l'environnement

5.3.1.8.1. La chlordécone comme facteur de trouble dans le neurodéveloppement

La contamination des sols par la chlordécone – pesticide utilisé en Guadeloupe et en Martinique entre 1972 et 1993 pour lutter contre le charançon du bananier – représente par son étendue et sa persistance un enjeu sanitaire majeur pour les Antilles. Très stable dans l'environnement, cette molécule toxique peut contaminer les productions végétales ainsi que les milieux aquatiques. Or, ce pesticide est classé comme cancérigène probable et perturbateur endocrinien (substance qui altère les fonctions du système endocrinien, causant un effet sur la santé d'un individu, sa descendance ou des sous-populations). En conséquence, des conséquences sur le neurodéveloppement de l'enfant sont possible avec des répercussions notamment sur le développement de la motricité fine^{10, 11}

Depuis 2008, plusieurs plans nationaux ont été mis en œuvre pour lutter contre cette pollution. Un nouveau plan a été adopté en 2021 (**le Plan Chlordécone IV**). Couvrant la période 2021 – 2027, il a été élaboré dans une démarche de co-construction associant l'État, les collectivités locales ainsi que la société civile.

Le Plan Chlordécone IV se décline en plusieurs stratégies :

- Communication
- Recherche
- Formation et éducation
- Santé – Environnement – Alimentation
- Santé – Travail
- Socio-économique

Ainsi, **le Plan Chlordécone IV** poursuit les actions engagées pour réduire l'exposition des populations. Il cherche également à accompagner les personnes concernées et à répondre aux besoins spécifiques de la Guadeloupe.

5.3.1.8.2. Les sargasses

Autre enjeu de santé environnementale, **les échouages massifs et récurrents d'algues sargasses** sur les côtes guadeloupéennes sont sources d'impacts sanitaires. La décomposition des sargasses libère du sulfure d'hydrogène (H₂S) et de l'ammoniac (NH₃). Ces gaz peuvent être dangereux pour la santé lorsque les concentrations sont importantes.

En conséquence, **le Plan Sargasse II** a été adopté par l'Etat en 2022. En cohérence avec le Schéma Régional de Santé, il vise à renforcer les actions de prévention, à proposer des réponses opérationnelles, à instaurer une gouvernance spécifique, à engager des actions de recherche et à développer la coopération internationale.

¹⁰ Plan stratégique de lutte contre la pollution par la chlordécone 2021 – 2027 (février 2021)

¹¹ <https://www.ameli.fr/guadeloupe/assure/sante/themes/chlordecone/chlordecone-sante> (octobre 2025)

5.3.2. Un accès aux soins parfois complexe

5.3.2.1. Un état de double insularité

La Guadeloupe se caractérise par une configuration territoriale spécifique : **la double insularité**. Si l'archipel forme un département unique, il est ainsi composé de plusieurs îles :

- Basse-Terre
- Grande-Terre
- Marie-Galante
- Les Saintes
- La Désirade

Ces îles sont séparées par la mer et disposent de moyens de transport par voie maritime et aérienne. En conséquence, l'accès aux services de toute sorte est très inégal. Cette géographie morcelée engendre **des disparités d'accès aux soins**. Les îles dites « du Sud » (Marie-Galante, les Saintes, la Désirade) connaissent des contraintes spécifiques liées à leur éloignement des pôles hospitaliers et administratifs. **Un phénomène de rareté médicale** s'observe concernant certaines spécialités médicales.

Le Schéma Régional de Santé 2023-2028 souligne que cette double insularité accentue la vulnérabilité sanitaire notamment en matière de prise en charge des urgences et de continuité des parcours de soins. Les problématiques de démographie médicale et de vieillissement de la population y sont particulièrement accentuées.

Figure – L'offre de transport dans l'Archipel (Diagnostic Territorial de la Mobilité Solidaire en 2022)



5.3.2.2. Une prévention en santé peu efficiente

5.3.2.2.1. Un recours aux dépistages perfectible

Entre 2009 et 2013, ce sont environ **200 nouveaux cas de cancer du sein qui ont été recensés chaque année en Guadeloupe**, représentant 38% des cancers féminins. Si **le taux d'incidence y est inférieur à celui de l'Hexagone** (65,3 contre 88,0 pour 100 000 femmes), le diagnostic précoce reste un défi à relever.

Or, la Guadeloupe dispose d'un taux de dépistage bien inférieur à la moyenne nationale (respectivement 49,7% et 62,3%). Ce taux est toutefois proche de celui de La Réunion (49,8%), tout en restant inférieur à celui de la Martinique, des Bouches du Rhône (64,2%) et à la Seine Saint Denis (58,4%).

Figure – Tableau comparatif du taux de dépistage du cancer du sein en 2023 / 2024

	Guadeloupe	Martinique	La Réunion	Bouches du Rhône	Seine Saint Denis	France
Taux en %	49,7%	58,7%	49,8%	64,2%	58,4%	62,3%

Source : source DCIR/SNDS/SNIIRAM (Année glissante du 01/07/2023 au 30/06/2024)

En Guadeloupe, les cancers utérins représentent la **deuxième cause de décès par cancer chez les femmes**, avec une incidence plus élevée pour le cancer du col de l'utérus comparé à la métropole. Ainsi, dans l'archipel, le cancer du col de l'utérus présente un taux d'incidence particulièrement élevé, avec **8,7 nouveaux cas pour 100 000 femmes entre 2009 et 2013**, comparé à 6,7 pour la métropole. Les cancers utérins représentent environ **12% des nouveaux cas** de cancer chez les femmes en Guadeloupe.

Or, le taux de dépistage du cancer du col de l'utérus est inférieur sur le territoire (48,2%) à la moyenne nationale (53,2%). La Réunion (49,6%) et les Bouches du Rhône (50,5%) disposent d'un taux supérieur. Seule la Seine Saint Denis (46,9%) dépiste moins que la Martinique (42,9%).

Figure – Tableau comparatif du taux de dépistage du cancer du col de l'utérus en 2023 / 2024

	Guadeloupe	Martinique	La Réunion	Bouches du Rhône	Seine Saint Denis	France
Taux en %	48,2%	42,9%	49,6%	50,5%	46,9%	53,2%

Source : source DCIR/SNDS/SNIIRAM (Année glissante du 01/07/2023 au 30/06/2024)

« En Guadeloupe, c'est difficile de soigner alors pour faire de la prévention ... »

Verbatim – entretiens stratégiques et ateliers de concertation

5.3.2.2.2. Une mise en œuvre de la vaccination inférieure à la moyenne nationale

La vaccination contre la rougeole, les oreillons et la rubéole (ROR) est essentielle pour prévenir et protéger les jeunes enfants.

Ce vaccin est administré en deux doses :

- La première à l'âge de 12 mois
- La seconde entre 16 et 18 mois, généralement un mois après la première dose.

Or, le taux de vaccination sur le territoire est grandement inférieur (65,8%) à la moyenne nationale (84,6%). Les Départements de référence vaccinent nettement plus : La Martinique (71,9%), La Réunion (72,9%), Les Bouches du Rhône (84,6%) et la Seine Saint Denis (85,4%).

Figure – Part des patients consommants de moins de 2 ans ayant reçu 2 doses de vaccin ROR en 2023 / 2024

	Guadeloupe	Martinique	La Réunion	Bouches du Rhône	Seine Saint Denis	France
Taux en %	65,8%	71,9%	72,9%	84,6%	85,4%	84,6%

Source : DCIR/SNDS/SNIIRAM (Année glissante du 01/07/2023 au 30/06/2024)

Commune(s) neutralisée(s) : Capesterre-de-Marie-Galante, La Désirade, Saint-Louis, Terre-de-Bas, Terre-de-Haut => Taux de commune(s) neutralisée(s) : 15.6 %

Le vaccin contre la méningite et septicémie à méningocoques est essentiel pour prévenir des affections graves causées par la bactérie *Neisseria meningitidis*, responsable de la méningite et de la septicémie méningococcique. Les personnes les plus touchées sont les nourrissons, les jeunes enfants de 1 à 4 ans et les adolescents et jeunes adultes de 15 à 24 ans.

Or, la part des patients consommants de moins de 18 mois ayant reçu une dose de vaccin est inférieure en Guadeloupe (90,7%) à la moyenne nationale (97,1%). Les Départements de la Martinique (92,4%), de La Réunion (93,7%), des Bouches du Rhône (97,2%) ainsi que la Seine Saint Denis (97,1%) disposent d'une couverture vaccinale plus élargie.

Figure - Part des patients consommants de moins de 18 mois ayant reçu une dose de vaccin anti-méningocoque C en 2023 / 2024

	Guadeloupe	Martinique	La Réunion	Bouches du Rhône	Seine Saint Denis	France
Taux en %	90,7%	92,4%	93,7%	97,2%	97,1%	97,1%

Source : DCIR/SNDS/SNIIRAM (Année glissante du 01/07/2023 au 30/06/2024)

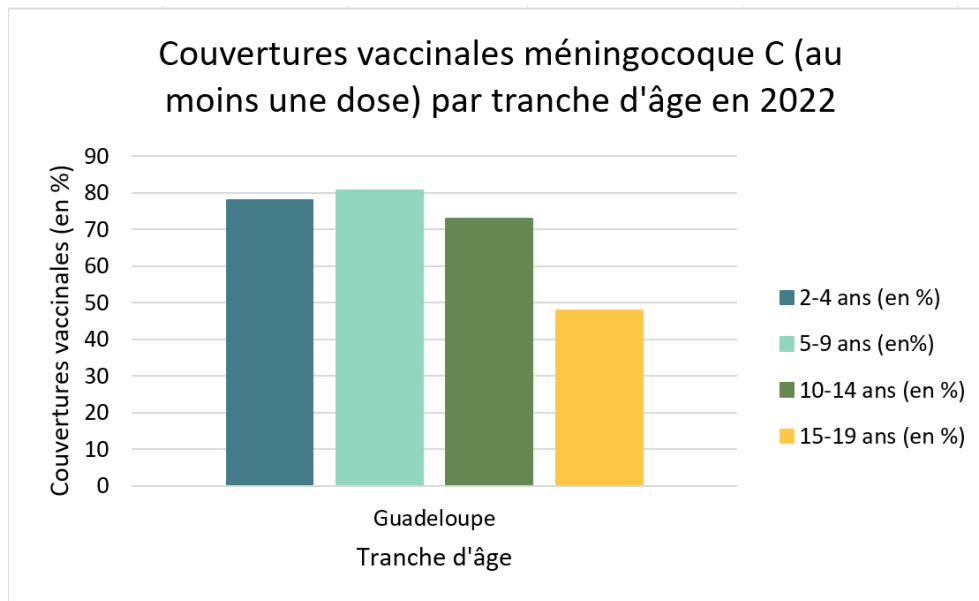
Commune(s) neutralisée(s) : Terre-de-Bas, Terre-de-Haut Taux de commune(s) neutralisée(s) : 6.3 %

« En consultation, j'essaye toujours de regarder le carnet de santé parce qu'on a souvent des surprises »

Verbatim – entretiens stratégiques et ateliers de concertation

En 2022, les couvertures vaccinales contre le méningocoque C en Guadeloupe étaient de 78% chez les 2 à 4 ans, 80,8% chez les 5 à 9 ans, 72,9% chez les 10 à 14 ans et 47,9% chez les 15 à 19 ans. **Celles-ci sont encore insuffisantes pour obtenir une immunité de groupe permettant de protéger les personnes non vaccinées.**

Figure – Couvertures vaccinales méningocoque C (au moins une dose), par classe d'âge, en 2022 (SNDS-DCIR, santé publique France)



5.3.2.2.3. Un examen bucco-dentaire chez les moins de 16 ans insuffisamment développé

Les examens bucco-dentaires pour les enfants et adolescents de moins de 16 ans sont pris en charge par l'Assurance Maladie à travers le **programme national M'T dents**. Ces examens permettent de vérifier la santé des dents et des gencives, de prodiguer des conseils d'hygiène bucco-dentaire et de détecter d'éventuelles anomalies nécessitant des soins.

Or, en 2023 / 2024, l'accès à cet examen est plus faible en Guadeloupe (63,7%) qu'en France (75,4%). Les Département de parangonnage mettent également plus en œuvre l'examen bucco-dentaire notamment la Martinique (67%).

Figure - Rapport entre le nombre d'enfants de moins de 16 ans ayant eu au moins un acte dentaire dans les 18 mois et le nombre d'enfants de moins de 16 ans en 2024

	Guadeloupe	Martinique	La Réunion	Bouches du Rhône	Seine Saint Denis	France
Taux en %	63,7%	67,0%	65,6%	78,1%	68,9%	75,4%

Source : DCIR/SNDS/SNIIRAM (Année 2024)

5.3.2.3. Une part importante de la population couverte par la Complémentaire Santé Solidaire

La Complémentaire santé solidaire (CSS) est un dispositif visant à **faciliter l'accès aux soins des personnes aux revenus modestes**, en prenant en charge la totalité ou une partie des dépenses de santé. En Guadeloupe, la CSS a remplacé la Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU-C) et l'Aide au paiement d'une Complémentaire Santé (ACS), offrant ainsi une **protection renforcée aux assurés**.

En Guadeloupe, **123 953 bénéficiaires de la Complémentaire Santé Solidaire ont été enregistrés en 2020**. A cette période, la Guadeloupe comptait environ 384 000 habitants, ce qui signifie **qu'environ 32% de la population bénéficiait de la CSS**.

Un tel taux de recours à la CSS met en évidence qu'une proportion importante de Guadeloupéens vit avec des revenus modestes ou précaires.

Conformément à l'article D.861-1 du Code de la Sécurité sociale, les plafonds de ressources pour bénéficier de la CSS en Guadeloupe en 2024 sont **majorés de 11,3% par rapport à l'hexagone** ainsi, pour une personne seule, le plafond annuel de ressources est de 11 315 euros pour une CSS sans participation financière, et de 15 275 euros pour une CSS avec participation financière. Pour un foyer de deux personnes, ces plafonds sont respectivement de 16 972 euros et de 22 912 euros. Ces montants augmentent en fonction du nombre de personnes composant le foyer.

5.3.2.4. Un taux de recours à l'interruption volontaire de grossesse particulièrement élevé

Selon les données de la DREES, plus de 223 000 IVG ont été réalisées en France en 2021 dont près de 3 500 en Guadeloupe. **Le taux de recours à l'IVG sur le territoire est plus du double de celui de l'Hexagone, respectivement 41,2 pour 1000 femmes de 15 à 49 ans contre 14,9 pour 1000 femmes de 15 à 49 ans**. Or, si ce taux est plus élevé dans le Département que de l'Hexagone, il progresse également plus rapidement : + 7,9 points entre 2016 et 2021 contre + 0,6 point sur la même période. En conséquence, le différentiel entre l'Hexagone et la Guadeloupe progresse nettement : 19 points en 2016 contre 26,3 points en 2021.

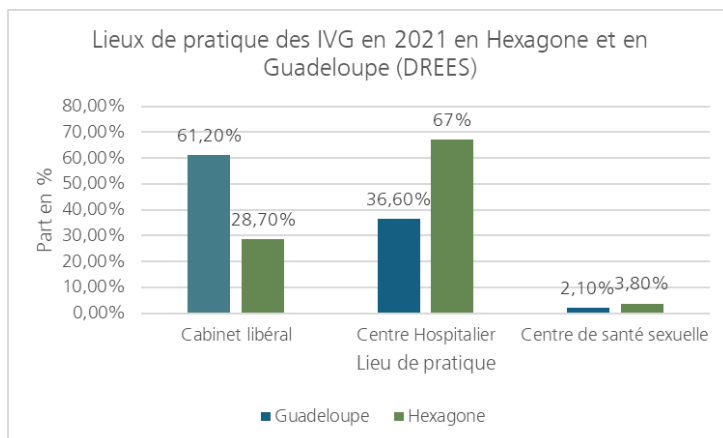
Figure – Taux de recours à l'IVG pour 1000 femmes de 15 à 49 ans en Guadeloupe et dans l'Hexagone entre 2016 et 2021 (DREES et ORSaG)

	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Evolution en points
Guadeloupe (en %)	33,3	34,8	38,5	39,1	39,9	41,2	7,9
France Hexagonale (en %)	14,3	14,5	15	15,6	14,9	14,9	0,6
Ecart (en points)	19	20,3	23,5	23,5	25	26,3	7,3

En 2021, en Guadeloupe, 61,2% des IVG ont été réalisées en cabinet libéral, contre 36,6% à l'hôpital, 2,1% en centre de santé ou de planification.

En France hexagonale, les IVG sont majoritairement hospitalières (**67%**), **les cabinets libéraux ne représentant que 28,7% des interventions**, et **les centres de santé ou de planification et d'éducation familiale interviennent dans 3,8% des cas**.

Figure – Lieux de pratique des IVG dans l'Hexagone et en Guadeloupe en 2021 (DREES)



Enfin, parmi les IVG pratiquées en Guadeloupe, **70% sont médicamenteuses** (par comprimés) et **28% sont instrumentales** (par aspiration), l'information sur la méthode utilisée n'a pas été communiquée concernant les 2% restants. Cette répartition tend à évoluer au profit des méthodes médicamenteuses. En effet, la part des IVG instrumentales diminue entre 2016 et 2021, elle passe respectivement de 36% à 28% en Guadeloupe et de 44% à 34% en France hexagonale. Sur cette même période, la part des IVG médicamenteuses réalisées à l'hôpital augmente, passant respectivement de 64% à 70% en Guadeloupe et de 55% à 63% en France hexagonale.

5.3.3. Synthèse

La santé est un déterminant social incontournable. Or, le portrait de santé de la Guadeloupe interpelle.

La Guadeloupe est concernée par deux principales spécificités environnementales : la chlordécone qui est un facteur de trouble dans le neurodéveloppement et les sargasses. Les indicateurs de santé sont dégradés : comorbidités à des niveaux supérieurs à la moyenne nationale, part d'ALD notable, prévalence récurrente au diabète de type 1 et diabète de type 2. Cela s'explique en partie des habitudes alimentaires peu adaptées notamment chez les jeunes.

Il est aussi souligné un net mésusage des écrans et des réseaux sociaux. La santé mentale est aussi notablement impactée : 44% des collégiens et 52% des lycéens déclarent ne pas disposer d'un bon niveau de bien-être mental. Pour expliquer ces chiffres, les répondants à l'enquête *EnCLASS* mettent en avant un sentiment de solitude (26,3 % des collégiens et 31% des lycéens) et des troubles somatiques récurrents : « je suis irritable » (47% des collégiens et 49% des lycéens), « je suis nerveux » (39% des collégiens et 43% des lycéens), « je dors mal » (37% des collégiens et 39% des lycéens). L'usage du cannabis est moins développé chez les jeunes qu'en moyenne en France.

Enfin, la santé des mères et des futures mères est dégradée : 33,9% des femmes enceintes guadeloupéennes expriment un sentiment de mal-être pendant leur grossesse (Hexagone : 25,6% soit + 8,3 points). Les femmes guadeloupéennes présentant une obésité sont plus nombreuses (24,1%) que les femmes de l'Hexagone (14,4%).

En parallèle, l'accès aux soins est parfois complexe. La Guadeloupe se caractérise par une configuration territoriale spécifique : la double insularité. Si l'archipel forme un département unique, il est ainsi composé de plusieurs îles au sein desquelles la prise en charge des urgences et la continuité des parcours de soins sont complexifiées.

La prévention en santé est peu efficace du fait d'un recours aux dépistages perfectibles et d'une mise en oeuvre de la vaccination inférieure à la moyenne nationale. Par ailleurs, l'examen bucco-dentaire chez les moins de 16 ans n'est pas assez développé. Enfin, le taux de recours à l'interruption volontaire de grossesse est particulièrement élevé en Guadeloupe (41,2 pour 1000 femmes âgées de 15 à 49 ans) comparativement à la moyenne nationale (14,9 pour 1000 femmes âgées de 15 à 49 ans).

5.4. L'offre à destination des enfants et des familles

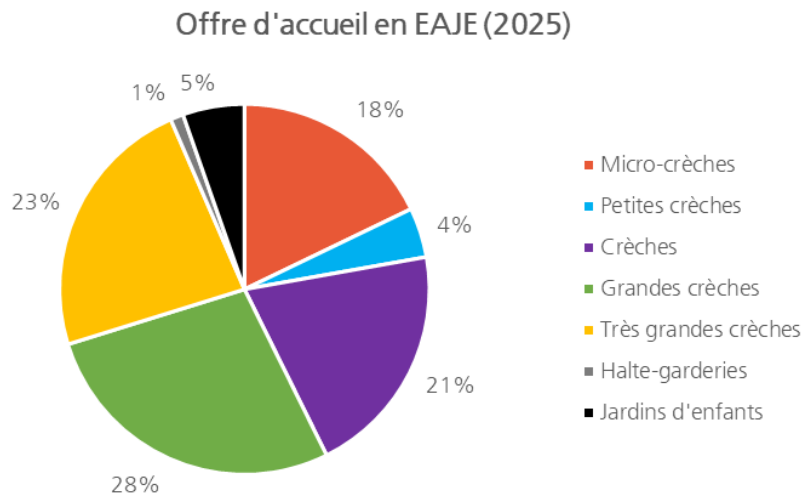
5.4.1. Une offre d'accueil du jeune enfant et d'accompagnement des familles à consolider

5.4.1.1. L'accueil du jeune enfant orienté vers l'accueil collectif

Selon les données communiquées par la PMI, à date de septembre 2025, l'accueil collectif représente **2 648 places d'accueil et se décompose de la manière suivante :**

- **473 places en micro-crèche** (<12 places), soit **18%** de l'offre. Treize communes de Guadeloupe comptent au moins une micro-crèche sur leur territoire : c'est le **type d'accueil le plus répandu** (en nombre de structures). On en compte **46** sur l'archipel, dont 15 uniquement pour la commune de Baie-Mahault.
 - o Au global, il s'agit très largement de micro-crèches dites « PAJE », à savoir des micro-crèches privées, gérées par des associations ou des entreprises de gestion de crèches. Les micro-crèches PAJE, contrairement aux crèches « PSU » (c'est-à-dire conventionnées avec la CAF et appliquant le barème national des participations familiales), sont **libres d'appliquer la tarification** qu'elles souhaitent aux familles (dans la limite d'un plafond de 10€/h). Généralement, les familles fréquentant les micro-crèches PAJE disposent d'un **reste à charge de près de deux fois supérieur** à celui d'une structure PSU.
- **115 places en petite crèche** (entre 13 et 24 places), soit **4%** de l'offre.
- **542 places en crèche** (entre 25 et 39 places), soit **20%** de l'offre.
- **729 places en grande crèche** (entre 40 et 59 places), soit **28%** de l'offre. Ce type de structure est particulièrement présent dans les communes du Sud-Ouest de Basse-Terre.
- **616 places en très grande crèche** (plus de 60 places), soit 23% de l'offre. La plupart de ces structures comptent 60 places. On en compte notamment 3 aux Abymes et 2 au Gosier
- **30 places en halte-garderie**, soit **1%** de l'offre. Il s'agit de structures accueillant les enfants sur des temps plus courts qu'en crèche traditionnelle.
- **143 places en jardin d'enfants**, soit **5%** de l'offre. Dans ces crèches, les enfants sont accueillis à partir de l'âge de 2 ans.

Figure – Répartition de l'offre d'accueil collectif en 2025 (PMI)



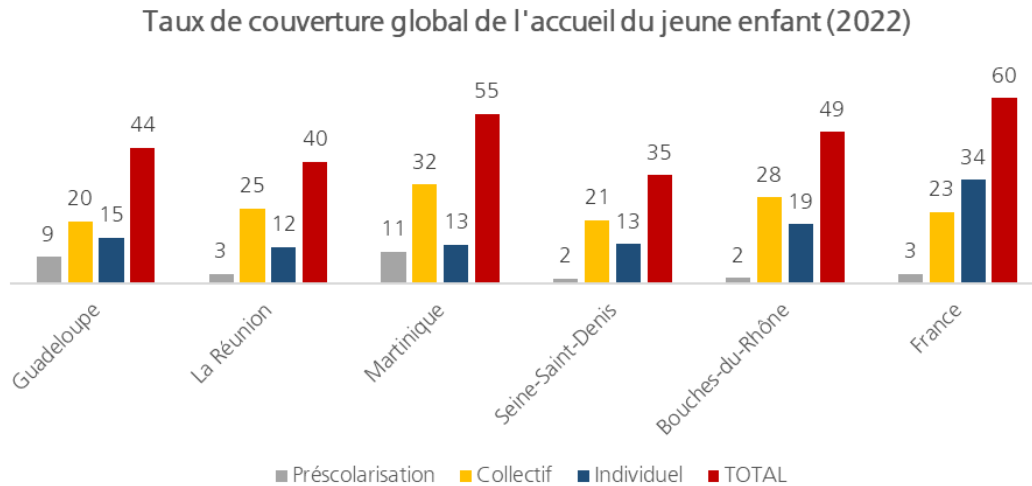
L'offre d'accueil collectif est le premier mode d'accueil des enfants de moins de 3 ans en Guadeloupe¹². Pour 100 enfants de moins de 3 ans, on compte en effet :

- **20,4 places en accueil collectif** (crèches), soit 46% de l'offre d'accueil pour les moins de 3 ans
- **15 places en accueil individuel** (assistantes maternelles principalement, et gardes à domicile), soit 34% de l'offre
- **8,7 places en préscolarisation**, soit 20% de l'offre. Il s'agit du nombre de places dans les toutes petites sections de maternelles, ouvertes dès l'âge de 2 ans. C'est un mode d'accueil particulièrement répandu en Guadeloupe (tout comme en Martinique), alors qu'il est relativement peu courant au niveau national (voir graphique ci-dessous).

Au global, l'offre d'accueil du jeune enfant en Guadeloupe (tous types d'accueil confondus) représente en 2022, **44 places pour 100 enfants de moins de 3 ans**, soit un niveau **nettement inférieur au niveau national** (60 places).

¹² Taux de couverture de l'accueil du jeune enfant, données CAF 2022

Figure – Taux de couverture globale de l'accueil du jeune enfant par territoire (places pour 100 enfants de moins de 3 ans – PMI)

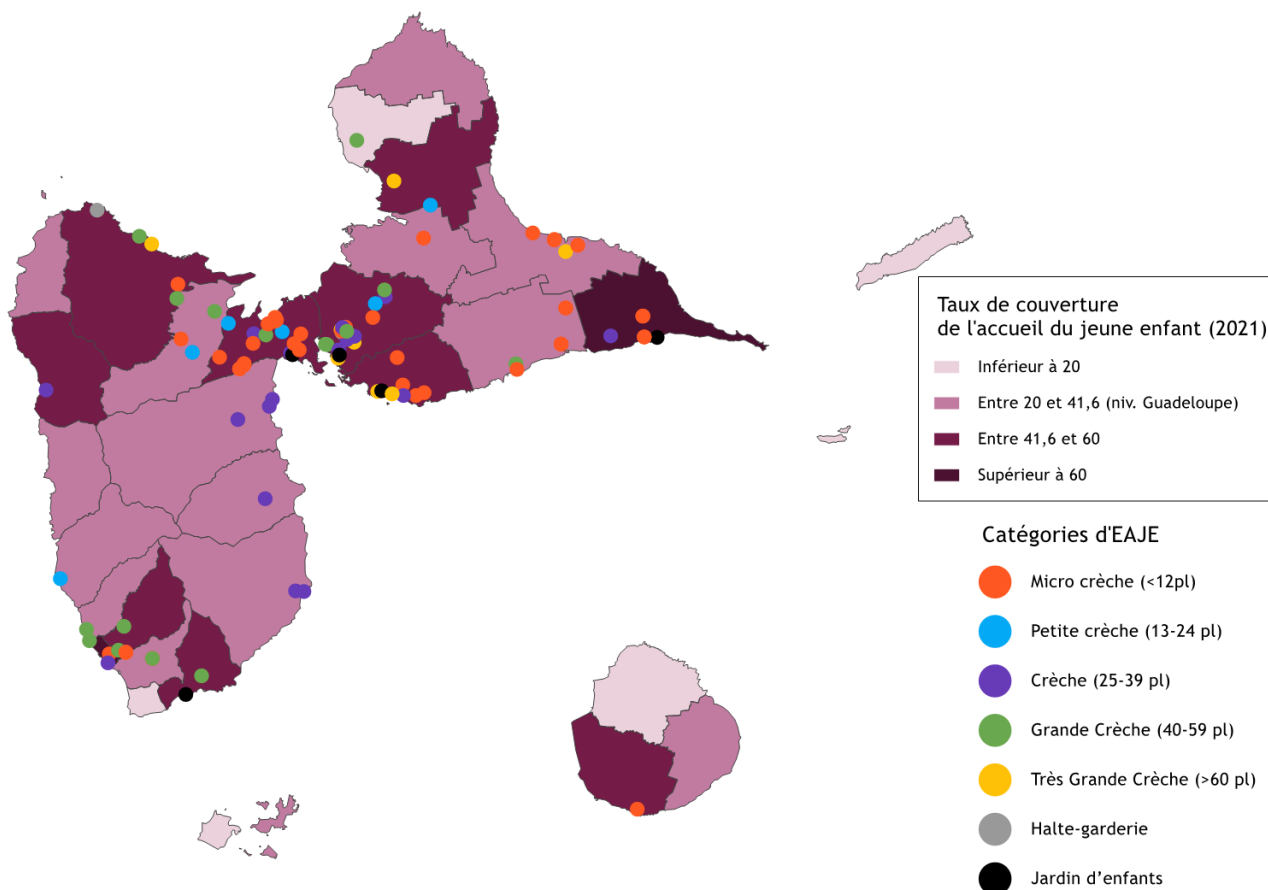


A la différence du niveau national, le type d'accueil le **plus répandu en Guadeloupe et dans les territoires similaires** est l'accueil **collectif en crèche**.

Au contraire, la Guadeloupe est le territoire pour lequel le **taux de couverture en accueil individuel** (assistantes maternelles principalement) est le plus **faible**.

A l'échelle du territoire guadeloupéen, le **taux de couverture global**¹³ est réparti de la manière suivante selon les communes :

Figure – Localisation des crèches et taux de couverture global de l'accueil du jeune enfant (places pour 100 enfants de moins de 3 ans – PMI)



La **plupart des communes** disposent d'un **taux de couverture compris entre 20 et 42 places** pour 100 enfants de moins de 3 ans¹⁴, soit un niveau **inférieur** au niveau départemental. Dans ces communes, la majorité des places d'accueil sont plutôt constituées auprès des assistantes maternelles : leur déclin impacte donc fortement les besoins d'accueil (voir partie suivantes).

Pour les communes disposant d'un plus grand taux de couverture, deux tendances s'observent :

- Les Abymes, Le Gosier, Saint-François, Sainte-Rose, Trois-Rivières, Pointe-à-Pitre, Basse Terre, Grand-Bourg : offre principalement constituée par **l'accueil collectif** (crèches). A noter qu'à **Pointe-à-Pitre**, le taux de couverture en assistantes maternelles est **très faible**.
- Baie-Mahault est la seule commune avec un taux de couverture important dont l'offre est principalement constituée par **l'accueil individuel** (assistantes maternelles).

¹³ Le taux de couverture en accueil collectif uniquement n'étant pas disponible pour toutes les communes en 2022, une représentation du taux de couverture global a été privilégiée.

¹⁴ Données 2021

L'accueil du jeune enfant est « collectif » lorsque le jeune enfant est accueilli au sein d'un des établissements suivants (article R. 2324 – 17 du CSP) :



- Etablissement multi-accueil
- Crèche parentale
- Halte-garderie
- Crèche familiale
- Micro-crèche
- Jardin d'enfants

« Le réseau petite enfance n'est pas suffisamment structuré : on ne se connaît pas entre structures »

Verbatim – entretiens stratégiques et ateliers de concertation

5.4.1.2. L'offre d'accueil individuel en déclin ?

Selon le Schéma Départemental des Services aux Familles, **en 2022, 535 assistants maternels étaient en activité**. Ils accueillait 1 904 enfants de moins de 6 ans. Aussi, chaque assistant maternel en activité accueillait en moyenne 3,6 enfants (la limite maximale d'un agrément est de quatre enfants).

Or, si le nombre d'assistants maternels a augmenté entre 2021 et 2022, **le vieillissement de ces professionnels s'est également accentué au cours du temps**. Ainsi, 60% de ces professionnels ont plus de 50 ans et 15% ont plus de 60 ans.

Figure – « Données clés » concernant l'accueil individuel (SDSF de 2022)

	2022
Assistants Maternels en activité	535
Enfants accueillis de -6ans chez Assistants Maternels	1904
Evol des Assistants Maternels 2021-2022	6,6%
Assistant Maternels de plus de 60 ans	15%
Assistant Maternels de plus de 50 ans	60%

D'après les données de la PMI, en septembre 2025, 554 assistants maternels étaient en activité (soit + 19 professionnels depuis 2022) et 2022 places étaient agréées (soit + 118 places depuis 2022).

	2022	2023	2024	2025	Evol. en valeur	Evol. en %
Assistants maternels agréés	535	Nd	Nd	554	19	4%
Places	1904	2375	1915	2022	118	6%

Dans le détail, il apparait que :

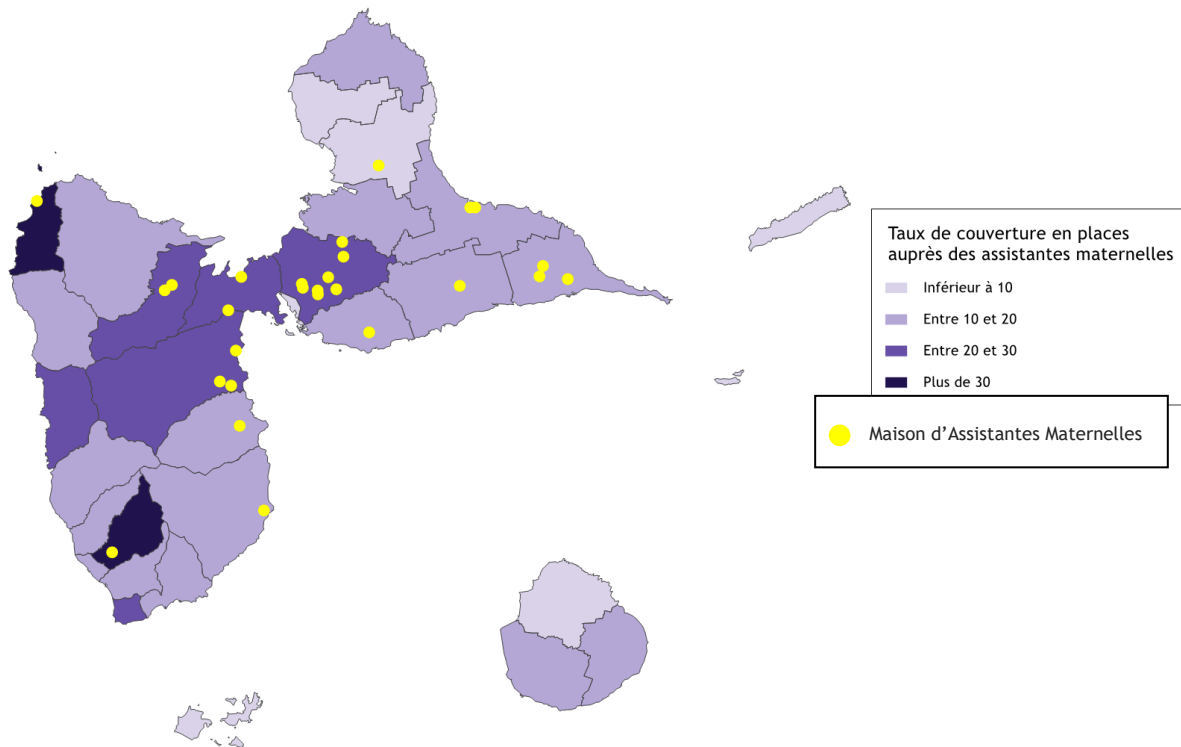
- **7 communes** ont un taux de couverture en accueil individuel inférieur à 10 places pour 100 enfants de moins de 3 ans : il n'y a **aucune assistante maternelle sur la commune de Port-Louis**. A **Pointe-à-Pitre**, malgré un nombre important d'enfants de moins de 3 ans, le nombre d'assistantes maternelles est **très faible** (seulement 8 agréées)
- **17 communes** ont un taux de couverture en accueil individuel compris entre 10 et 20 places pour 100 enfants de moins de 3 ans
- **6 communes** ont un taux de couverture en accueil individuel compris entre 20 et 30 places pour 100 enfants de moins de 3 ans, soit un **taux plus élevé que la moyenne départementale**. Il s'agit des communes des Abymes, de Baie-Mahault, de Bouillante, du Lamentin, de Petit Bourg et de Vieux Fort.
- **2 communes** ont un taux de couverture en accueil individuel supérieur à 30 places pour 100 enfants de moins de 3 ans : il s'agit des communes de **Saint-Claude** (34 places pour 100 enfants de moins de 3 ans) et de **Deshaies** (49 places pour 100 enfants de moins de 3 ans)

Figure – Offre d'accueil en assistants maternel en 2025 (CD 971)

Communes	Nombre d'assistants maternels	Capacité d'accueil
Anse-Bertrand	3	12
Baie-Mahault	78	234
Baillif	7	25
Basse-Terre	14	51
Bouillante	6	24
Capesterre Marie Galante	2	7
Capesterre-Belle-Eau	16	57
Deshaies	6	22
Désirade	0	0
Goubeyre	6	23
Goyave	13	49
Grand Bourg Marie-Galante	4	16
Lamentin	48	180
Le Gosier	29	115
Le Moule	27	104
Les Abymes	119	455
Morne à l'Eau	20	67
Petit Canal	2	8
Petit-bourg	43	163
Pointe à Pitre	8	30
Pointe-Noire	5	14
Port Louis	0	0
Saint -François	13	51
Saint Louis Marie Galante	1	3
Saint-Claude	17	62
Sainte Anne	37	142
Sainte-Rose	17	59
Trois-Rivières	6	23
Vieux-Fort	2	8
Vieux-habitants	5	18

Parmi cette offre, il est relevé que l'Archipel compte **27 MAM** soit **400 places**. Elles sont réparties dans 13 communes différentes. Les Abymes est la ville qui en compte le plus (8 MAM)

Figure – Taux de couverture en places pour 100 enfants de moins de 3 ans en 2025 (CD 971)



Si la capacité d'accueil a légèrement augmenté depuis 2022, la question de la pérennité du modèle de l'accueil individuel au domicile d'un assistant maternel se pose tout de même. Un levier existe : les Maisons d'Assistantes Maternelles.



L'accueil du jeune enfant est dit « individuel » lorsque le jeune enfant est accueilli au domicile d'une assistante maternelle, en Maison d'Assistante Maternelle (MAM) ou par une garde à domicile.

« Ça peut être difficile d'exercer à domicile. Il faut développer les MAM »

Verbatim – entretiens stratégiques et ateliers de concertation

5.4.1.3. L'offre d'accompagnement pour les assistants maternels et les familles

Cette offre se traduit principalement via les Relais Petite Enfance (RPE), anciennement connus sous le nom de RAM (Relais assistants maternels). Depuis le décret du 25 août 2021, et en lien avec le référentiel national diffusé par la CNAF, les missions des RPE s'articulent désormais autour des points suivants :

- **Accompagnement des assistants maternels** (information, organisation de temps d'éveil, mise en réseau, aide administrative, aide au départ en formation continue...). Ils ont pour mission de proposer des temps de rencontre et d'échanges de pratiques dans le but d'améliorer la qualité d'accueil des assistants maternels et de rompre l'isolement dû à la profession exercée essentiellement au domicile des professionnelles.
- **Information des familles** sur l'ensemble des modes d'accueil existants sur un territoire (individuels et collectifs)

D'après le Schéma Départemental des Services aux Familles, la Guadeloupe compte 9 RPE. Or, d'après la plateforme « monenfant.fr » de la CNAF, la Guadeloupe ne dispose que de 7 RPE (ne sont pas relevés : LAEP Sainte Anne et RPE TI MOUN GOUBE).

Figure – Tableau récapitulatif des RPE en 2025 (SDSF)

Nom	Commune	Gestionnaire
RELAIS D'I GENIUS	Pointe à Pitre	UDAF GUADELOUPE
RPE/LAEP MONTAUBAN	Le Gosier	GAVALY Raymonde
LAEP KZ TI MAO	Baie Mahault	Ville de Baie-Mahault
RPE / LAEP SAINTE ANNE	Sainte Anne	SMAPE – Ville de Saint Anne
LES BRAS OUVERTS	Morne-A-L'Eau	ASSO. LES BRAS OUVERTS
RPE LES ORCHIDEES	Le Moule	MAIA VILLAGE
RPE/LAEP DE SAINT-CLAUDE	Saint Claude	ENFANCE POUR TOUS
LA KAZ VERTE	Grand Bourg	Association MAG'ASP
RPE TI MOUN GOUBE	Gourbeyre	Ville de GOURBEYRE

Ainsi, les RPE ne couvrent que **9 des 32 communes** que compte la Guadeloupe.

Or, au 1^{er} janvier 2026¹⁵, les **collectivités de plus de 10 000 habitants** doivent mettre en place un RPE, afin de renforcer le suivi et le soutien aux assistants maternels, ainsi que l'accompagnement des familles à la recherche d'un mode d'accueil. Sept communes de plus de 10 000 habitants, qui ne disposent pas à ce jour d'un RPE, seraient concernées (Les Abymes, Capesterre Belle-Eau, le Lamentin, Le Moule, Petit-Bourg, Saint-François et Sainte-Rose).

Pour compléter l'offre de RPE, **une maison des 1000 premiers jours** a officiellement ouverte en septembre 2024. Pensée comme un espace de ressources, de soutien et de répit, cette structure vise

¹⁵ Loi n°2023-1196 du 18 décembre 2023 pour le plein emploi

à accompagner les parents et leur(s) enfant(s) dans les 1000 premiers jours de vie — une période aujourd'hui reconnue comme déterminante pour le développement global de l'individu.

Synthétiquement, il ressort des quelques mois de mise en service :

- **Cent quarante-sept familles accompagnées selon deux grands types d'accompagnement :**
 - o Accès ponctuel (en moyenne 1 à 3 ateliers, besoins ciblés) : ~50 % des familles
 - o Accompagnement régulier et approfondi : ~50 % (parcours global, suivis personnalisés, recours multiples)
- **Les familles accueillies présentent des profils diversifiés mais avec une surreprésentation de certaines situations :**
 - o Parents isolés ("mamans solos") en recherche de soutien concret
 - o Jeunes parents primo-accédants à la parentalité
 - o Personnes en situation de difficulté psycho émotionnelle
- **Le recueil de 70 témoignages livre une réalité qualitative très forte. La Maison est décrite comme :**
 - o « Un cocon sécurisant »
 - o « Une deuxième maison »
 - o « Une ressource indispensable »
 - o « Un espace de transformation »

En l'espace de quatre mois, la Maison des 1000 Premiers Jours a su s'imposer comme une réponse adaptée, humaine et accessible aux besoins des jeunes parents. Ce lieu unique a permis à 147 familles de trouver soutien, confiance, connaissances et liens sociaux dans un environnement sécurisé et bienveillant. Les témoignages recueillis, les indicateurs qualitatifs et les dynamiques d'évolution confirment la valeur ajoutée du dispositif, en complémentarité des offres de santé et de soutien déjà existantes.

5.4.1.4. Synthèse

L'offre d'accueil du jeune enfant est principalement constituée par l'accueil collectif (46% de l'offre). Concernant l'accueil individuel, une très large majorité des assistants maternels en activité ont plus de 50 ans ce qui pose une question quant à la pérennité du modèle de l'accueil individuel. Pour attirer de nouveaux professionnels, un levier existe : les maisons d'assistants maternels. Il s'agit d'un mode d'accueil à renforcer.

L'offre d'accueil du jeune enfant est cependant inégalement répartie sur l'archipel : près de la moitié (48%) des enfants de moins de 3 ans habitent dans une commune dont le taux de couverture en accueil du jeune enfant est inférieur au niveau départemental.

Une part non négligeable de l'offre d'accueil pour les moins de 3 ans est constituée par la scolarisation des enfants de 2 ans, dans les classes de maternelles (20% de l'offre d'accueil du jeune enfant). Il s'agit d'une spécificité Guadeloupéenne.

Enfin, l'offre d'accompagnement des assistants maternels et des familles prend forme au travers de neuf relais petite enfance, mais leur implantation est insuffisante sur l'archipel, et doit être développée, particulièrement dans les communes les plus peuplées. Ces structures sont en effet la première porte d'entrée pour un accompagnement renforcé des assistants maternels et des familles à la recherche d'un mode d'accueil pour les jeunes enfants. La Maison des 1000 premiers jours permet également de soutenir la parentalité.

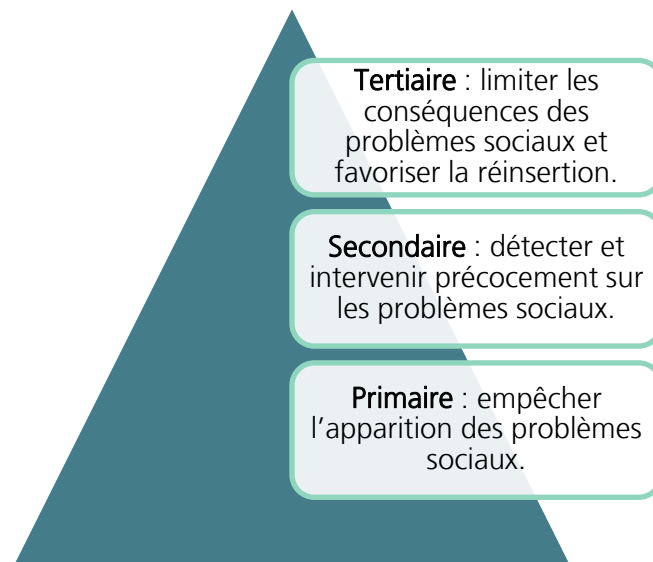
5.4.2. Une offre de prévention à développer en coordination avec toutes les parties prenantes

La prévention vise à soutenir et à promouvoir le développement physique, affectif, intellectuel, social de l'enfant ou de l'adolescent, dans le respect de ses droits et dans son intérêt au sens de la convention des droits de l'enfant du 20 novembre 1989, et prévenir les difficultés auxquelles il peut être confronté qui compromettraient son développement. Elle ambitionne également de promouvoir le soutien au développement de la fonction parental et de prévenir les difficultés auxquelles les parents peuvent être confrontés dans l'exercice de leur fonction parentale et de leurs responsabilités éducatives¹⁶.

En 1948, l'Organisation Mondiale de la Santé a distingué trois niveaux de prévention :

- **La prévention primaire** : elle vise à réduire les facteurs de risque et à renforcer les facteurs de protection avant même qu'un problème ne survienne. Elle s'adresse à l'ensemble de la population ou à des groupes à risque. Elle ambitionne également d'éviter l'apparition de maladie ou de troubles.
- **La prévention secondaire** : elle concerne les personnes ou groupes déjà en difficulté, mais dont la situation peut encore être redressée avant qu'elle ne s'aggrave. Il s'agit d'actions ciblées visant à éviter que la situation ne se détériore. Elle repose donc sur un repérage précoce pour éviter une aggravation.
- **La prévention tertiaire** : elle intervient lorsque les difficultés sont déjà installées et vise à éviter qu'elles ne s'aggravent davantage, tout en permettant aux personnes concernées de retrouver une autonomie et une meilleure qualité de vie.

Figure – Schéma récapitulatif de la prévention primaire, secondaire, tertiaire



¹⁶ Article D 112 – 3 du CASF

5.4.2.1. Préambule – évolution du nombre de professionnels à la PMI

La prévention, qu'elle soit primaire, secondaire ou tertiaire est mise en œuvre pour partie par la PMI du Département de la Guadeloupe. Aussi, pour étudier l'activité de la PMI, il est indispensable de contextualiser avec les moyens humains disponibles.

Selon la DREES, entre 2019 et 2022, le nombre d'ETP à la PMI de la Guadeloupe a diminué de 11,80 ETP (soit – 0,09%). Cette diminution est partagée par les territoires de comparaison : Bouches du Rhône (- 19,80 ETP, soit – 0,05%), Seine Saint Denis (- 132,6 ETP, soit – 0,17%), La Réunion (- 1 ETP, soit – 0,01%) à l'exception de La Martinique (+0,7 ETP soit + 0,1%).

La PMI de Guadeloupe reste tout de même plus favorablement dotée que la moyenne française (+10,6 ETP en moyenne).

Figure – Nombre d'ETP à la PMI de Guadeloupe et dans les territoires de comparaison (DREES)

	2019	2020	2021	2022	Evol. en valeur	Evol. en %
Guadeloupe	129,90	106,40	113,10	118,10	-11,80	-9%
Bouches-du-Rhône	367,80	368,50	372,40	348,00	-19,80	-5%
Seine-Saint-Denis	770,10	764,80	711,40	637,50	-132,60	-17%
Martinique	93,80	91,00	98,00	94,50	0,70	1%
La Réunion	157,00	149,40	150,40	156,00	-1,00	-1%
France	10 726,30	10 558,00	10 556,90	10 587,30	-139,00	-1%
Moyenne France	108,32	107,10	107,07	107,12	-1,20	-1%
<i>Ecart moyenne</i>	<i>21,58</i>	<i>-0,70</i>	<i>6,03</i>	<i>10,98</i>	<i>-10,60</i>	<i>-49%</i>

NB : sont quantifiés tous les postes sur lequel un professionnel est nommé. Aussi, un professionnel occupant son poste mais étant indisponible pour diverses raisons est tout de même comptabilisé (arrêt maladie, congé parental, etc.).

5.4.2.1.1. Un nombre de médecin en baisse

Si le nombre d'ETP à la PMI décroît globalement depuis 2022, la tendance est similaire pour les médecins (- 5,6 ETP de médecins soit – 0,31%). Alors que la PMI de Guadeloupe était mieux dotée que la moyenne nationale en 2019 (+ 0,74 ETP), elle est désormais moins bien dotée (- 1,91 ETP).

Cette tendance est partagée par tous les territoires de comparaison.

Figure – Nombre d'ETP de médecins à la PMI de Guadeloupe et dans les territoires de comparaison (DREES)

	2019	2020	2021	2022	Evol. en valeur	Evol. en %
Guadeloupe	17,80	15,10	12,60	12,20	-5,60	-31%
Bouches-du-Rhône	73,10	72,90	67,60	57,90	-15,20	-21%
Seine-Saint-Denis	133,70	125,90	103,60	69,30	-64,40	-48%
Martinique	9,50	12,00	9,00	6,00	-3,50	-37%
La Réunion	21,20	25,00	19,30	20,00	-1,20	-6%
France	1 688,70	1 616,00	1 534,50	1 396,70	-292,00	-17%
Moyenne France	17,06	16,50	15,69	14,11	-2,96	-17%
<i>Ecart moyenne</i>	<i>0,74</i>	<i>-1,40</i>	<i>-3,09</i>	<i>-1,91</i>	<i>-2,64</i>	<i>-359%</i>

5.4.2.1.2. Une forte augmentation des puéricultrices

La baisse du nombre de médecins de PMI est toutefois largement compensée par une nette augmentation de puéricultrices (+ 13,2 ETP soit 0,4%). La Guadeloupe rattrape ainsi très largement « le retard » qu'elle pouvait avoir vis-à-vis de la moyenne nationale (passage d'un écart de – 12,45 ETP à – 1,07 ETP).

Figure – Nombre d'ETP de puéricultrices à la PMI de Guadeloupe et dans les territoires de comparaison (DREES)

	2019	2020	2021	2022	Evol. en valeur	Evol. en %
Guadeloupe	33,30	30,70	36,90	46,50	13,20	40%
Bouches-du-Rhône	89,00	91,30	97,60	91,90	2,90	3%
Seine-Saint-Denis	154,70	161,90	138,40	110,30	-44,40	-29%
Martinique	32,80	28,00	33,00	34,00	1,20	4%
La Réunion	40,20	36,20	39,80	41,00	0,80	2%
France	4 527,10	4 523,40	4 581,30	4 696,20	169,10	4%
Moyenne France	45,75	45,87	46,42	47,57	1,83	4%
<i>Ecart moyenne</i>	<i>-12,45</i>	<i>-15,17</i>	<i>-9,52</i>	<i>-1,07</i>	<i>11,37</i>	<i>-91%</i>

5.4.2.1.3. Une diminution du nombre d'infirmières diplômées d'Etat

Entre 2019 et 2022, les infirmières diplômées ont été moins nombreuses : - 11,90 ETP, soit – 0,48%. Cette diminution est également relevée dans les territoires comparés. Aussi, en croisant l'évolution du nombre de médecins, de puéricultrices et d'infirmières, le solde est proche de 0.

Figure – Nombre d'ETP d'infirmières à la PMI de Guadeloupe et dans les territoires de comparaison (DREES)

	2019	2020	2021	2022	Evol. en valeur	Evol. en %
Guadeloupe	24,90	10,00	15,00	13,00	-11,90	-48%
Bouches-du-Rhône	77,60	76,00	79,40	73,50	-4,10	-5%
Seine-Saint-Denis	52,60	48,60	51,40	44,10	-8,50	-16%
Martinique	12,00	11,50	12,50	12,00	0,00	0%
La Réunion	27,20	26,50	25,90	26,00	-1,20	-4%
France	1 379,70	1 282,20	1 278,30	1 246,10	-133,60	-10%
Moyenne France	14,04	13,09	13,10	12,76	-1,29	-9%
<i>Ecart moyenne</i>	<i>10,86</i>	<i>-3,09</i>	<i>1,90</i>	<i>0,24</i>	<i>-10,61</i>	<i>-98%</i>

5.4.2.1.4. Des sages femmes moins nombreuses

Les sages femmes de la PMI guadeloupéennes sont moins nombreuses en 2022 par rapport à 2019 (-2 ETP, soit -0,07%). Elles demeurent toutefois largement supérieures à la moyenne nationale (+13,26 ETP en 2022).

Figure – Nombre d’ETP de sages femmes à la PMI de Guadeloupe et dans les territoires de comparaison (DREES)

	2019	2020	2021	2022	Evol. en valeur	Evol. en %
Guadeloupe	26,90	26,10	25,10	24,90	-2,00	-7%
Bouches-du-Rhône	33,00	32,90	33,90	32,40	-0,60	-2%
Seine-Saint-Denis	59,60	44,70	40,60	39,60	-20,00	-34%
Martinique	22,50	22,50	21,50	19,50	-3,00	-13%
La Réunion	17,10	15,70	20,30	18,00	0,90	5%
France	1 116,70	1 106,50	1 124,70	1 160,60	43,90	4%
Moyenne France	11,25	11,10	11,28	11,64	0,39	3%
<i>Ecart moyenne</i>	<i>15,65</i>	<i>15,00</i>	<i>13,82</i>	<i>13,26</i>	<i>-2,39</i>	<i>-15%</i>

5.4.2.1.5. Un maintien du nombre de conseillères conjugales et familiales

Les conseillères conjugales et familiales demeurent aussi nombreuses en 2019 qu’en 2022 (5 ETP). Leur nombre est plus élevé que la moyenne nationale (+ 1 ETP en 2022).

Figure – Nombre d’ETP de conseillères conjugales et familiales à la PMI de Guadeloupe et dans les territoires de comparaison (DREES)

	2019	2020	2021	2022	Evol. en valeur	Evol. en %
Guadeloupe	5,00	5,00	5,00	5,00	0,00	0%
Bouches-du-Rhône	9,90	10,80	8,80	9,90	0,00	0%
Seine-Saint-Denis	19,30	32,90	32,90	32,90	13,60	70%
Martinique	3,00	3,00	8,00	9,00	6,00	200%
La Réunion	0,00	3,00	2,00	5,00	5,00	-
France	343,20	358,40	362,60	393,90	50,70	15%
Moyenne France	3,47	3,64	3,63	3,95	0,49	14%
<i>Ecart moyenne</i>	<i>1,53</i>	<i>1,36</i>	<i>1,37</i>	<i>1,05</i>	<i>-0,49</i>	<i>-32%</i>

5.4.2.2. La prévention primaire globalement en retrait



La prévention primaire a pour objectif d'empêcher l'apparition des problèmes sociaux.

NB : la qualité du reporting de données est aléatoire certaines années. Ceci peut expliquer de fortes fluctuations. Il convient ainsi d'étudier les grandes tendances sur plusieurs années.

5.4.2.2.1. Une diminution de la prévention primaire en faveur des enfants au sein du Département

Au sein du Département, deux indicateurs d'activité peuvent être suivis pour analyser la prévention primaire en direction des enfants. Il s'agit du nombre d'actions collectives faites par la PMI ainsi que les bilans de santé pour les enfants de 3 à 4 ans également effectués par la PMI.

Pour les actions collectives, celles-ci sont en nette diminution depuis 2022 (- 46 % soit – 61 actions) :

- 2022 : 132 actions (soit 11 par mois)
- 2023 : 86 actions (soit 7 par mois)
- 2024 : 71 actions (soit moins de 6 par mois)

Figure – Tableau récapitulatif des actions collectives à destination des enfants effectuées par la PMI (CD 971)

	2022	2023	2024	Evol. en valeur	Evol. en %
Actions collectives	132	86	71	-61	-46%

Pour les bilans de santé, la baisse est moins marquée (- 10% soit – 345 bilans) :

- 2022 : 3 429 bilans
- 2023 : données non disponibles
- 2024 : 3 084 bilans

Par ailleurs, en 2024, seulement 36% des bilans ont été effectués par une infirmière puéricultrice, c'est-à-dire une professionnelle de santé spécialisée dans les soins médicaux apportés aux bébés et aux jeunes enfants.

Figure – Tableau récapitulatif des bilans de santé pour les enfants de 3 à 4 ans effectués par la PMI (CD 971)

	2022	2023	2024	Evol. en valeur	Evol. en %
Bilans de santé pour les enfants de 3 à 4 ans	3429	ND	3084	-345	-10%
<i>Dont effectué par une puéricultrice</i>	ND	ND	1120	-	-
<i>Part en %</i>	-	-	36%	-	-

En rapportant ce nombre de bilans de santé en 2024 par rapport au nombre de naissances en 2021 (4 345 selon l'INSEE), on peut estimer que **71% des enfants guadeloupéens de 3 ans ont été examinés à cette occasion**. La littérature scientifique en la matière estime que le nombre moyen d'enfants examinés à l'occasion du bilan de santé en école maternelle se situe entre 69,4% et 80,7%¹⁷. **Le Département de la Guadeloupe se situe donc dans la fourchette base.**

5.4.2.2.2. Une prévention primaire partenariale à destination des familles à renforcer

❖ L'action départementale tournée vers les actions collectives

L'entretien prénatal précoce (EPP) créé en 2007 a été rendu obligatoire en mai 2020¹⁸. Il constitue le premier moment clé du parcours des 1000 premiers jours de l'enfant. Dès sa déclaration de grossesse, la future mère peut rencontrer (seule ou en couple) une sage-femme ou un médecin, que ce soit en libéral, dans un centre de PMI ou à la maternité.

L'EPP a donc pour but de permettre au professionnel de santé d'évaluer avec la femme enceinte ou avec le couple les besoins d'accompagnement au cours de la grossesse. Il prend en compte la dimension psychologique et émotionnelle, ainsi que l'environnement social de la grossesse. Ainsi, aucun examen physique n'est réalisé. Le contenu de cet entretien a fait l'objet de recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) en 2005 et 2009.

Or, si en moyenne en France, seulement 64% des femmes enceintes ont bénéficié d'un EPP en 2023¹⁹, **en Guadeloupe la pratique est encore plus circonscrite**. En effet, selon les indicateurs d'activité de la PMI, le nombre d'EPP a tendance à diminuer depuis 2022 (- 24% soit - 102 EPP) :

- 2022 : 433 EPP pour 4 196 naissances²⁰ (soit 10%) ; 433 EPP pour 5 476 mères reçues en consultation ou en VAD (soit 8%)
- 2023 : 304 EPP pour 4 060 naissances²¹ (soit 7%) ; 304 EPP pour 3 709 mères reçues en consultation ou en VAD (soit 8%)
- 2024 : 331 EPP pour 3 500 naissances²² (soit 9%) ; 331 EPP pour 4 280 mères reçues en consultation ou VAD (soit 8%).

Ces taux doivent néanmoins être nuancés car les EPP peuvent aussi être réalisés par des professionnels libéraux ou hospitaliers. Néanmoins, les dynamiques montrent que l'EPP n'est pas une activité courante de la PMI. Enfin, aucun suivi n'est effectué pour les entretiens post-nataux précoces.

¹⁷ Collet M, Gagnière B, Rousseau C, Chapron A, Fiquet L, Certain C. L'exposition aux écrans chez les jeunes enfants est-elle à l'origine de l'apparition de troubles primaires du langage ? Une étude cas-témoins en Ille-et-Vilaine. Bull Epidemiol Hebd. 2020;(1):2-9. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2020/1/2020_1_1.html

¹⁸ Loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020 modifiant l'article L. 2122-1 du Code de la santé publique

¹⁹ <https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-des-populations/1000jours/EPP>

²⁰ <https://www.insee.fr/fr/statistiques/7672837>

²¹ [https://www.insee.fr/fr/statistiques/8267692#:~:text=%2C3%20%25\).-](https://www.insee.fr/fr/statistiques/8267692#:~:text=%2C3%20%25).-)

,Les%20naissances%20sont%20moins%20nombreuses,%2D6%2C9%20%25).

²² <https://www.insee.fr/fr/statistiques/8557247#:~:text=En%202024%2C%203%20500%20enfants,moins%20qu>
e%20l'ann%C3%A9e%20pr%C3%A9c%C3%A9dente.

Figure – Tableau récapitulatif des entretiens pré-nataux précoces et post-nataux précoces effectués par la PMI (CD 971)

	2022	2023	2024	Evol. en valeur	Evol. en %
Entretiens prénataux précoces	433	304	331	-102	-24%
Entretiens postnataux précoces	ND	ND	ND	-	-

« Toutes les femmes devraient pouvoir bénéficier d'une consultation de préparation à la grossesse »

Verbatim – entretiens stratégiques et ateliers de concertation

Les séances collectives proposées par la PMI sont des ateliers gratuits animés par des professionnels de santé, visant à informer les futurs parents sur la grossesse, l'accouchement, les soins au bébé et la parentalité. Elles favorisent aussi l'échange entre parents et un suivi global de la maternité.

D'après les indicateurs d'activité de la PMI, ces actions collectives sont en très légère augmentation depuis 2022 (+ 1% soit + 4 actions collectives) :

- 2022 : 548 (soit 46 par mois)
- 2023 : 650 (soit 54 par mois)
- 2024 : 552 (soit 46 par mois)

Par ailleurs un rééquilibrage a eu lieu depuis 2022. Effectivement, avant les actions collectives concernaient entièrement la préparation à la naissance (100% des actions en 2022). Depuis 2023, ces actions collectives ne concernent plus seulement la préparation à la naissance (87% en 2023 ; 83% en 2024).

Figure – Tableau récapitulatif actions collectives effectuées par la PMI (CD 971)

	2022	2023	2024	Evol. en valeur	Evol. en %
Actions collectives	548	650	552	4	1%
<i>Dont séances de préparation à la naissance</i>	548	564	457	-91	-17%
<i>Part en %</i>	100%	87%	83%	x	x

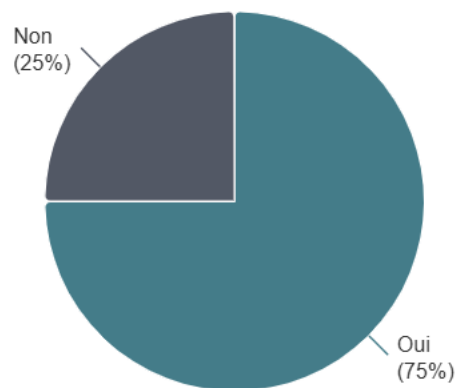
❖ Un travail de collaboration à renforcer avec les CCAS

Chaque CCAS anime une action générale de prévention et de développement social dans la commune, en liaison étroite avec les institutions publiques et privées²³. Pour mesurer les actions développées par les CCAS du département, un questionnaire leur a été transmis. Les résultats complets du questionnaire sont disponibles en annexe. Cependant, ces résultats doivent être analysés avec précaution car malgré trois relances, seulement 4 CCAS ont répondu à l'enquête (soit un taux de réponses de 15%).

Aussi, d'après l'enquête les trois quarts mènent une action générale de prévention et de développement social sur le territoire de la commune. Si ce niveau est élevé, il devrait être de 100% puisque c'est une compétence obligatoire.

Figure – Animation d'une politique générale de prévention et de développement social

Votre CCAS anime-t-il une action générale de prévention et de développement social ?

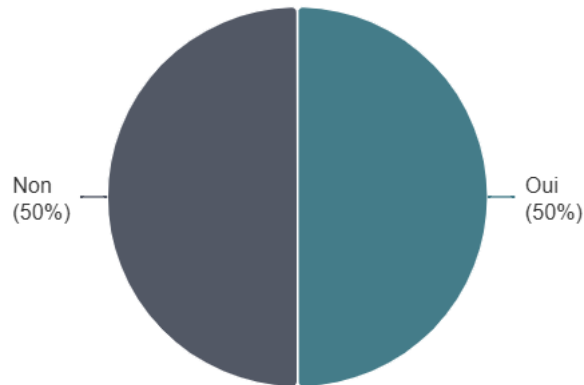


Or, pour développer une action générale de prévention de développement social, il convient de mener une Analyse des Besoins Sociaux (ABS) une fois par mandature. Seuls 50% des CCAS, ayant répondu, ont effectué une ABS durant le précédent mandat.

²³ Article L. 123 – 5 du CASF

Figure – Réalisation d'une ABS durant la précédente mandature

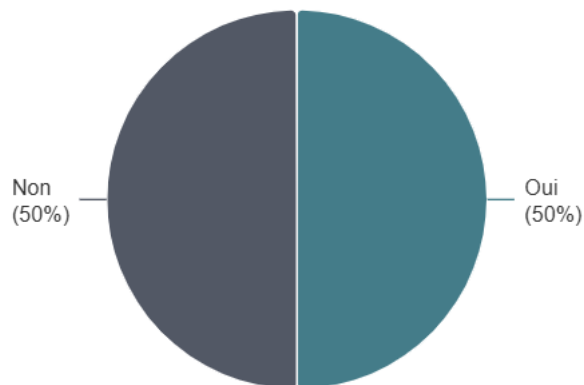
Avez-vous réalisé une analyse des besoins sociaux durant la précédente mandature ?



Enfin, si tous les CCAS participant à l'enquête accomplissent une pré-instruction des demandes d'aide sociale du Département, seulement 50% tiennent un fichier des bénéficiaires de prestations sociales indispensable pour mesurer le non-recours aux droits.

Figure – Tenue d'un fichier des bénéficiaires de prestations sociales

Tenez-vous un fichier des bénéficiaires d'une prestation d'aide sociale ?



En conséquence, l'indispensable travail partenarial entre le Département et les CCAS de l'Archipel doit être approfondi selon un dialogue mettant en avant les besoins et les actions de toutes les parties prenantes.

- ❖ Le soutien actif à la parentalité par la CAF

S'ajoutent à ces actions collectives menées par la PMI, **les interventions déployées par les Lieux d'Accueil Enfant Parents (LAEP)**. Ce sont des espaces de rencontres, d'écoute et d'échange pour les parents et leurs jeunes enfants, âgés de zéro et six ans. La structure porteuse accueille les familles de manière anonyme et volontaire. Le dispositif est entièrement financé par la CAF.

Il est dénombré 7 structures porteuses de LAEP en Guadeloupe.

Figure – Tableau récapitulatif des LAEP en 2025 (monenfant.fr)

Nom	Commune	Gestionnaire
ASSOCIATION "LE CARBET"	Capesterre Belle Eau	Némorin Pascal
LEAP "LES CANNES BONBONS"	Saint Louis	CCAS de Saint-Louis
LA KAZ VERTE	Grand Bourg	Association MAG'ASP
RPE/LAEP MONTAUBAN	Le Gosier	GAVALY Raymonde
LAEP KZ TI MAO	Baie Mahault	Ville de Baie-Mahault
RPE / LAEP SAINTE ANNE	Sainte Anne	SMAPE – Ville de Saint Anne
RPE/LAEP DE SAINT-CLAUDE	Saint Claude	ENFANCE POUR TOUS

Pour les parents séparés, la CAF peut également financer des **espaces de rencontres**. Ces lieux permettent l'exercice du droit de visite des parents non hébergeant en cas de séparation.

Selon la plateforme « *monenfant.fr* », la Guadeloupe ne compte qu'un seul espace de ce type à Saint Louis. Le dispositif est porté par « l'Association Femme et Enfant »

Figure – Tableau récapitulatif des espaces de rencontres en Guadeloupe (en 2025)

Nom	Commune	Gestionnaire
Espace de rencontres	Saint Louis	Association Femme et enfant

❖ La santé sexuelle

En matière d'actions collectives en santé sexuelle, la PMI a également réduit son activité depuis 2022 (- 20% soit – 27 actions collectives). Toutefois, dans le même temps, la PMI a augmenté le nombre d'actions en milieu scolaire (+ 121% soit + 41 actions). Alors qu'elles ne représentaient que 25% du total en 2022, désormais elles représentent 71% de l'activité globale ce qui traduit une forte réorientation des actions collectives en santé sexuelle vers le milieu scolaire.

- 2022 : 132 dont 34 en milieu scolaire (soit 25%)
- 2023 : 86 dont 57 en milieu scolaire (soit 66%)
- 2024 : 105 dont 75 en milieu scolaire (soit 71%)

Figure – Tableau récapitulatif actions collectives en santé sexuelle effectuées par la PMI (CD 971)

	2022	2023	2024	Evol. en valeur	Evol. en %
Actions collectives en santé sexuelle	132	86	105	-27	-20%
<i>Dont en milieu scolaire</i>	<i>34</i>	<i>57</i>	<i>75</i>	41	121%

Toutefois, le territoire de la Guadeloupe ne compte pas d'EVARS (Espace vie affective, relationnelle et sexuelle). Or ce sont des lieux d'information, d'écoute, de sensibilisation et de prévention en matière de vie affective, relationnelle et sexuelle. L'approche proposée est objective et bienveillante et le service délivré est anonyme et gratuit.

5.4.2.2.3. Synthèse

La prévention, qu'elle soit primaire, secondaire ou tertiaire est mise en œuvre pour partie par la PMI du Département de la Guadeloupe. Aussi, pour étudier l'activité de la PMI, il est indispensable de contextualiser avec les moyens humains disponibles. Selon la DREES, entre 2019 et 2022, le nombre d'ETP à la PMI de la Guadeloupe a diminué de 11,80 ETP (soit - 0,09%). Cette diminution est partagée par les territoires de comparaison : Bouches du Rhône (- 19,80 ETP, soit - 0,05%), Seine Saint Denis (- 132,6 ETP, soit - 0,17%), La Réunion (- 1 ETP, soit - 0,01%) à l'exception de La Martinique (+0,7 ETP soit + 0,1%). La PMI de Guadeloupe reste tout de même plus favorablement dotée que la moyenne française (+10,6 ETP en moyenne).

La prévention primaire à destination des enfants au sein du Département est en diminution : - 46% d'actions collectives menées par la PMI entre 2022 et 2024 et - 10% de bilans de santé en écoles maternelles sur la même période. A destination des familles, la prévention primaire nécessite d'être renforcée. L'entretien prénatal précoce, obligatoire depuis 2020, ne concerne qu'une partie réduite des femmes (environ 10%). Les CH et les professionnels libéraux peuvent également le mettre en œuvre. Les actions collectives de la PMI restent tout de même à un niveau élevé entre 2022 et 2024. Finalement, cette baisse des actions de prévention primaire s'inscrit dans un contexte de diminution globale des ETP à la PMI (entre 2019 et 2022).

Les CCAS sont titulaires d'une mission de prévention générale. Ils sont donc théoriquement les principaux partenaires du Conseil Départemental. D'après l'enquête qui leur a été diffusée, les trois-quarts mènent une action générale de prévention et de développement social sur le territoire de la commune. Cependant, seuls 50% d'entre eux ont mené une analyse des besoins sociaux durant le précédent mandat et seulement 50% tiennent un fichier des bénéficiaires de prestations sociales indispensable pour mesurer le non-recours aux droits.

Par ailleurs, la CAF mène une politique de soutien à la parentalité active. Elle se décline au travers des sept Lieux d'Accueil Enfant Parent (LAEP) installés dans l'Archipel. Ils constituent des espaces d'écoute et d'échange pour les parents et leurs jeunes enfants, âgés de zéro et six ans. En plus de cela, Saint Louis dispose d'un espace de rencontres permettant l'exercice du droit de visite des parents non hébergeant en cas de séparation.

Enfin la prévention primaire s'exerce aussi en matière de santé sexuelle. Les actions collectives de la PMI sur cette thématique sont toutefois en diminution depuis 2022 même si elles se combinent à celle de la Maternité Consciente. L'absence d'Espace de Vie Affective Relationnelle et Sexuelle dans le département est toutefois notable.

5.4.2.3. La prévention secondaire : entre développement et décrochage de l'activité



La prévention secondaire a pour but de détecter et intervenir précocement sur les problèmes sociaux.

NB : la qualité du reporting de données est aléatoire certaines années. Ceci peut expliquer de fortes fluctuations. Il convient ainsi d'étudier les grandes tendances sur plusieurs années.

5.4.2.3.1. Une offre riche pour le développement des enfants

- ❖ Une activité de la PMI qui se maintient pour les 0 à 6 ans

Les consultations et visites d'enfant par la PMI permettent un suivi médical préventif de 0 à 6 ans : développement, vaccination, dépistages, conseils aux parents. Elles ont lieu en centre PMI ou à domicile, réalisées par un médecin, une puéricultrice, une infirmière ou une sage-femme.

D'après la DREES, la Guadeloupe dispose d'un nombre de consultations infantiles, hors VAD, pour 1 000 enfants âgés de moins de 6 ans très supérieur à la moyenne nationale (+ 42 consultations pour 1 000 enfants âgés de moins de 6 ans en 2022). Qui plus est, ce dernier est en augmentation depuis 2020 (+ 425% soit + 34 consultations infantiles pour 1 000 enfants âgés de moins de 6 ans).

Figure – Tableau récapitulatif du nombre de consultations infantiles, hors VAD, pour 1 000 enfants âgés de moins de 6 ans (DREES)

	2020	2021	2022	Evol. en valeur	Evol. en %
Guadeloupe	242	299	303	61	25%
Martinique	254	235	344	90	35%
La Réunion	171	175	141	-30	-18%
Bouches du Rhône	257	334	343	86	33%
Seine Saint Denis	638	566	545	-93	-15%
France	234	254	261	27	12%
<i>Ecart France</i>	8	45	42	34	425%

Sur la même période, les visites à domicile par la PMI pour les enfants de moins de 6 ans sont en progression (+ 85% soit + 22 visites à domicile pour les enfants âgés de moins de 6 ans) mais demeurent moins développées qu'en moyenne en France (- 83 visites à domicile pour 1 000 enfants âgés de moins de 6 ans en 2022 en Guadeloupe).

Figure – Tableau récapitulatif du nombre de VAD infantiles pour 1 000 enfants âgés de moins de 6 ans, de 2020 à 2022, par département

	2020	2021	2022	Evol. en valeur	Evol. en %
Guadeloupe	26	36	48	22	85%
Martinique	9	18	14	5	56%
La Réunion	68	93	96	28	41%
Bouches du Rhône	58	69	74	16	28%
Seine Saint Denis	12	10	8	-4	-33%
France	100	127	131	31	31%
<i>Ecart France</i>	-74	-91	-83	-9	12%

Or d'après les données internes à la PMI, si le nombre de consultations a diminué depuis 2022 (- 6% soit - 428 consultations), le nombre de visites à domicile a progressé (+ 44% soit + 466 visites). **Ainsi, l'activité globale s'est maintenue (+ 0% soit + 38 consultations et visites).**

- 2022 : 6 737 consultations et 1 065 visites à domicile
- 2023 : 5 910 consultations et 940 visites à domicile
- 2024 : 6 309 consultations et 1 531 visites à domicile

Une deuxième différence est notable : les enfants examinés sont beaucoup plus nombreux en visites à domicile proportionnellement aux consultations.

Figure – Tableau récapitulatif des consultations et des visites à domicile de la PMI (CD 971)

	2022	2023	2024	Evol. en valeur	Evol. en %
Nombre de consultations	6 737	5 910	6 309	-428	-6%
<i>Nombre d'enfants vus en consultation</i>	<i>1 871</i>	<i>1 872</i>	<i>1 834</i>	-37	-2%
<i>Soit en %</i>	<i>28%</i>	<i>32%</i>	<i>29%</i>	x	x
Nombre de visites à domicile	1 065	940	1 531	466	44%
<i>Nombre d'enfants vus en visite à domicile</i>	<i>1 061</i>	<i>ND</i>	<i>1 509</i>	448	42%
<i>Soit en %</i>	<i>100%</i>	<i>ND</i>	<i>99%</i>	x	x
Total consultations + visites	7 802	6 850	7 840	38	0%

- ❖ Une offre territoriale riche d'accompagnements proposés aux jeunes par les partenaires

Les Maisons des Adolescents (MDA) sont destinés aux jeunes de 11 à 25 ans notamment en situation d'exclusion sociale. Le cahier des charges des MDA fixe sept missions :

- Accueil, écoute et orientation
- Information et conseil
- Prise en charge multidisciplinaire
- Coordination des intervenants
- Prévention et promotion de la santé
- Innovation et recherche
- Soutien aux familles et aux professionnels*

Les MDA ont donc pour objectifs de :

- Favoriser la synergie des acteurs et la mise en œuvre de prises en charge globales pluriprofessionnelles et pluri-institutionnelles (à la fois médicales, psychologiques, sociales, éducatives, voire judiciaires).
- Développer chez ces professionnels une culture commune sur l'adolescence.
- Organiser l'expertise interprofessionnelle sur des situations individuelles en vue de la définition d'une prise en charge précisant les engagements et les limites des différents intervenants.

- Evaluer le suivi des prises en charge et des méthodes dans un souci d'amélioration de la qualité de ces prises en charge.
- Assurer la cohérence des actions menées en faveur des jeunes sur le territoire concerné.
- Permettre un complet décloisonnement des secteurs d'intervention.

La MDA de Guadeloupe est portée par l'EPSM. Elle propose un accueil à Les Abymes et dispose d'annexes à Pointe Noire et à Basse Terre.

La Mission Locale vise à l'insertion professionnelle et sociale des jeunes notamment en situation d'exclusion sociale. Elle vise donc à repérer, mobiliser, accueillir, informer, orienter et accompagner vers l'autonomie sociale et professionnelle, tous les jeunes de 16 à 25 ans et jusqu'à 29 ans s'ils sont en situation de handicap.

L'accompagnement déployé est pluri thématique :

- L'emploi
- La formation
- La santé
- Le logement
- La mobilité
- La citoyenneté
- Le sport
- Les loisirs
- La culture.

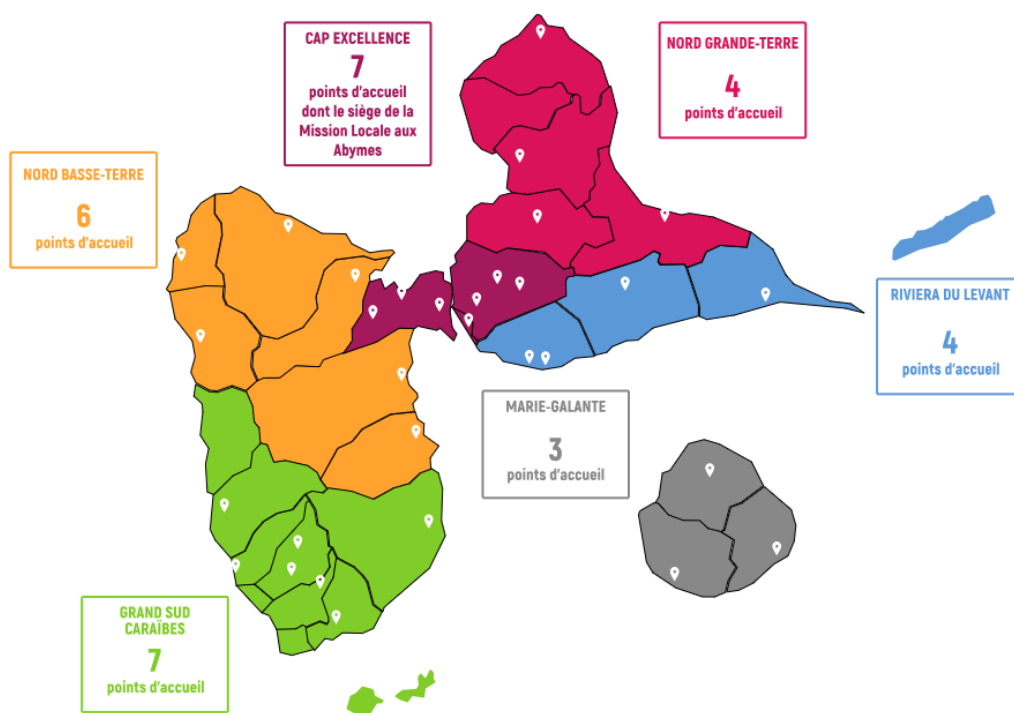
Une convention lie le Département et la Mission locale concernant l'accompagnement social et professionnel des jeunes sortis ou suivis ASE. Le rapport d'activité 2024, met en avant plusieurs éléments saillants :

- **Population contactée** : 261 jeunes sortis ou en suivi ASE ont été contactés en 2024
- **Population accompagnée** : 170 jeunes ont été accompagnés effectivement en 2024 (soit seulement 65% des jeunes sortis ou en suivi ASE donc 35% ne sont pas accompagnés).
- **Taux d'insertion professionnelle déclaré** : **seulement 35% des jeunes accompagnés.**
- **Taux de satisfaction** : un jeune en accompagnement peut exprimer plusieurs demandes lors de ses entretiens (emploi, formation qualification, alternance, autres formations). Or, sur les 806 propositions faites, **seulement 36% des demandes exprimées ont été satisfaites.** Le risque d'échec d'insertion durable est donc fortement prégnant.
- **Taux d'insertion professionnelle** : Le taux d'insertion professionnelle des jeunes relevant de l'ASE est de 35% soit 60 jeunes. **Cet indicateur insuffisamment granularisé** pour juger de la qualité des parcours : durée de maintien en emploi, qualité des emplois, CDI/CDD, temps partiel, etc. En outre, **il n'y a pas de données sur le suivi après insertion** (3, 6, 12 mois) ; sans cela, **le taux de 35% peut cacher beaucoup de désaffiliations rapides.**
- **Logement** : seulement 21% en logement autonome et **28% des jeunes ont des problèmes de logement.** Le logement demeure un frein majeur peu résolu.

- **Spécificités non traitées de manière ciblée : 25% des jeunes femmes sont mères.** Il existe un besoin non exprimé dans le rapport mais qui inhérent à ce public qui correspond à la garde des enfants.

La Mission Locale a **des actions pertinentes et des moyens engagés** (contacts nombreux, utilisation des dispositifs financiers), mais **les résultats montrent des freins structurels** : transformation insuffisante des propositions en parcours effectifs (36% demandes satisfaites), problèmes de logement non résolus, une partie importante des jeunes connus de l'ASE qui ne sont pas suivis par la Mission locale, et un manque de granularité dans les indicateurs d'impact (qualité et maintien dans l'emploi).

Figure – Carte des espaces d'accueil de la Mission Locale (Mission Locale de Guadeloupe)



5.4.2.3.2. Une activité de la PMI à destination des jeunes mères en retrait

Les consultations et visites des (futurs) mères par la PMI visent à accompagner les femmes pendant et après la grossesse : suivi médical, soutien psychologique, conseils sur l'allaitement, la contraception et la parentalité. Elles peuvent avoir lieu en centre ou à domicile.

Entre 2020 et 2022, les consultations pour les (futurs) mères rapportées à 1 000 femmes ayant accouché au cours de l'année sont très largement supérieures à la moyenne nationale (+ 857 consultations pour 1 000 femmes ayant accouché au cours de l'année).

Figure – Tableau récapitulatif du nombre de consultations pour 1 000 femmes ayant accouché au cours de l'année (DREES)

	2020	2021	2022	Evol. en valeur	Evol. en %
Guadeloupe	1 236	1 214	1 124	-112	-9%
Martinique	428	431	586	158	37%
La Réunion	498	312	341	-157	-32%
Bouches du Rhône	290	290	314	24	8%
Seine Saint Denis	2 753	725	621	-2 132	-77%
France	328	266	267	-61	-19%
<i>Ecart France</i>	<i>908</i>	<i>948</i>	<i>857</i>	<i>-51</i>	<i>-6%</i>

Concernant les visites à domicile, entre 2020 et 2022 l'activité de la PMI s'est réduite. Le nombre de VAD rapporté à 1 000 femmes ayant accouché au cours de l'année est même passé sous la moyenne nationale (- 29 visites pour 1 000 femmes ayant accouché au cours de l'année en 2022).

Figure – Tableau récapitulatif du nombre de visites à domicile pour 1 000 femmes ayant accouché au cours de l'année (DREES)

	2020	2021	2022	Evol. en valeur	Evol. en %
Guadeloupe	260	166	193	-67	-26%
Martinique	26	31	81	55	212%
La Réunion	47	63	81	34	72%
Bouches du Rhône	146	197	192	46	32%
Seine Saint Denis	75	37	43	-32	-43%
France	188	219	222	34	18%
<i>Ecart France</i>	<i>72</i>	<i>-53</i>	<i>-29</i>	<i>-101</i>	<i>-140%</i>

Toutefois depuis 2022, selon les données internes au Département, le nombre de consultations a continué de décrocher (- 34% soit - 1 577 consultations). Le nombre de mères rencontrées a tout de même augmenté (+ 113% soit + 1 388 mères). Autrement dit, les suivis de longue durée sont plus rares et les consultations sont plus ponctuelles.

A contrario, sur la même période (2022 – 2024), le nombre de visites à domicile a fortement augmenté (+ 47% soit + 381 visites) mais le nombre de mères rencontrées a diminué (- 28% entre 2023 et 2024 soit – 210 mères).

Au total, consultations et visites en direction des (futurs) mères ont reculé de 22% entre 2022 et 2024 (soit – 1 196 consultations et visites).

Figure – Tableau récapitulatif des consultations et des visites à domicile de la PMI (CD 971)

	2022	2023	2024	Evol. en valeur	Evol. en %
Nombre de consultations	4 673	2 968	3 096	-1 577	-34%
<i>Nombre de mères vues en consultation</i>	1224	743	2612	1 388	113%
<i>Soit en %</i>	26%	25%	84%	x	x
Nombre de visites à domicile	803	741	1184	381	47%
<i>Nombre de mères vues en visite à domicile</i>	ND	741	531	-	-
<i>Soit en %</i>	-	100%	45%	x	x
Total consultations + visites	5 476	3 709	4 280	-1 196	-22%

5.4.2.3.3. Une activité de la PMI en santé sexuelle en augmentation complétée par celle de la Maternité Consciente

Entre 2020 et 2022, le nombre de consultations en santé sexuelle rapporté à 1 000 femmes âgées de 15 à 49 ans effectuées par la PMI a progressé de 50% en Guadeloupe (+ 23 consultations pour 1 000 femmes âgées de 15 à 49 ans). Ce nombre est supérieur à la moyenne française (+ 33 consultations pour 1 000 femmes âgées de 15 à 49 ans en 2022).

Figure - Nombre de consultations en santé sexuelle pour 1 000 femmes âgées de 15 à 49 ans, de 2020 à 2022 (DREES)

	2020	2021	2022	Evol. en valeur	Evol. en %
Guadeloupe	46	53	69	23	50%
Martinique	78	93	60	-18	-23%
La Réunion	29	31	28	-1	-3%
Bouches du Rhône	35	39	46	11	31%
Seine Saint Denis	72	100	105	33	46%
France	33	35	36	3	9%
<i>Ecart France</i>	13	18	33	20	154%

Entre 2020 et 2022, le nombre d'entretien en conseil conjugal et familial rapporté à 1 000 femmes âgées de 15 à 49 ans effectuées par la PMI a progressé de 19% en Guadeloupe (+ 5 consultations pour 1 000 femmes âgées de 15 à 49 ans). Ce nombre est supérieur à la moyenne française (+ 11 entretiens en conseil conjugal et familial pour 1 000 femmes âgées de 15 à 49 ans en 2022).

Cette activité de la PMI est également complétée par celle de l'association du Planning Familial (Maternité Consciente) de Pointe à Pitre (cf. infra).

Figure - Nombre d'entretien en conseil conjugal et familial pour 1 000 femmes âgées de 15 à 49 ans, de 2020 à 2022 (DREES)

	2020	2021	2022	Evol. en valeur	Evol. en %
Guadeloupe	26	29	31	5	19%
Martinique	31	44	50	19	61%
La Réunion	4	4	3	-1	-25%
Bouches du Rhône	8	7	6	-2	-25%
Seine Saint Denis	45	47	45	0	0%
France	19	21	20	1	5%
<i>Ecart France</i>	7	8	11	4	57%

D'après les données internes de la PMI, l'activité poursuit sa progression sur le territoire depuis 2022 (+ 15% soit + 887 consultations ou entretiens).

Les consultations se maintiennent à un niveau presque similaire (+ 1% soit + 29 consultations). Dans le détail, les consultations en lien avec la contraception progressent (+ 4% soit + 91 consultations) quand les consultations en lien avec l'IVG diminuent (-18% soit - 15 consultations). Les consultations avec d'autres motifs augmentent (+ 4% soit + 30 consultations). Par ailleurs, les consultations ont touché plus de personnes en 2024 qu'en 2022 (+4% soit + 109 personnes). Parmi elles, les personnes mineures restent très minoritaires (entre 3% et 5%) mais sont de plus en plus nombreuses (+14% soit + 18 personnes).

Le nombre d'entretiens en conseil conjugal et familial augmente, quant à lui, nettement depuis 2022 (+ 35% soit + 858 entretiens). Cette hausse s'associe à une augmentation du nombre de personnes ayant bénéficié d'un entretien (+ 12% soit +274 personnes).

Figure – Tableau récapitulatif des consultations et des visites à domicile de la PMI (CD 971)

	2022	2023	2024	Evol. en valeur	Evol. en %
Nombre de consultations	3 375	2 459	3 404	29	1%
<i>Dont en lien avec la contraception</i>	2 232	1 656	2 323	91	4%
<i>Dont en lien avec l'IVG</i>	83	48	68	-15	-18%
<i>Dont en lien avec d'autres motifs</i>	832	785	862	30	4%
Nombre de personnes ayant bénéficié d'une consultation	2 687	2 165	2 796	109	4%
<i>Dont personne mineure</i>	125	55	143	18	14%
<i>Soit en %</i>	5%	3%	5%	x	x
Nombre d'entretiens en conseil conjugal et familial	2 444	2 054	3 302	858	35%
<i>Nombre de personnes ayant bénéficié d'un entretien</i>	2 206	1 847	2 480	274	12%
<i>Soit en %</i>	90%	90%	75%	x	x
Total : consultations + entretiens	5 819	4 513	6 706	887	15%

Il convient aussi de souligner l'activité de la **Maternité Consciente** (Planning Familial) financée à la hauteur de **1,4M€ en 2024 par le Conseil Départemental**.

Le rapport d'activité 2024 met en exergue :

- **Activité médicale :**

- Une progression globale de l'activité médicale même si des différences significatives entre Pointe-à-Pitre et Basse-Terre sont notées à cause la démographie des zones
- Une fréquentation d'adolescents relativement stable dans les deux bassins au regard de la démographie guadeloupéenne.

Année	P-à-Pitre	B-Terre
2018	1787	686
2019	1921	835
2020	1537	550
2021	1364	562
2022	1403	631
2023	1866	666
2024	2166	710

- **Activité sociale**

- Prestations individuelles
 - 913 entretiens de conseil conjugal ou de planification en 2024.
 - 2380 entretiens d'accueil social
- Actions collectives
 - Actions éducatives en milieu scolaire (Evars)
 - Actions d'information et de prévention des risques en direction des publics les plus oubliés des services de santé sexuelle : jeunes de la PJJ, des IME, IMPRO, quartiers mineurs et femmes de la maison d'arrêt.
 - Elaboration de programmes spécifiques en direction de publics ciblés (porteurs d'handicap)

- Création de la première boutique solidaire de Guadeloupe dédiée à l'hygiène de la femme et du nourrisson
- **Accompagnement psychologique des victimes en lien avec la violence**
 - Nombre de victimes accompagnées : 40 personnes
 - Hommes : 4
 - Femmes : 36
 - Âges :
 - - 12 ans : 0
 - 12 – 17 ans : 7
 - 18 – 30 ans : 18
 - 31 – 40 ans : 12
 - 41 – 50 ans : 1
 - + 50 ans : 2
 - Nombre de consultations :
 - 2024 : 40 consultations
 - Dont 36 avec des femmes
 - Dont 4 avec des hommes
 - Soit en moyenne par mois : 3,33 consultations. Ce nombre est bien trop faible au vu du nombre de VIF dans le Département.

Si le rapport d'activité permet d'appréhender de manière globale l'activité de la Maternité Consciente, les indicateurs de suivis et de pilotage sont insuffisants au regard du montant alloué annuellement par le Conseil Départemental. Le nombre d'IVG n'est ainsi pas abordé, le nombre précis des actions collectives également, etc. Or, ces indicateurs sont indispensables d'autant plus qu'une cohérence des interventions doit être envisagée avec la PMI.

5.4.2.3.4. Synthèse

En matière de prévention secondaire à destination des 0 à 6 ans, l'activité de la PMI se développe. Les consultations à domicile sont en nette progression depuis 2022 (+ 33%) et les visites à domicile se développent beaucoup (+ 85%). Toutefois, rapportées à la population, le taux de visites à domicile reste très en deçà de la moyenne nationale (48 VAD pour 1000 enfants âgés de moins de 6 ans en 2022 en Guadeloupe pour 131 VAD pour 1000 enfants âgés de moins de 6 ans en 2022 en moyenne en France). Cette tendance à la baisse des actions de prévention secondaire s'inscrit dans un contexte de diminution globale des ETP à la PMI (entre 2019 et 2022).

Concernant les principaux partenaires, il faut souligner l'action de la Maison Des Adolescents à destination des 11 à 25 ans portée par l'EPSM ainsi que celle de la Mission Locale. A ce titre, la Mission locale a des actions pertinentes et des moyens engagés (contacts nombreux, utilisation des dispositifs financiers), mais les résultats montrent des freins structurels : transformation insuffisante des propositions en parcours effectifs (36% demandes satisfaites), problèmes de logement non résolus, une partie importante des jeunes connus de l'ASE qui ne sont pas suivis par la Mission locale, et un manque de granularité dans les indicateurs d'impact (qualité et maintien dans l'emploi).

A destination des jeunes mères, l'activité de la PMI est en retrait : - 9% de consultations pour 1 000 femmes ayant accouché au cours de l'année et - 26% de visites à domicile pour 1 000 femmes ayant accouché au cours de l'année. Si l'activité a décroché, le nombre de mères rencontrées à tout de même énormément augmenté (+ 113%) traduisant une réduction des suivis de longues durées au profit de consultations plus ponctuelles.

En termes de santé sexuelle, l'activité est en forte hausse. Le nombre de consultations effectuées par la PMI en santé sexuelle rapporté à 1 000 femmes âgées de 15 à 49 ans a progressé de 50% et le nombre d'entretien en conseil conjugal et familial rapporté à 1 000 femmes âgées de 15 à 49 ans effectuées par la PMI a augmenté de 19%. La Maternité Consciente intervient également selon plusieurs aspects : activité médicale, activité sociale, accompagnement psychologique des victimes en lien avec la violence. Se pose finalement la question de la coordination des actions entre la PMI et la Maternité Consciente.

5.4.2.4. Le besoin d'approfondissement de la prévention tertiaire



La prévention tertiaire a pour objectif de limiter les conséquences des problèmes sociaux et favoriser la réinsertion.

NB : la qualité du reporting de données est aléatoire certaines années. Ceci peut expliquer de fortes fluctuations. Il convient ainsi d'étudier les grandes tendances sur plusieurs années.

5.4.2.4.1. Le Point d'Accueil et d'Ecoute Jeune comme espace d'accompagnement des jeunes

Le Point d'Accueil et d'Ecoute Jeune (PAEJ) propose un appui et une orientation dès lors que le jeune accompagné rencontre une difficulté concernant la santé :

- Mal être
- Souffrance
- Dévalorisation
- Echec
- Attitude conflictuelle
- Difficultés scolaires ou relationnelles
- Conduites de rupture violentes ou dépendantes
- Décrochage social et/ou scolaire

Un PAEJ est en exercice aux Abymes et permet donc d'accompagnement les jeunes en difficultés.

5.4.2.4.2. L'accompagnement social et familial insuffisamment mis en œuvre

Pour favoriser l'échange à l'occasion d'un conflit parental, la médiation familiale peut être utile. En effet, elle constitue un temps d'écoute, d'échanges et de négociation qui permet :

- D'aborder les problèmes liés à un conflit familial, de prendre en compte de manière très concrète les besoins de chacun, notamment et surtout ceux des enfants.
- D'établir une communication constructive.
- D'organiser les droits et devoirs de parents, de grands-parents.
- D'aborder les questions financières avec un tiers qualifié et impartial : le médiateur familial.

La médiation familiale peut être mise en œuvre par différents acteurs :

- La Justice au travers du conventionnement avec des associations
 - o ATTITUDES MEDIATIONS à Pointe à Pitre.
- La Caisse d'Allocation Familiale ou la Mutuelle Sociale Agricole

En complément, il peut être associé **un Accompagnement en Economie Sociale et Familiale (AESF)**²⁴ vise à accompagner une famille dans la gestion équilibrée de ses ressources familiales afin de fournir un cadre de vie décent, des conditions de scolarité stables et des loisirs pour les enfants. Elle a donc

²⁴ Article L. 222 – 3 du CASF

pour but d'éviter une dégradation de la situation familiale qui aboutirait éventuellement à une mesure de protection de l'enfance.

L'AESF est donc une mesure administrative fondée sur le principe de subsidiarité qui suppose donc l'adhésion de la famille dans la démarche. Cette adhésion est formalisée au sein d'un contrat d'accompagnement signé par le Président du Conseil Départemental et les responsables légaux concernés.

L'AESF est mis en œuvre par un Technicien d'Intervention Social et Familial (TISF) qui accompagne la famille dans la gestion du quotidien (hygiène, alimentation, rythmes de vie, soins aux enfants). La gestion des ressources familiales est ainsi au cœur de l'intervention.

Deux organismes gestionnaires sont autorisés dans le Département :

- AGSAF
- VI AN NOU

En 2022, ces deux OG ont accompagné 200 familles. En moyenne, les TISF interviennent 4 heures par semaine chez les familles accompagnées. Le rapport du Défenseur des Droits recommande de renforcer le nombre d'interventions de TISF.

5.4.2.4.3. Une offre élargie d'accueil des victimes de violences

D'après la plateforme « *santé.fr* », l'Archipel ne compte que trois espaces d'accueil pour les victimes de violences :

- **Le Planning Familial (La Maternité Consciente)** à Pointe à Pitre
- **La Maison des Adolescents** aux Abymes
- **Le Centre de Santé Sexuelle** à Capesterre-Belle-Eau
- **La Maternité Consciente**

S'ajoutent aussi d'après la Fédération Nationale France Victimes :

- **Initiatives France Victime Guadeloupe** à Basse Terre
- **Guadeloupe Association d'Aide aux Victimes** à Pointe à Pitre

Depuis mars 2025, la **Maison des Femmes portée par le Conseil Départemental** s'adjoit également à cette offre d'accueil des victimes de violences.

Enfin, le **Centre d'Information sur les Droits des Femmes et des Familles (CIDFF)** permet un accompagnement à la révélation des faits et facilite l'accès aux droits des victimes. Il accompagne également la phase judiciaire et propose un soutien effectif jusqu'à la sortie effective des violences conjugales.

Ces espaces servent à accueillir puis à orienter les victimes de violences. Ils servent donc de « guichet d'accueil » pour les jeunes et les femmes victimes de VIF par exemple. Or, ces lieux très diversifiés et demeurent peu identifiés. Un travail de mise en réseau est nécessaire.

5.4.2.4.4. Une prévention pluri partenariale de la délinquance à renforcer

- ❖ Un fort maillage en prévention spécialisée

La prévention spécialisée se met en place au travers d'une action directe auprès des jeunes et des familles en difficulté ou en rupture avec leur milieu, généralement au sein des Quartiers Prioritaires de la Ville.

Elle repose ainsi sur un travail éducatif de proximité en visant un public adolescent en situation sociale défavorisée et qui se trouve / risque de se trouver en marge des circuits d'intégration sociale.

Le Département de la Guadeloupe a autorisé trois services sur son territoire :

- SPRAID de LA CHALOUPE – SPRAID (La Désirade)
- SCEP de l'AGSEA - SCEP Basse-Terre (Basse Terre)
- SEPSI de l'Association pour l'Aide à l'Enfance et à l'Adolescence (Aux Abymes)

Ces services sont donc les premiers maillons de prévention à la délinquance qui doit s'articuler avec les Conseils pour les Droits et Devoirs des Familles (CDDF).

- ❖ Des Conseils pour les Droits et Devoirs des Familles insuffisamment déployés

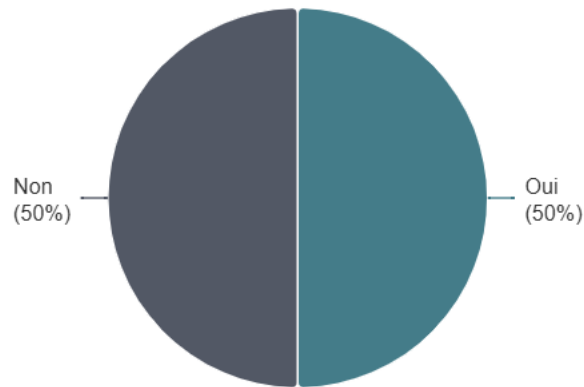
Le Conseil pour les Droits et Devoirs des Familles (CDDF) a pour mission d'entendre une famille, de l'informer de ses droits et devoirs envers l'enfant et de lui adresser des recommandations. Ces recommandations sont destinées à prévenir des comportements susceptibles de mettre l'enfant en danger ou de causer des troubles pour autrui. Le CDDF peut également avec la famille proposer des mesures d'aide à l'exercice de la fonction parentale susceptibles ainsi que de présenter les professionnels de l'action sociale et les tiers intéressés des recommandations qui lui sont faites.

Aussi, le CDDF s'adresse aux parents de mineurs en difficultés ou en situation d'exclusion sociale. Il peut être saisi chaque fois que le comportement de l'enfant entraîne des troubles à l'ordre, à la tranquillité ou à la sécurité publique. Il comprend l'ensemble des parties prenantes de l'action sociale dont un représentant du Conseil Départemental.

Or, à l'occasion de la grande enquête à destination des CCAS de l'Archipel, ceux-ci ont été invités à s'exprimer sur l'existence d'un CDDF au sein de leur commune de rattachement. **Les résultats montrent que seuls 50% des répondants disposent d'un CDDF au sein de leur commune.**

Figure – Existence d'un CDDF au sein de la commune d'assise du CCAS

Votre commune dispose-t-elle d'un Conseil pour les Droits et des Devoirs des Familles ?



Or, tout l'utilité du CDDF réside dans son articulation avec le CLSPD

❖ Une nette mise en place des CLSPD en Guadeloupe

Par ailleurs, selon le Plan Départemental de Prévention de la Délinquance, **27 des 32 communes du Département ont créé leur CLSPD ou ont intégré un CISPD**. Le CLSPD permet l'échange d'informations entre les responsables des institutions et organismes publics et privés concernés et peut définir des objectifs communs pour la préservation de la sécurité et de la tranquillité publique.

5.4.2.5. Synthèse

La prévention tertiaire se met en place au moyen de plusieurs dispositifs. Tout d'abord, il y a le Point d'Accueil et d'Écoute Jeune propose un appui et une orientation dès lors que le jeune accompagné rencontre une difficulté concernant la santé.

Ensuite, à destination des familles, l'offre d'accompagnement social et familial peut être dynamisée : la CAF propose de la médiation familiale lorsqu'un conflit parental est installé, le Département déploie des mesures en Économie Sociale et Familiale. Dans le même temps, l'offre d'accompagnement des victimes de violences est large. Toutefois le travail en réseau est insuffisant et ne permet pas de favoriser les synergies locales.

La prévention de la délinquance est permise en premier lieu par les trois services de prévention spécialisée autorisés par le Département. Elle prend forme également au travers des Conseils des Droits et Devoirs des Familles qui ne sont pas assez développés par les communes : seulement 50% des communes disposent d'un CDDF selon l'enquête réalisée. Or, ces CDDF constituent la déclinaison opérationnelle des CLSPD très largement mis en place dans l'Archipel (27 communes sur 32).

5.4.3. Le besoin de réorientation de la politique départementale de protection

5.4.3.1. Un difficile bilan du recueil et de l'évaluation des informations préoccupantes

A la date de réalisation du diagnostic, la compilation des données relatives aux informations préoccupantes n'est pas entièrement aboutie. Ainsi, l'analyse des données issues du pilotage du SSEPED / CRIP est en cours de perfectionnement avec le déploiement progressif du logiciel IODAS (septembre 2024). Ce travail doit être amélioré pour correspondre aux attentes du Défenseur des Droits qui avait jugé que « *le suivi (...) doit demeurer une priorité* »²⁵.

Par ailleurs, depuis 2018 l'ONPE a mis en place **un socle de 10 indicateurs d'activité pour les CRIP** après un travail partenarial regroupant plusieurs Départements et le SNATED. Aujourd'hui, la consolidation des données de 2022 ne correspond pas aux indicateurs définis par l'ONPE.

Afin de disposer d'une base d'étude pertinente, les données de 2022 ont ainsi été largement retraitées.

Les indicateurs d'activité des CRIP de l'ONPE sont les suivants :



- 1) Nombre d'informations entrantes au cours de l'année
- 2) Nombre d'informations préoccupantes transmises pour évaluation au cours de l'année
- 3) Nombre d'informations non transmises pour évaluation au cours de l'année
- 4) Origine des IP transmises pour évaluation et origine des informations non transmises pour évaluation
- 5) Nombre d'enfants concernés par une IP qualifiée et évaluée
- 6) Les suites après évaluation de l'IP (par exemple suite, classement sans suite, etc.)
- 7) Sexe des enfants faisant l'objet d'une IP
- 8) Classe d'âge des enfants faisant l'objet d'une IP
- 9) Lieu de vie des enfants
- 10) Danger ou motif de l'IP (type de risque / danger)

❖ Indicateur n°1 – Nombre d'informations entrantes

En 2022, 483 informations entrantes sont répertoriées par le SSEPED (dénomination donnée à la CRIP en Guadeloupe). Ces informations entrantes concernent 1 425 enfants.

Selon les données transmises par l'ODPE en octobre 2025, en 2024, le SSEPED a réceptionné 1 176 IP dont 257 ont fait l'objet d'un signalement direct au parquet.

❖ Indicateur n°2 - Nombre d'informations préoccupantes transmises pour évaluation

²⁵ Défenseur des Droits, Décision n°2025-11, p.40

La même année, 1 308 enfants sont concernés par une information préoccupante. Ainsi sont qualifiées de préoccupantes et transmises pour évaluations à la polyvalence de secteur ainsi qu'à la PMI. **Aussi, 92% des enfants concernés par une information préoccupante vont voir leur situation évaluée (formule : $1\ 308 / 1\ 425 * 100$).**

Ce taux est extrêmement élevé et s'explique par une mise en œuvre que partielle de l'analyse de premier niveau au SSEPED. **En effet, sur les 1 425 enfants concernés par une information entrante en 2022, seulement 688 ont fait l'objet d'une analyse de premier niveau (soit 48%). Ce taux est largement insuffisant.** Par conséquent, un nombre bien trop élevé d'informations préoccupantes part en évaluation alors même qu'une analyse de premier niveau auraient pu favoriser la compréhension de la situation et donc éviter une démarche lourde pour les services et difficile pour les familles concernées.

Figure – Mise en œuvre de l'analyse de premier niveau au SSEPED 971 en 2022 (CD 917)

Enquête de premier niveau	En valeur	En %
Oui	688	48%
Non	713	50%
Inconnu	24	2%

❖ **Indicateur n°3 - Nombre d'informations non transmises pour évaluation au cours de l'année**

La même année, seulement 117 situations d'enfants n'ont pas été évaluées (soit 8%). Sur ces 117 enfants concernés par une information entrante non transmise pour évaluation, il est noté :

- 139 signalements individuels directs au parquet (soit 10% des enfants concernés par des informations entrante)
- 43 classements sans suite (soit 3% des enfants concernés par une information entrante)

La quasi-absence de « sans suite » démontre l'absence de travail d'analyse de premier niveau du SSEPED. Ce dernier fonctionne de manière binaire : signalement au parquet ou évaluation de la situation. **Ce fonctionnement n'est donc ni pertinent ni efficient.**

Figure – Autres orientations par le SSEPED en 2022 (CD 971)

Autres orientations	Nombre	En %
Signalement direct	139	10%
Sans suite	43	3%

❖ **Indicateur n°4 - Origine des IP transmises pour évaluation et origine des informations non transmises pour évaluation**

Alors que l'ONPE propose une liste de 10 entrées pour identifier la personne à l'origine de l'information préoccupante (POIP), en consolidant les données, il apparaît que le SSEPED fonctionne avec des entrées manuelles si bien qu'il est relevé 98 POIP distinctes.

Parmi, celles-ci un nombre important d'entrées désignent finalement la même institution mais sont orthographiées distinctement. Par exemple : principal d'établissement scolaire (4 occurrences distinctes), substitut du procureur de la République (5 occurrences différentes).

Liste des 10 POIP de l'ONPE

- ✕ Le mineur lui-même
- ✕ Parents du mineur
- ✕ Autre particulier
- ✕ SNATED
- ✕ Conseil Départemental
- ✕ Éducation nationale : établissement d'enseignement public ou privé (quelle que soit la qualité du personnel – enseignant ou infirmier, médecine scolaire...)
- ✕ Santé (hôpital, médecine libérale, infirmière)
- ✕ Police ou gendarmerie
- ✕ Justice : procureur de la République, juge des enfants, justice sans distinction supplémentaire
- ✕ Autre collectivité territoriale ou établissement public de coopération intercommunale

❖ **Indicateur n°5 - Nombre d'enfants concernés par une IP qualifiée et évaluée**

En 2022, le SSEPED a demandé une évaluation pour 1 308 enfants qui relevaient de l'information préoccupante.

❖ **Indicateur n°6 - Les suites après évaluation de l'IP (par exemple suite, classement sans suite, etc.)**

Comme pour les POIP, les entrées des retours d'évaluation sont effectuées manuellement occasionnant des doublons. En retraitant ceux-ci, il apparaît que sur les 977 retours d'évaluation comptabilisés en 2022, 44% sont classés « sans suite » questionnant donc l'utilité de l'évaluation et soulignant l'intérêt d'une indispensable mise en place d'une analyse de premier niveau.

	En valeur	En %
Transmission au juge des enfants	101	10%
Suivi administratif	84	9%
Signalement au parquet	2	0%
Classement sans suite	431	44%
<i>Dont sans suite avec proposition d'un suivi social ou médicosocial</i>	149	15%
<i>Dont sans suite, sans autre proposition</i>	148	15%
<i>Dont transmission vers un autre département</i>	27	3%
<i>Dont prise en compte dans le cadre d'une prise en charge adm ou jud en cours</i>	107	11%

Autre (en attente)	358	37%
Non compréhensible	1	0%
Total retour évaluation	977	100%

❖ **Indicateur n°7 - Sexe des enfants faisant l'objet d'une IP**

Selon les éléments datant de 2022, il est répertorié :

- Filles : 654 (soit 50%)
- Garçons : 632 (soit 48%)
- Inconnu : 11 (soit 1%)
- Non renseigné : 11 (soit 1%)

❖ **Indicateur n°8 - Classe d'âge des enfants faisant l'objet d'une IP**

En retraitant les données de 2022, il apparaît que la tranche d'âge des 11 – 14 ans est la plus concernée par les IP (23%) suivie des 6 – 10 ans (21%) et des 15 – 17 ans (20%).

Il apparaît aussi que le SSEPED relève et comptabilise des personnes non mineures dans ses données alors même que « *l'évaluation prévue porte sur la situation du mineur faisant l'objet d'une information préoccupante et sur celle des autres mineurs présents au domicile* »²⁶ ce qui gonfle les chiffres.

Figure – Tranches d'âge en 2022 (CD 971)

Tranches d'âge	En valeur	En %
0 - 2 ans	46	3%
3 - 5 ans	155	11%
6 - 10 ans	299	21%
11 - 14 ans	315	23%
15 - 17 ans	278	20%
Inconnu	93	7%
A partir de 18 ans	211	15%
Total	1397	100%

Selon les données transmises par l'ODPE en octobre 2025, **le taux d'IP concernant des enfants de 0 à 2 ans a fortement augmenté passant de 3% à 7% entre 2022 et 2024**. Les autres tendances restent proches puisque les tranches d'âge ne sont plus les mêmes entre 2022 et 2024 (respectivement 11 – 14 ans et 11 – 15 ans).

Figure – Tranches d'âge en .2024 (ODPE 971)

Tranches d'âge	En valeur	En %
0 - 2 ans	79	7%
3 - 5 ans	152	14%
6 - 10 ans	279	26%
11 - 15 ans	333	32%
16 - 17 ans	129	12%
Inconnu	Nd	Nd
A partir de 18 ans	83	8%
Total	1055	100%

²⁶ Article D. 226-2-3 du Code de l'action sociale et des familles

❖ Indicateur n°9 - Lieu de vie des enfants

Cet indicateur vise à disposer d'informations sur le lieu de vie de l'enfant au moment de l'enregistrement de l'IP : chez ses deux parents, chez sa mère, chez son père, en résidence alternée, hors du foyer parental.

Cet indicateur n'est pas quantifiable car l'information n'est pas relevée par le SSEPED en contradiction avec le CASF.

❖ Indicateur n°10 - Danger ou motif de l'IP (type de risque / danger)

L'ONPE propose de catégoriser le danger selon une typologie clairement établie qui repose sur les définitions retenues dans le dispositif OLINPE et par le SNATED :

- Violences physiques
- Violences sexuelles
- Violences psychologiques
- Négligences lourdes
- Conditions d'éducation compromises
- Mineurs se mettant en danger lui-même
- Violences conjugales

En 2022, le SSEPED ne reprend pas intégralement cette catégorisation et se limite à six items pour certains inadaptes :

- Violences physiques
- Violences sexuelles
- Psychologiques
- Négligences
- Education défailante
- Comportement enfant

Les violences conjugales ne constituent pas un motif de danger en tant que telles pour le SSAPED.

En 2022, les négligences étaient présentes dans 26% des analyses de premier niveau effectuées par le SSEPED. Suivaient les violences psychologiques (23%) et l'éducation défailante (21%). Les violences physiques s'élevaient à 14% et le comportement de l'enfant à 11%. Enfin les violences sexuelles étaient présentes dans 5% des situations.

Figure – Typologie des dangers selon le SSEPED en 2022 (CD 971)

	En valeur	En %
Violences physiques	299	14%
Violences sexuelles	118	5%
Psychologiques*	498	23%
Négligences	576	26%
Education défailante	456	21%
Comportement enfant	239	11%
Total	2 186	100%

* Formulation employée.

Selon les données transmises par l'ODPE en octobre 2025, l'analyse démontre une diminution des violences psychologiques (16% en 2024) et une augmentation de la catégorie « comportement de l'enfant » (16% en 2025).

Figure – Typologie des dangers selon le SSEPED en 2024 (ODPE 971)

	En valeur	En %
Violences physiques	329	14%
Violences sexuelles	149	6%
Violences psychologiques	383	16%
Négligences	563	24%
Education défailante	551	23%
Comportement enfant	371	16%
Total	2 346	100%

❖ Délai de traitement de l'information préoccupante

En 2022, le délai moyen de traitement d'une information préoccupante s'établissait à environ 3,2 mois. En 2025, le constat posé par les professionnels tend à dire que **le délai moyen entre le recueil et la remise du rapport d'évaluation s'étend entre trois à six mois** alors que le délai réglementaire fixé par le CASF s'établit à 3 mois (article D. 226 – 2 – 4).

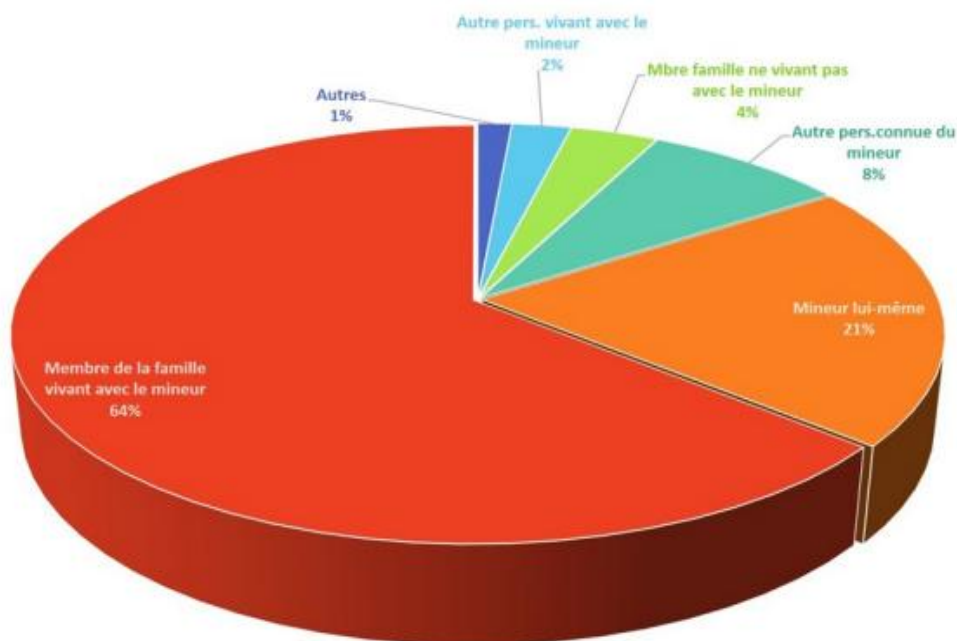
❖ Autres indicateurs transmis par l'ODPE

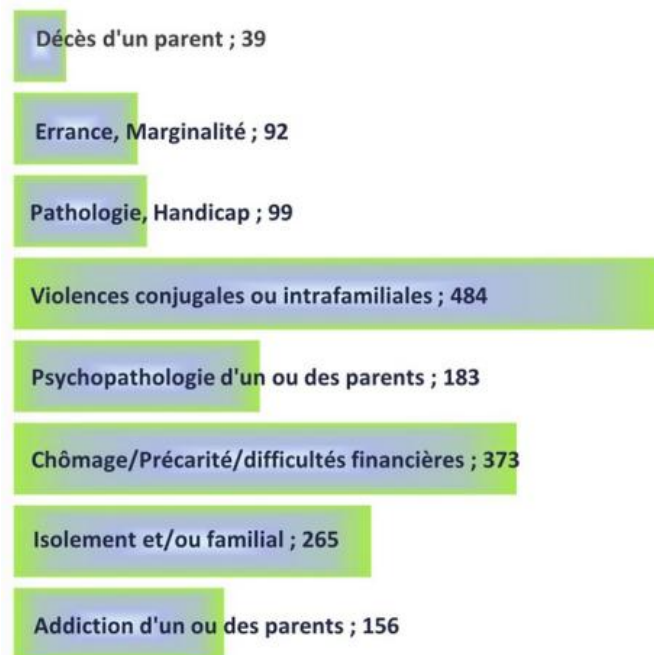
Selon les données transmises par l'ODPE en octobre 2025, c'est la Communauté d'Agglomération Cap Excellence qui compte le plus d'IP (412 en 2024), puis la Communauté d'agglomération du Nord Basse-Terre (200 IP en 2024), la Communauté d'Agglomération Riviera Du Levant (199 en 2024) et Communauté d'Agglomération Grand Sud Caraïbe (195 IP en 2024). La Communauté d'Agglomération du Nord Grande-Terre (127 IP en 2024) et la Communauté de Communes de Marie Galante (33 en 2024).

Répartition géographique

Intercommunalité	Effectifs
CACE	412
CAGSC	195
CANBT	200
CANGT	127
CARL	199
CCMG	33
Total département	1165

D'après les données communiquées par l'ODPE en octobre 2025, 64% des violences ont pour origine un membre de la famille du mineur. Le mineur lui-même est concerné par les violences dans 21% des faits. Ensuite, ce sont 8% des violences qui concernent une personne connue du mineur, 4% des violences qui proviennent d'un membre de la famille ne vivant pas avec le mineur et 2% une autre personne vivant avec le mineur ainsi que 1% « autres ».





Enfin, selon les chiffres envoyés par l'ODPE en octobre 2025, les causes environnementales sont diverses mais sont concernées très nettement : les violences conjugales (484 causes en 2024), « le chômage / la précarité / les difficultés financières » (373 causes en 2024) puis « l'isolement et/ou familial » (265 causes en 2024)

5.4.3.2. Un recueil centralisé et une évaluation territorialisée sans équipe spécialisée dans l'évaluation

Actuellement, le Service du Signalement, de l'Ecoute, de la Prévention de l'Enfance en Danger est chargé du recueil des informations préoccupantes. La réorganisation des services de la DEJF va tendre à ce qu'il prenne le nom officiel de CRIP comme le requiert le CASF.

Le SSEPED est composé de 13 agents et compte parmi ses membres un éducateur de la PJJ. Ces derniers recueils les informations entrantes le biais d'une fiche. **Une enquête de premier niveau** concernant la famille doit être effectuée. Cependant, d'après les chiffres transmis, celle-ci n'est pas systématique. **Tous les jeudis, une instance d'orientation se réunit** afin d'évaluer la situation puis orienter vers les territoires.

L'évaluation est menée par les travailleurs sociaux du service social, du service d'aide à la parentalité et de la protection maternelle et infantile. Or, contrairement à ce que requiert la réglementation en la matière, un professionnel ayant accompagné une famille peut être amené à évaluer le danger ou le risque de danger en son sein. **A ce titre, l'évaluation n'est pas menée conformément au nouveau référentiel de la HAS.** Les professionnels sont tout de même en cours de formation. Le rapport final compile les retours des différents services et ne s'assimile donc pas à un rapport unique.

5.4.4. Le panorama des mesures d'ASE : une nette prédominance de la mesure judiciaire de placement

5.4.4.1. Préambule introductif – Enfants accueillis et confiés à l'ASE selon la décision et le statut

D'après les données transmises par l'ODPE en octobre 2025, 1 408 enfants étaient accueillis à l'ASE 971 en 2023. Seulement une partie d'entre eux étaient formellement confiés à l'ASE 971 en raison de la nature de la décision ou du statut de l'enfant (1 150 enfants en 2023).

Les mesures judiciaires sont largement prédominantes (881 mesures en 2023) vis-à-vis des mesures administratives (269 mesures en 2023). Les placements directs par le juge sont nombreux : 258 en 2023. Enfin, les actions éducatives sont très majoritairement judiciaires (537 mesures en 2023) par rapport aux AED (151 mesures en 2023).

Figure - Enfants accueillis et confiés à l'ASE selon la décision et le statut (ODPE 971)

	Année 2022	Année 2023
Enfants accueillis à l'ASE	1 313	1 408
Enfants confiés à l'aide sociale à l'enfance	1 038	1 150
<u>Mesures administratives dont :</u>	237	269
<i>Pupilles</i>	5	9
<i>Accueil provisoire de mineurs</i>	99	94
<i>Accueil provisoire de jeunes majeurs</i>	133	166
<u>Mesures judiciaires dont :</u>	801	881
<i>DAP à l'ASE</i>	75	72
<i>Tutelle</i>	17	16
<i>Placement à l'ASE par le juge</i>	709	793
Placements directs par un juge	275	258
Actions éducatives dont :	795	688
<u>Actions éducatives à domicile (AED)</u>	159	151
<u>Actions éducatives en milieu ouvert (AEMO)</u>	636	537

5.4.4.2. Evolution des mesures selon les déclarations à la DREES

Le taux de mesures d'Aide Sociale à l'Enfance, c'est-à-dire le nombre de mesures rapportées à la population des 0 – 20 ans, est identique entre la Guadeloupe (2,3% en 2022) et la moyenne française (2,3% en 2022). Cette similarité est constante depuis 2020. Ce taux est également proche des territoires de comparaison : La Réunion (2,6% en 2023), Bouches du Rhône (1,9% en 2023), Seine Saint Denis (1,8% en 2023). Il est néanmoins nettement plus faible que celui de la Martinique (environ 1 point sur les trois ans).

Figure – Taux de mesures d'ASE (mesure de placements et actions éducatives) dans la population des 0-20 ans (DREES)

	2020	2021	2022	Evol. en valeur	Evol. en %
Guadeloupe	2,1	2,1	2,3	0,2	10%
Martinique	3,1	3,3	3,5	0,4	13%
La Réunion	2,3	2,5	2,6	0,3	13%
Bouches du Rhône	1,9	1,8	1,9	0,0	0%
Seine Saint Denis	1,8	1,3	1,8	0,0	0%
France	2,2	2,2	2,3	0,1	5%
<i>Ecart</i>	<i>-0,1</i>	<i>-0,1</i>	<i>0,0</i>	<i>0,1</i>	<i>-100%</i>

En distinguant les mesures d'ASE en **mesures d'action éducative** (c'est-à-dire AED et AEMO) et en **mesures de placement** puis en les rapportant à la part des 0 – 20 ans, les tendances semblent similaires :

- **Le taux de mesures d'action éducative s'élève à 0,9% en Guadeloupe (en 2022) pour 1,0% en France (en 2022).** La Martinique dispose d'un taux deux fois plus important (1,8%), et la Réunion dispose également d'un taux plus élevé (1,4% en 2022) mais les Bouches du Rhône et la Seine Saint Denis possède une part plus réduite (0,7% en 2022). Ainsi, le taux d'action éducative s'établit à un niveau intermédiaire en Guadeloupe.
- **Le taux de mesures de placement s'établit à 1,4% en Guadeloupe (en 2022) alors qu'il est en moyenne en France à 1,2% (en 2022).** Seule la Martinique à un niveau plus important : 1,7% en 2022. Il est également plus élevé qu'à La Réunion (1,2% en 2022), que dans les Bouches du Rhône et en Seine Saint Denis (1,1% en 2022). Dès lors, le recours à des mesures de placement est plus fréquent en Guadeloupe. Il peut s'expliquer notamment par une violence globale plus prégnante sur le territoire.

Figure – Taux de mesures d'action éducative et taux de mesure de placement dans la population des 0-20 ans en 2022 (DREES)

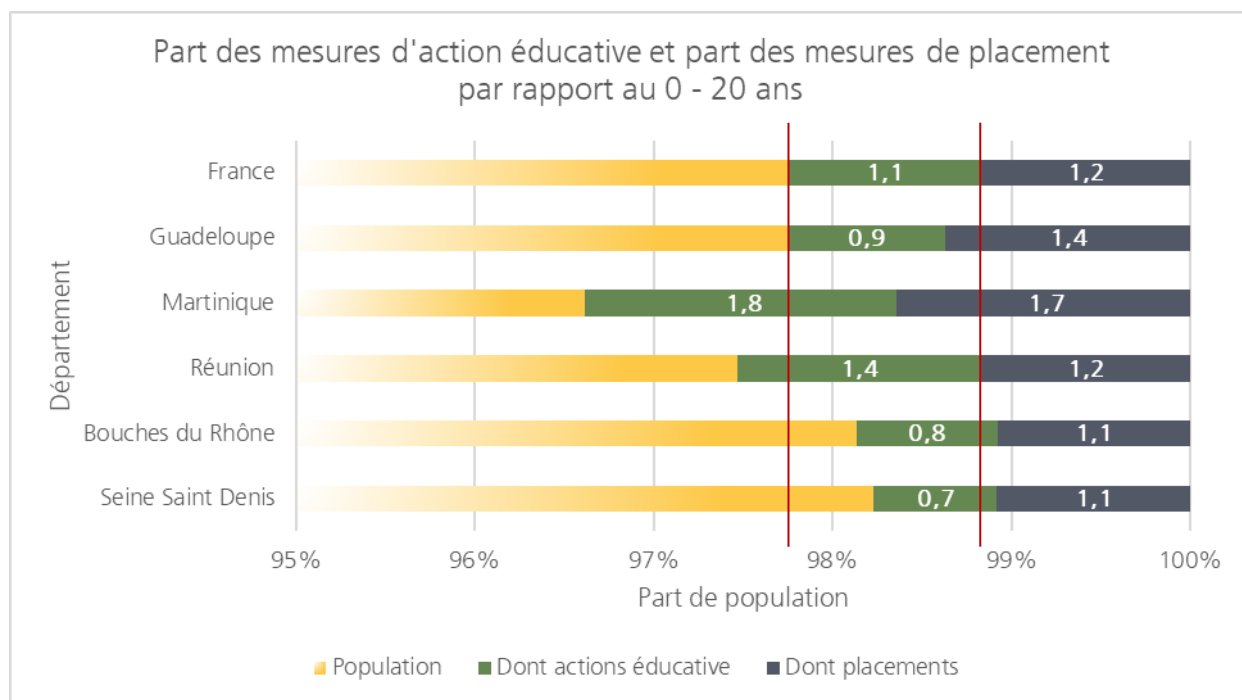


Figure – Tableau récapitulatif des mesures d'action éducative dans la population des 0-20 ans (DREES)

	2020	2021	2022	Evol. en valeur	Evol. en %
Guadeloupe	0,8	0,8	0,9	0,1	13%
Martinique	1,5	1,7	1,8	0,3	20%
La Réunion	1,5	1,4	1,4	-0,1	-7%
Bouches du Rhône	0,8	0,7	0,7	-0,1	-13%
Seine Saint Denis	0,7	0,7	0,7	0,0	0%
France	1,0	1,0	1,0	0,0	0%
<i>Ecart</i>	<i>-0,2</i>	<i>-0,2</i>	<i>-0,1</i>	<i>0,1</i>	<i>-50%</i>

Figure – Tableau récapitulatif des mesures de placement dans la population des 0-20 ans (DREES)

	2020	2021	2022	Evol. en valeur	Evol. en %
Guadeloupe	1,3	1,3	1,4	0,1	8%
Martinique	1,6	1,7	1,7	0,1	6%
La Réunion	1,0	1,1	1,2	0,2	20%
Bouches du Rhône	1,1	1,1	1,1	0,0	0%
Seine Saint Denis	1,1	1,2	1,1	0,0	0%
France	1,2	1,2	1,2	0,0	0%
<i>Ecart</i>	<i>0,1</i>	<i>0,1</i>	<i>0,2</i>	<i>0,1</i>	<i>100%</i>

Par conséquent, la Guadeloupe ne se distingue pas par un taux plus élevé de mesures d'ASE lorsqu'on rapport celles-ci à la population des 0 – 20 ans. Il se dessine tout de même, une part plus grande de mesures de placement en les rapportant à la population 0 – 20 ans par rapport aux mesures de milieu ouvert.

Toutefois, les volumes de population sont si grands qu'analyser exclusivement le taux de mesures ASE vis-à-vis des 0 – 20 ans fait perdre une finesse lecture. Par conséquent, en changeant le rapport d'étude, les tendances se différencient.

Aussi, la part des actions éducatives (AED et AEMO) dans l'ensemble des mesures d'ASE est presque deux fois inférieure en Guadeloupe qu'en moyenne en France (respectivement 7,5% et 13,5% en 2022). Les tendances sont très différentes en fonction des territoires de comparaison. La Réunion dispose d'un taux plus de deux fois supérieur (16% en 2022), les Bouches du Rhône dispose d'un taux très faible (2,5% en 2022) comme la Seine Saint Denis (4,3% en 2022). Par conséquent, le placement prédomine les mesures d'ASE en Guadeloupe aux dépens des mesures de milieu ouvert.

Figure – Part des actions éducatives à domicile dans l'ensemble des mesures d'ASE (DREES)

	2020	2021	2022	Evol. en valeur	Evol. en %
Guadeloupe	7,1	7,8	7,5	0,4	6%
Martinique	20,9	24,5	24,2	3,3	16%
La Réunion	19,9	18,2	16,0	-3,9	-20%
Bouches du Rhône	5,0	3,2	2,5	-2,5	-50%
Seine Saint Denis	5,4	5,0	4,3	-1,1	-20%
France	14,2	13,8	13,5	-0,7	-5%
<i>Ecart</i>	<i>-7,1</i>	<i>-6,0</i>	<i>-6,0</i>	<i>1,1</i>	<i>-15%</i>

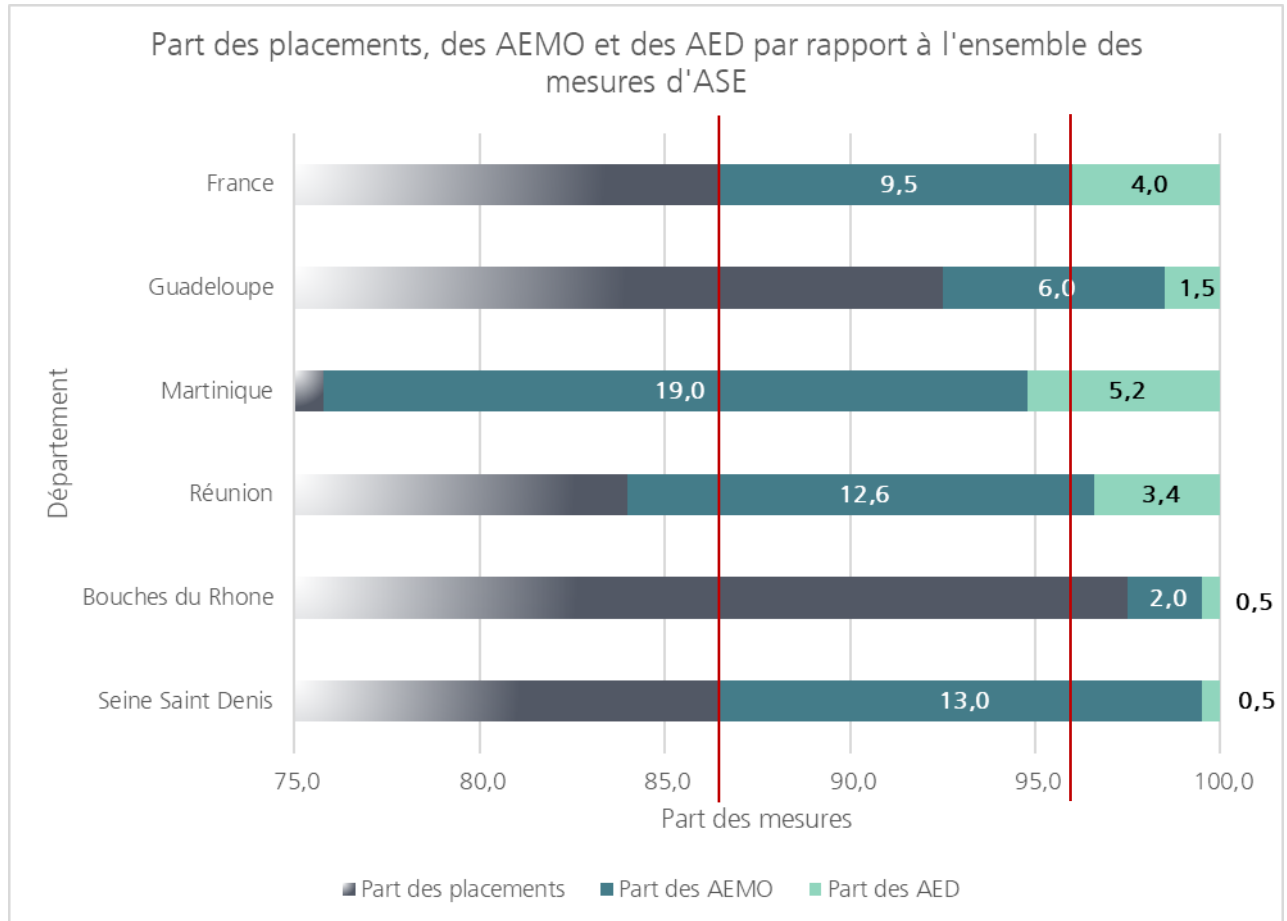
En outre, parmi les mesures d'action éducative, les mesures d'AED sont inférieures en Guadeloupe (20,0% en 2022) qu'en France en moyenne (29,7% en 2022). La Réunion propose un niveau similaire d'AED (29,4% en 2022) quand les Bouches du Rhône et la Seine Saint Denis sont à un niveau inférieur (respectivement 6,4% et 11,5% en 2022). Autrement dit, le principe de subsidiarité ne se retrouve pas dans le prononcé des mesures de milieu ouvert. Bien au contraire, il voit son application diminuer depuis 2020.

Figure – Part des AED dans l'ensemble des mesures d'action éducatives (DREES)

	2020	2021	2022	Evol. en valeur	Evol. en %
Guadeloupe	23,8	20,3	20,0	-3,8	-16%
Martinique	43,7	49,3	47,2	3,5	8%
La Réunion	30,7	31,7	29,4	-1,3	-4%
Bouches du Rhône	11,7	8,7	6,4	-5,3	-45%
Seine Saint Denis	14,7	13,3	11,5	-3,2	-22%
France	30,7	30,1	29,7	-1,0	-3%
<i>Ecart</i>	<i>-6,9</i>	<i>-9,8</i>	<i>-9,7</i>	<i>-2,8</i>	<i>41%</i>

De ce fait, il apparaît clairement que le recours au placement est supérieur en Guadeloupe. Par ailleurs, lorsque la mesure de milieu ouvert est recherchée, elle prend bien plus souvent une forme judiciaire qu'administrative en contradiction avec le principe de subsidiarité.

Figure – Part des placements, des AEMO et des AED par rapport à l'ensemble des mesures d'ASE en 2022 (DREES)



Selon les données du Conseil Départemental, les mesures de PEAD se sont développées depuis 2022 :

- Groupement ASE I :
 - o Nombre de mineurs suivis en PEAD durant l'année 2024 : 185
 - o Nombre de mesures PEAD actives au 31 décembre 2024 : 138
 - o Nombre de mesures PEAD mises en œuvre au 1^{er} octobre 2025 : 136
- Groupement ASE II
 - o Nombre de mineurs suivis en PEAD durant l'année 2024 : 210
 - o Nombre de mesures PEAD actives au 31 décembre 2024 : 153
 - o Nombre de mesures PEAD mises en œuvre au 1^{er} octobre 2025 : 172

Cette tendance est à noter également concernant l'AEMO :

- Nombre de mineurs suivis en AEMO durant l'année 2024 : 869 mesures
 - o 416 filles
 - o 453 garçons
- Nombre de mesures AEMO actives au 31 décembre 2024 : 668 mesures
 - o 315 filles
 - o 353 garçons
- Nombre de mesures AEMO mises en œuvre au 1^{er} octobre 2025 : 774 mesures
 - o 365 filles
 - o 409 garçons

Enfin, la part des placements directs est très nettement plus élevée en Guadeloupe (20,9% en 2022) qu'en France (8%). Pour rappel, les placements directs peuvent être institués selon plusieurs modalités : par le juge des enfants auprès d'un établissement ou auprès d'un tiers digne de confiance, ou encore d'une décision du juge aux affaires familiales de délégation de l'autorité parentale à un particulier ou à un établissement.

Or, les juges des enfants expliquent placer que très rarement des enfants directement auprès d'un établissement. Ils estiment également que la délégation de l'autorité parentale n'est pas suffisamment mobilisée.

Dès lors, en Guadeloupe, les placements directs correspondent essentiellement à des placements chez des TDC. Un si haut niveau de placements directs, certes pertinent concernant le développement de l'enfant, questionne néanmoins vis-à-vis d'un potentiel manque de places au sein de l'offre d'accueil chez les assistants familiaux et en établissement.

Figure - Part des placements directs dans les mesures de placement

	2020	2021	2022	Evol. en valeur	Evol. en %
Guadeloupe	23,1	21,3	20,9	-2,2	-10%
Martinique	17,0	19,0	21,5	4,5	26%
La Réunion	19,0	21,4	21,4	2,4	13%
Bouches du Rhône	8,9	8,8	9,4	0,5	6%
Seine Saint Denis	7,3	7,8	8,5	1,2	16%
France	7,8	7,8	8,0	0,2	3%
<i>Ecart</i>	<i>15,3</i>	<i>13,5</i>	<i>12,9</i>	<i>-2,4</i>	<i>-16%</i>

5.4.5. L'offre d'accompagnement et d'accueil des mineurs et majeurs à développer

5.4.5.1. Une offre d'accompagnement en milieu ouvert restreinte

L'offre d'accompagnement en milieu ouvert est mise en œuvre :

- **Directement par l'ASE 971 concernant l'AED (151 mesures en 2024).** Dans ce cadre, les interventions sont « intensives » : visites fréquentes, accompagnement individualisé et interventions régulières. L'AED mise en place de service de prévention et d'aide à la parentalité s'assimile donc à l'AED R.
- **Par un seul et même service concernant l'AEMO : le Service d'Action Educative en Milieu Ouvert de l'APISEG.** Il dispose d'un double habilitation Conseil Départemental (CD) et Protection Judiciaire de la Jeunesse (PJJ). Il fonctionne en file active de 735 mesures. Il n'y a donc ni AEMO renforcée, ni AEMO avec hébergement.

Si l'offre d'AEMO est peu nuancée, elle est tout de même complétée avec les mesures de PEAD. Quatre établissements sont autorisés à mettre en œuvre ces mesures.

Figure – Panorama de l'offre de PEAD en ESMS habilités en 2025 (CD 971)

Organisme gestionnaire	Etablissement	Service concerné	Nombre de places de PEAD
APAI	MAEI	SPAD	24
KANNEL	ALEFPA	SIAPE	36
EED CHALLENGE	KARUKERA ENFANCE	SERAD	18
Association LE LIEN	LE LIEN	Service PEAD	20

L'offre de PEAD mise en œuvre par des services autorisés se décline ainsi en 98 mesures. Toutefois, au regard du nombre de places restreint, les travailleurs sociaux de l'Aide Sociale à l'Enfance sont également amenés à effectuer le suivi à domicile de ces familles. Ainsi, cela représente l'intervention de 37 référents ASE sur l'ensemble du territoire. Même lorsque les mesures sont mises en œuvre par les associations, les référents ASE sont présents pour des interventions communes avec les professionnels externes.

Figure – Tableau récapitulatif des mesures de PEAD mises en œuvre, des places autorisées ainsi que de l'écart relevé

Année	Nombre de mesures de PEAD mises en œuvre			Mesures suivies par services habilités	Mesures suivies en interne au CD 971
	Basse Terre	Grande Terre	Total		
2022	75	84	159	98	61
2023	77	98	175	98	77
2024	185	210	395	98	297
Oct. 2025	136	172	308	98	210

Par une décision du 2 octobre 2024, la Cour de cassation a jugé que le PEAD ne relevait pas d'un « placement » au sens de l'article 375-3 du Code civil mais correspondait à une AEMO-R visée à l'article 375-2 dudit code. Afin de sécuriser ce nouveau cadre juridique, la Direction Générale de la Cohésion Sociale a publié une note d'information (note DGCS/SD2B/2025/62 du 7 mai 2025) organisant la requalification des services de PEAD en services habilités à exercer des mesures d'AEMO. Transformer le PEAD en AEMO devient donc indispensable pour aligner la pratique sur le droit, assurer la continuité des accompagnements et offrir aux professionnels comme aux familles un référentiel lisible.

L'étude montre ainsi un fort enjeu de développement de l'offre de milieu ouvert.

a. Une offre d'accueil en établissement plus faible que la moyenne nationale

Selon la DREES et la DRJSCS, le taux d'équipement en établissements de protection de l'enfance pour 1 000 jeunes de 0 à 20 ans entre 2020 et 2021 a distinctement évolué entre les territoires français. **S'il est resté presque le même en Guadeloupe (taux de 4,3 places en 2020 et 2021 puis taux de 4,4 places en 2022 soit +2%), la moyenne française a fortement progressé (+ 22%) pour s'établir en 2022 à 6,0 places pour 1000 jeunes de 0 à 20 ans. Le taux d'équipement guadeloupéen est donc inférieur à la moyenne nationale.** Ce taux demeure supérieur à celui de la Réunion (taux de 2,3 places en 2022) et celui de la Seine Saint Denis (taux de 1,9 place en 2022). Il est toutefois inférieur à celui des Bouches du Rhône (taux de 7,6 places en 2022).

Figure- Taux d'équipement pour 1000 jeunes de 0 à 20 ans en établissements de protection de l'enfance au 31/12/2022

	2020	2021	2022	Evol. en valeur	Evol. en %
Guadeloupe	4,3	4,3	4,4	0,1	2%
La Réunion	2,3	2,4	2,3	0,0	0%
Bouches du Rhône	5,3	7,5	7,6	2,3	43%
Seine Saint Denis	1,4	1,4	1,9	0,5	36%
France	4,9	5,6	6,0	1,1	22%
<i>Ecart</i>	<i>- 0,6</i>	<i>- 1,3</i>	<i>- 1,6</i>	<i>x</i>	<i>x</i>

En matière d'accueil d'urgence en établissement, seule la Maison Départementale de l'Enfance est autorisée pour 103 places. Toutefois, seulement 79 places sont installées.

A l'issue de l'observation, de l'évaluation et de l'orientation, les mineurs peuvent être orientés vers des Maisons d'Enfants à Caractère Social. Elles sont au nombre de sept en Guadeloupe :

- Kerabon de Kerabon soins à Baillif (15 places installées)
- Maie de l'APAI à Baillif (25 places installées)
- Kannel de l'ALEFPA à Petit Bourg (20 places installées)
- FFA (Foyer d'Accueil Féminin le Colibri) de l'APISEG aux Abymes (18 places installées)
- UHG (Unité d'Hébergement Garçons) de l'APISEG (10 places installées)
- EED Challenge de Karukera Enfance à Baie Mahault (22 places autorisées, 20 installées)
- Centre Educatif de Morne Rouge à Saint Rose (12 places installées).

Ce sont 122 places d'internat en MECS qui sont autorisées dans le Département.

Cette offre est complétée par deux LVA :

- LVA Espoir Ansois à Pointe à Pitre (6 places installées)
- LVA « Partir Pour Mieux Revenir » à Baie Mahault (10 places installées)

Aussi, en comparant l'offre actuelle en Guadeloupe et l'offre existante en France au travers d'un taux d'équipement pour 1000 jeunes de 0 – 20 ans, il est clair que le Département est très nettement sous doté en places en établissement :

- **En MECS**, le taux d'équipement est de 3,80 places pour 1000 jeunes de 0 à 20 ans en France alors qu'en Guadeloupe il s'élève à 1,36 place pour 1000 jeunes de 0 à 20 ans. Si l'on souhaitait se positionner au même niveau il faudrait créer 214 places.
- **En foyer de l'enfance**, l'offre guadeloupéenne est supérieure à la moyenne nationale (respectivement 0,90 places pour 1000 jeunes de 0 à 20 ans et 0,81 place pour 1000 jeunes de 0 à 20 ans)
- **En LVA**, l'offre est plus restreinte en Guadeloupe qu'en France : 0,19 place pour 1000 jeunes de 0 à 20 ans en France pour 0,18 places pour 1000 jeunes de 0 à 20 ans en Guadeloupe. En égalant le taux d'équipement, il faudrait créer 1 place.

Le Département ne dispose pas de pouponnière ni de village d'enfants. Pour s'approcher du taux d'équipement moyen, il serait nécessaire de créer 5 et 12 places.

In fine, si l'offre en établissement devait converger vers l'offre moyenne nationale, ce seraient 296 places qu'il faudrait créer.

Figure – Taux d'équipement en places installées en établissement pour 1000 jeunes de 0 à 20 ans (DREES et SPQR)

	Taux d'équipement (‰)			Nombre de places supplémentaires pour atteindre le taux d'équipe moyen en France*
	En France	En Guadeloupe	Ecart	
MECS	3,80	1,36	-2,43	214
Foyers de l'enfance	0,81	0,90	0,09	-8
Pouponnières	0,05	0,00	-0,05	5
Villages d'enfants	0,14	0,00	-0,14	12
Lieux de vie	0,19	0,18	-0,01	1
Ensemble	4,99	2,44	-2,55	224

NB :

- Taux d'équipement en France (données en 2020)
- Taux d'équipement en Guadeloupe (données en 2025)

*Formule utilisée : (Taux d'équipement en France – Taux d'équipement en Guadeloupe) / 1000 * Population 0 à 20 ans en Guadeloupe

« Il est très difficile de placer des jeunes en établissement et surtout des jeunes filles »

Verbatim – entretiens stratégiques et ateliers de concertation

5.4.5.2. Une offre d'accueil chez les assistants familiaux supérieure à la moyenne française

D'après les données du Conseil Départemental, en avril 2025, 224 assistants familiaux travaillaient pour le Département. Le cumul des agréments offrait 563 places d'accueil pour les mineurs et majeurs de l'ASE. Aussi, en rapportant ces places à la population de 0 – 20 ans en Guadeloupe²⁷, il est possible d'écrire que **le Département dispose d'un taux d'équipement de 6,40 places pour 1000 jeunes de 0 à 20 ans.**

Figure – Tableau récapitulatif de l'offre d'accueil chez les assistants familiaux en Guadeloupe en avril 2025 (DREES et SPQR)

Nombre de places chez des assistants familiaux en Guadeloupe (avril 2025)	563
Nombre de personnes de 0 à 20 ans en Guadeloupe (2021)	87 978
Taux d'équipement	6,40

Il n'existe pas de statistiques consolidées en France concernant un taux moyen d'équipement. Il est toutefois possible de l'estimer empiriquement. La DREES estime qu'il y avait 38 000 professionnels assistants familiaux en 2021²⁸. Selon l'institution, 25% des assistants accueillaient un enfant, 35% deux enfants, 35% trois ou plus soit environ 2 enfants par assistant familial. **Le taux d'équipement « réel » était donc de 4,75 places environ²⁹.**

Figure – Tableau récapitulatif de l'offre d'accueil chez les assistants familiaux en France en 2021 (DREES et SPQR)

Nombre d'assistants familiaux en exercice en France (2021)	38 000
Nombre d'enfants accueillis par assistant familial en France (2021)	2
Nombre d'enfants accueillis en France (2021)	76 000
Nombre de personnes de 0 à 20 ans en France (2021)	16 013 098
Taux d'équipement réel en France (2021)	4,75

²⁷ Selon l'INSEE : 87 978 personnes (en 2021)

²⁸ <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2023-12/ER1291.pdf>

²⁹ 76 000 places / 16 013 098 personnes de 0 à 20 ans * 1000

En comparant, le taux d'équipement en France (4,75 pour 1000 jeunes de 0 à 20 ans) et en Guadeloupe (6,40 pour 1000 jeunes de 0 à 20 ans), un écart positif de 145 places se matérialise. **La Guadeloupe dispose donc plus de places d'accueil familial que la moyenne nationale.**

Figure – Taux d'équipement en places en établissement pour 1000 jeunes de 0 à 20 ans (DREES et SPQR)

	Taux d'équipement (%)			Nombre de places supplémentaires pour atteindre le taux d'équipe moyen en France
	En France	En Guadeloupe	Ecart	
Assistants familiaux	4,75	6,40	1,65	-145

Selon la DREES, en 2021, neuf professionnels sur dix étaient des femmes. La moitié d'entre elles avait plus de 55 ans et un quart avait plus de 60 ans. Ainsi, sans renouvellement de la profession, c'est presque 40% de l'offre d'accueil national qui risque de disparaître d'ici 2030³⁰. Aussi, pour faire face à cet enjeu incontournable, le Département a élaboré un guide relatif à la procédure de l'agrément et mis en place « *une task force* » (sic) pour accélérer l'étude des dossiers de demandes et de renouvellement d'agrément.

« *Le Département emploie beaucoup d'assistantes familiales* »

Verbatim – entretiens stratégiques et ateliers de concertation

³⁰ DREES, « Les assistants familiaux en 2021 : qui sont-elles ? »

5.4.5.3. Un besoin théorique de création de places à l'échelle départementale

En conclusion, en consolidant les places d'accueil en établissement et chez les assistants familiaux en Guadeloupe et en France ainsi que les écarts entre les deux, il apparaît un besoin théorique de création de 79 places pour l'accueil des mineurs et des majeurs de l'ASE.

Au vu des données présentés, ces créations doivent s'orienter vers :

- De l'accueil des mineurs de 0 – 3 ans
- De l'accueil parent(s) et mineurs de moins 3 ans
- De l'accueil en internat notamment pour les jeunes filles puisqu'un seul établissement est en mesure de les accueillir à la hauteur de 18 places (le Foyer d'Accueil Féminin le Colibri de l'APISEG aux Abymes).

Figure – Taux d'équipement en places en établissement et chez les assistants familiaux pour 1000 jeunes de 0 à 20 ans ainsi que sur le besoin théorique en création de places (DREES et SPQR)

	Taux d'équipement (‰)			Nombre de places supplémentaires pour atteindre le taux d'équipe moyen en France
	En France	En Guadeloupe	Ecart	
MECS	3,80	1,36	-2,43	214
Foyers de l'enfance	0,81	0,90	0,09	-8
Pouponnières	0,05	0,00	-0,05	5
Villages d'enfants	0,14	0,00	-0,14	12
Lieux de vie	0,19	0,18	-0,01	1
Ensemble	4,99	2,44	-2,55	224

Assistants familiaux	4,75	6,4	1,65	-145
----------------------	------	-----	------	------

Places à créer	79
-----------------------	-----------

« Il faut développer la spécialisation des assistants familiaux »

Verbatim – entretiens stratégiques et ateliers de concertation

5.4.5.4. Un indispensable développement des autres formes d'accompagnement

Dans le cadre d'un accueil au sein du dispositif de l'ASE, plusieurs accompagnements « supplémentaires » doivent être proposés à l'enfant :

- **Le parrainage** : lorsqu'un enfant est pris en charge par l'ASE, le président du Conseil Départemental propose systématiquement, avec l'accord des parents ou des autres titulaires de l'autorité parentale, si tel est l'intérêt de l'enfant et après évaluation de la situation, de désigner un ou plusieurs parrains ou marraines. Cette désignation s'inscrit dans le cadre d'une relation durable coordonnée par une association et construite sous la forme de temps partagés réguliers entre l'enfant et le parrain ou la marraine.³¹.
- **Le mentorat** : il est systématiquement proposé à l'enfant pris en charge par l'ASE de bénéficier d'un mentor. Le mentorat désigne une relation interpersonnelle d'accompagnement et de soutien basée sur l'apprentissage mutuel. Son objectif est de favoriser l'autonomie et le développement de l'enfant accompagné en établissant des objectifs qui évoluent et s'adaptent en fonction de ses besoins spécifiques. Le recours au mentorat doit être proposé à l'entrée au collège.

Or, le parrainage et le mentorat ne sont pas suffisamment identifiés par les professionnels du territoire. La mise en œuvre de ces dispositifs n'est donc pas aboutie.

Le Département dispose tout de même de deux services d'insertion par le travail :

- **Le Centre d'Adaptation à la vie active** de l'Association pour l'Aide à l'Enfance et à l'Adolescence (Les Abymes)
- **Le Centre d'insertion spécialisé à Marie Galante** de l'Association pour l'Aide à l'Enfance et à l'Adolescence (Saint Louis)

L'offre est ainsi peu riche et nécessiterait un développement notamment concernant le parrainage et le mentorat.

³¹ Article L. 221-2-6- I du CASF et Décret n°2024-118 du 16 février 2024 relatif aux modalités de mise en œuvre du parrainage pour les enfants pris en charge par l'aide sociale à l'enfance

5.4.5.5. Synthèse

A la date de réalisation du diagnostic, la compilation des données relatives aux informations préoccupantes n'est pas entièrement aboutie. Ainsi, l'analyse des données issues du pilotage du SSEPED / CRIP est en cours de perfectionnement avec le déploiement progressif du logiciel IODAS (septembre 2024). Ce travail doit être amélioré pour correspondre aux attentes du Défenseur des Droits qui avait jugé que « *le suivi (...) doit demeurer une priorité* ». Aussi dans le cadre du diagnostic du Schéma Départemental de l'Enfance, des Familles et de la Jeunesse, un travail de reconstitution des "10 indicateurs d'activité d'une CRIP" de l'ONPE a été mené car la compilation des données 2022 n'y correspond pas entièrement. Il est donc indispensable de mettre en place une ingénierie permettant de quantifier les informations préoccupantes et les signalements traités au sein du Département d'autant plus que le délai moyen s'étendrait de trois à six mois (au-delà du délai réglementaire fixé par le CASF). Par ailleurs, l'évaluation du danger ou du risque de danger s'effectue actuellement sans recours au référentiel HAS pourtant obligatoire.

L'étude du panorama des mesures d'aide sociale à l'enfance démontre une nette prédominance de la mesure judiciaire de placement. Or, initialement le taux de mesures d'ASE est identique entre la Guadeloupe et la moyenne nationale (2,3%). Toutefois, le taux de mesure d'action éducative guadeloupéenne (AED / AEMO) est en deçà de la moyenne nationale et le taux de mesure de placement est nettement supérieur à la moyenne française. Aussi, la part d'actions éducatives (AED et AEMO) dans l'ensemble des mesures d'ASE est presque deux fois inférieure en Guadeloupe qu'en moyenne en France (respectivement 7,5% et 13,5% en 2022). En outre, parmi les mesures d'action éducative, les mesures d'AED sont inférieures en Guadeloupe (20,0% en 2022) qu'en France en moyenne (29,7% en 2022).

L'offre d'accompagnement et d'accueil des mineurs et majeurs doit être développée. En effet, l'offre d'accompagnement en milieu ouvert est trop restreinte. L'AED est mis en œuvre directement par le service de prévention et d'aide à la parentalité avec une forte intensité de l'accompagnement. L'AEMO est mise en œuvre par un service autorisé. L'offre est complétée par quatre services mettant en place des mesures de PEAD qu'il conviendra justement de faire évoluer vers de l'AEMO R et H. Pour le placement, il ressort que le taux d'équipement en établissements est inférieur en Guadeloupe qu'en moyenne en France (2,44 places pour 1000 jeunes de 0 à 20 ans contre 4,99 places pour 1000 jeunes de 0 à 20 ans). Toutefois, cela s'explique par la politique volontariste du Conseil Départemental qui est orientée vers l'accueil familial afin de favoriser la personnalisation de l'accompagnement (6,40 places pour 1000 jeunes de 0 à 20 ans contre 4,75 places pour 1000 jeunes de 0 à 20 ans). Il convient toutefois de développer cette offre notamment en direction des futurs majeurs ou sortants de l'ASE ainsi que les autres formes d'accompagnement que sont le parrainage et le mentorat puisque les deux services d'insertion par le travail existant sur le territoire ne sont pas suffisants.

5.4.6. La révision du statut de l'enfant et l'adoption

Le Service de l'Adoption et de l'Accès aux Origines Personnelles (SAAOP) établit annuellement un rapport d'activité détaillé permettant de suivre aisément une pluralité d'indicateurs chiffrés. Néanmoins, pour des raisons de secret statistique une partie de ces indicateurs ne peut être rendue publique (notamment pour les effectifs inférieurs à cinq). La présente analyse tient ainsi compte de ces contraintes.

5.4.6.1. Une mise en place récente de la Commission d'Examen de la Situation et du Statut des Enfants Confiés (CESSEC)

Au sein de chaque Département doit être déployée **une commission pluridisciplinaire et pluri-institutionnelle** chargée d'examiner, sur la base des rapports d'évolution, la situation des enfants confiés à l'ASE depuis plus d'un an lorsqu'il existe un risque de délaissement parental ou lorsque le statut juridique de l'enfant paraît inadapté à ses besoins. La commission examine tous les six mois la situation des enfants de moins de trois ans.

Sont associés à l'examen de la situation de l'enfant :

- Son référent éducatif
- La personne physique qui l'accueille ou l'accompagne au quotidien.

La commission peut formuler un avis au président du Conseil Départemental sur le projet pour l'enfant. Cet avis est remis à chacune des personnes morales ou physiques auxquelles le projet pour l'enfant est remis et au juge, lorsque celui-ci est saisi.

D'après les rapports d'activité, le nombre de CESSEC en 2023 et 2024 est resté stable en s'établissant à 3 par an. Néanmoins, sur ces deux années seulement 18 dossiers ont été analysés ce qui est insuffisant aux regards des critères posés par le CASF.

Figure – Nombre de CESSEC et nombre de dossiers analysés durant l'année

	2020	2021	2022	2023	2024	Evol. en valeur	Evol. en %
Nombre de CESSEC	ND	ND	ND	3	3	0	0%
Nombre de dossiers	ND	ND	ND	18	18	0	0%

NB : évolutions en valeur et % calculées entre 2023 et 2024

Une documentation diversifiée a été élaborée permettant à la CESSEC de se doter d'une véritable assise institutionnelle :

- Arrêté portant constitution de la CESSEC
- Règlement intérieur de la CESSEC
- Référentiel théorique et pratique de la CESSEC
- Guide de repérage des facteurs de risque de délaissement

- Dossier de saisine de la CESSEC

La CESSEC dispose ainsi de l'ensemble des éléments nécessaires à la révision du statut des enfants confiés. Néanmoins, il apparaît que son identification n'est pas suffisante. En outre, il convient de sensibiliser l'ensemble des parties-prenantes sur le délaissement parental et l'inadaptation du statut de l'enfant afin que des dossiers de révision soient constitués.

5.4.6.2. Des demandes d'adoption non couvertes

Conformément au CASF, l'adoption est strictement encadrée notamment par l'obtention d'un agrément. Depuis 2020, le nombre de demandes reçues par le Département est en légère diminution de 15% (soit – 4 demandes).

Pour organiser la démarche adoptive, le SAAOP organise des réunions d'informations. Elles sont moins nombreuses depuis 2020 (- 36% soit – 4 réunions). Elles s'établissent tout de même à 7 par an en 2023 et 2024. Assez mécaniquement, le nombre de personnes reçues à cette occasion diminuent aussi : - 41% soit – 16 personnes. En conséquence, moins il y a de réunions d'information organisées, moins de potentiels candidats sont « touchés ».

Les demandes d'agrément en cours d'instruction sont en nette augmentation (+ 133% soit + 8 demandes). Dans le même temps, le nombre de familles agréées dans le Département est en baisse (- 50% soit – 37 familles). Finalement, le nombre d'agrément délivré par le PCD reste stable (- 14% soit – 2 agréments).

Figure – Données relatives aux agréments entre 2020 et 2024 (CD 971)

	2020	2021	2022	2023	2024	Evol. en valeur	Evol. en %
Demandes d'agrément reçu	27	22	ND	23	23	-4	-15%
Nombre de réunions d'informations	11	7	ND	7	7	-4	-36%
Nombre de personnes reçues	39	23	ND	23	23	-16	-41%
Demandes d'agrément en cours d'instruction	6	<i>Secret statistique</i>	ND	17	14	8	133%
Nombre de familles agréées dans le Département	74	89	ND	54	37	-37	-50%
Nombre d'agréments délivrés par le PCD	14	8	ND	<i>Secret statistique</i>	12	-2	-14%

Parallèlement, le nombre d'enfants disposant du statut de pupilles de l'Etat progresse nettement (+100% soit 6 enfants). Le nombre d'enfants qui peuvent être adoptés demeure inférieur au nombre de familles disposant d'un agrément.

Figure – Nombre de pupilles de l'Etat Guadeloupe entre 2020 et 2024 (CD 971)

	2020	2021	2022	2023	2024	Evol. en valeur	Evol. en %
Nombre total de pupilles de l'Etat Guadeloupe	6	8	ND	12	12	6	100%

5.4.6.3. L'accès aux origines insuffisamment mobilisé par les Guadeloupéens

L'accès aux origines est également mis en œuvre par le SAAOP. Le nombre de demandes individuelles et de mandats émis par le CNAOP est stable (7 demandes par an). Ce nombre est très restreint malgré une légère augmentation du nombre de suivis de dossiers par le service. Le service est ainsi largement méconnu par les Guadeloupéens concernés.

Figure – Nombre de demandes individuelles et de mandats CNAOP ainsi que les suivis de dossiers par le SAAOP (CD 971)

	2020	2021	2022	2023	2024	Evol. en valeur	Evol. en %
Nombre de demandes individuelles + mandats CNAOP	<i>Secret statistique</i>	7	ND	7	7	0	0%
Suivi de dossiers	6	6	ND	9	9	3	50%

En mars 2024, la psychologue du service a proposé un séminaire CNAOP interrégional sur la thématique : « Mémoire, Transmission, Affiliation, Héritage, l'Adoption en héritage ». Les homologues de la Guyane ont fait le déplacement et la directrice du CNAOP a participé en visio conférence. L'évènement a été médiatisé et a donné lieu par la suite à la production et réalisation d'un film documentaire relatant la recherche d'une jeune femme de sa mère biologique.

5.4.6.4. Synthèse

La révision du statut de l'enfant est permise par la mise en place récente de la CESSEC. Une documentation diversifiée a été élaborée permettant à la CESSEC de se doter d'une véritable assise institutionnelle. Néanmoins, il apparaît que son identification n'est pas suffisante. En 2023 et 2024, seulement 18 dossiers ont été analysés. Il convient donc de sensibiliser l'ensemble des parties-prenantes sur le délaissement parental et l'inadaptation du statut de l'enfant afin que des dossiers de révision soient constitués.

Depuis 2020, le nombre de demandes d'adoption reçues par le Département est en légère diminution (- 15% soit - 4 demandes). Pour organiser la démarche adoptive, le SAAOP organise des réunions d'informations. Elles sont moins nombreuses depuis 2020 (- 36% soit - 4 réunions). En conséquence, moins il y a de réunions d'information organisées, moins de potentiels candidats sont « touchés » (- 41% de personnes rencontrées soit - 16 personnes rencontrées). Les demandes d'agrément en cours d'instruction sont en nette augmentation (+ 133% soit + 8 demandes). Dans le même temps, le nombre de familles agréées dans le Département est en baisse (- 50% soit - 37 familles). Finalement, le nombre d'agrément délivré par le PCD reste stable (- 14% soit - 2 agréments).

L'accès aux origines est également mis en œuvre par le SAAOP. Le nombre de demandes individuelles et de mandats émis par le CNAOP est stable (7 demandes par an). Ce nombre est très restreint malgré une légère augmentation du nombre de suivis de dossiers par le service. Le service est ainsi largement méconnu par les Guadeloupéens concernés.

5.4.7. Une difficile autonomisation du jeune accompagné par l'ASE

5.4.7.1. L'offre à destination des jeunes accompagnés

Lorsqu'un enfant est accueilli au sein du dispositif de l'ASE, la rédaction du **Projet Pour l'Enfant (PPE)** est **obligatoire**. Ce document cadre vise à garantir la continuité et l'adaptation de la prise en charge de l'enfant.

Élaboré dès les premiers mois de placement et révisé à échéances régulières, le PPE est construit en concertation avec l'enfant, sa famille et les professionnels concernés. Il formalise ainsi les objectifs d'accompagnement et les perspectives d'évolution de la situation en tenant compte de l'intérêt supérieur de l'enfant.

Cependant, les entretiens et les ateliers menés tendant à estimer que le PPE est insuffisamment déployé au sein du Département. En cause, des contraintes RH qui rendent difficile la mise en œuvre uniforme du PPE selon les territoires et notamment les groupements. Il ne permet donc pas de rappeler les motifs initiaux de la mesure de protection de l'enfance, ni d'identifier les objectifs de cette prise en charge. Aussi, il est d'autant plus complexe d'envisager un retour à domicile ou une évolution du statut de l'enfant.

Ce travail d'autonomisation du jeune est également rendu difficile par la faible offre d'accompagnement en hébergement diversifié ou semi-autonomie sur le territoire : seulement 10 places. Les jeunes accueillis sont maintenus en accueil familial ou en institution ne facilitant pas la séparation à la majorité.

Néanmoins le nombre de Contrat Jeune Majeur (CJM) demeure relativement stable dans le temps (CD 971).

ANNEE	ASE1	ASE2	TOTAL
2023	136	198	334
2024	166	235	401
2025 (octobre*)	133	208	341

La transition ASE / milieu ordinaire est d'autant plus difficile que le département ne dispose d'aucun Foyer Jeunes Travailleurs. Or, ces établissements se destinent à l'accueil des jeunes en activité ou en voie d'insertion sociale et professionnelle âgés de 16 à 25 ans, notamment à l'issue d'une prise en charge par le service de l'aide sociale à l'enfance. Les FJT sont financés par la CAF. A ce titre, trois projets de FJT sont projetés sur 2027 à la hauteur d'une centaine de place. Il convient donc de développer cette offre afin de favoriser la sortie du dispositif de l'ASE.

5.4.7.2. Synthèse

La préparation de l'autonomisation est insuffisamment abordée dans l'offre existante. Le Projet Pour l'Enfant n'est pas déployé uniformément par les professionnels. Le travail de préparation au développement de l'enfant au travers d'objectifs n'est donc pas défini. En cause, des contraintes RH qui rendent difficile la mise en œuvre uniforme du PPE selon les territoires et notamment les groupements.

En outre, l'offre d'accueil en service d'hébergement diversifié ou diffus est inexistante en Guadeloupe. Or, le nombre de CJM est important et demeure stable sur le territoire (environ 375 par an).

Enfin, le territoire ne dispose pas de Foyers Jeunes Travailleurs permettant aux jeunes majeurs de transitionner de l'ASE vers le milieu ordinaire. Trois projets sont projetés d'ici 2027 pour aboutir à l'ouverture d'environ 100 places.

5.4.8. Une institutionnalisation de l'ODPE au travers de groupes techniques de travail

En application du CASF³², il doit être institué dans chaque Département, un Observatoire Départemental de la Protection de l'Enfance (ODPE), placé sous l'autorité du Président du Conseil Départemental. L'ODPE pour missions :

- De recueillir, d'examiner et d'analyser les données relatives aux informations préoccupantes.
 - o Une analyse collective des chiffres et l'élaboration d'un outil optimisé pour le recueil et le croisement des données des différents partenaires est actuellement mené.
- D'être informé de toute évaluation des services et établissements intervenant dans le domaine de la protection de l'enfance.
 - o La mise en place des inspections / contrôles est récente, si bien que cette mission n'est que partielle.
- De suivre la mise en œuvre du schéma départemental et de formuler des avis.
 - o Cette fonction sera essentielle étant donné l'absence de suivi effectif du précédent Schéma qui s'est terminé en 2019.
- De formuler des propositions et avis sur la mise en œuvre de la politique de protection de l'enfance dans le Département.
- De réaliser un bilan annuel des formations continues délivrées dans le Département.
 - o Cette mission est en cours de réalisation à l'ODPE et aboutira à la rédaction d'un guide.
- D'établir des statistiques qui sont portées à la connaissance de l'assemblée départementale et transmises aux représentants de l'Etat et de l'autorité judiciaire.
 - o Actuellement, l'ODPE ne réalise pas le travail statistique de manière suffisante : aucun bilan analytique annuel n'est réalisé.

La composition de l'ODPE doit être pluridisciplinaire. A ce titre, plusieurs groupes techniques ont été mis en place :

- **Groupe n°1 - Recueil et analyse des données**
 - o Ont participé aux travaux : Le Rectorat, la MDPH, le SEPSI (AAEA), le CHBT (Pédiatre), l'ORSaG, la DTPJJ, le GIP-RASPEG (coordonnateur de parcours), la DEETS, la DTPN, la DEFJ (CD-psychologue), la DDS (CD-TAS SGT), la Mission Tarification (CD), le procureur de la République de Basse Terre, la gendarmerie (Maison de protection des familles).
 - o Plusieurs actions sont en cours d'étude :
 - La rédaction d'un protocole sur la fourniture de données chiffrées aux fins de traitement statistique.
 - La sécurisation du partage des données.
- **Groupe n°2 –Suivi du schéma départemental de l'enfance** : il sera mis en œuvre à la suite de son vote.

³² Article L. 226 – 3 – 1 du CASF

- **Groupe n°3 – Pratiques professionnelles et politiques publiques**

- Ont participé aux travaux : la Protection Maternelle et Infantile, le SEPSI (AAEA), la sous-direction protection enfance (CD), la DTPJJ, l'Aide Sociale à l'Enfance (CD-2), des assistantes familiales (CD-2), la DTPN, la Maison Départementale de l'Enfance (CD), l'association Le Lien, l'ordre des médecins, le Procureur de la République de Basse Terre, la Procureure de la République de Pointe à Pitre.
- Différentes actions sont envisagées :
 - Installer deux sous-groupes au sein du Groupe 3, dédiés respectivement à la prévention et au parcours de nos publics
 - Former l'ensemble des acteurs en matière de statuts des mineurs confiés ou suivis à titre administratif ou sous mandat judiciaire : développer les formations interinstitutionnelles
 - Accompagner et promouvoir la coordination des parcours des usagers entre les différents acteurs autour de l'enfant et sa famille pour éviter les redondances, et consolider les accompagnements
 - Élaborer un questionnaire en direction des professionnels aux fins de recenser les difficultés du terrain et travailler à l'élaboration collective de réponses adaptées
 - Créer un site ou espace de communication (site internet ou autre support) pour faire circuler l'information et développer le réseautage.

- **Groupe n°4 – Formation continue des professionnels**

- Ont participé aux travaux : le GIP-RASPEG, FORM'ACTION, le SEPSI (AAEA), le CNFPT, le CHU (service de médecine légale et le pôle mère-enfant), l'Ordre des avocats, le Service d'Aide à la Parentalité, La gendarmerie (Maison de protection des familles), le CR-OIH, la DTPJJ
- A ce titre il est envisagé de programmer une « Journée technique de l'ODPE Guadeloupe » afin de préparer la conférence annuelle obligatoire de l'ODPE et pour présenter des travaux effectués dans les différents groupes thématiques de travail de l'ODPE.
- Une enquête sur les besoins en formation continue des professionnels en protection de l'enfance a été diffusée du 30/04/2025 au 11/07/2025. Il ressort de cette enquête que la majorité des répondants sont des femmes (88%) âgés de 25 à 49 ans (59,8%). Parmi les répondants, 25,5% sont des assistants de service social, 12% des enseignants et 7% des éducateurs spécialisés. Il apparaît que 87,5% des répondants déclarent ne pas avoir suivi une formation en protection de l'enfance 2023 et 2024. Sur les 12,5% des répondants ayant suivi une formation, il ressort qu'elle concernait la connaissance du dispositif de protection de l'enfance puis la connaissance de l'enfant en protection de l'enfance. Or, 88,8% des réponses disent souhaiter accéder à une formation. Plusieurs enjeux sont ainsi mis en exergue :
 - Renforcer la régularité et la diversité des formations
 - Développer des modules approfondis sur le cadre juridique et organisationnel
 - Favoriser des approches pluri-institutionnelles et pluriprofessionnelles

- Répondre à la demande croissante de professionnalisation dans un contexte de complexification des situations rencontrées en protection de l'enfance

Enfin, la participation des enfants confiés à l'Aide sociale à l'enfance (ASE) au sein de l'Observatoire départemental de la protection de l'enfance (ODPE) s'inscrit dans le cadre plus large de la reconnaissance du droit des enfants à être entendus et à prendre part aux décisions qui les concernent, tel que le consacre l'article 12 de la Convention internationale des droits de l'enfant. Impliquer les jeunes confiés dans les travaux de l'ODPE vise à rendre effectif ce droit en intégrant leur point de vue dans l'évaluation et l'amélioration des politiques publiques de protection de l'enfance. Cette participation, qu'elle soit directe (par la présence de représentants de jeunes) ou indirecte (via des dispositifs de consultation ou de remontée de la parole), contribue à renforcer la légitimité et la pertinence des orientations prises. Elle nécessite toutefois un accompagnement adapté, garantissant un cadre bienveillant, sécurisant et compréhensible, afin de permettre une expression libre. Or, actuellement l'ODPE 971 ne dispose pas d'outil permettant de recueillir la participation des jeunes confiés à l'ASE.

L'ODPE s'institutionnalise ainsi au travers de groupes techniques de travail pluri-partenarial afin de répondre aux exigences légales posées par le CASF.

Il convient de poursuivre ce travail en mettant en œuvre l'ensemble des missions dont il a légalement la charge : analyse et suivi des informations préoccupantes, étude des résultats des contrôles des établissements, suivi du Schéma Départemental de l'Enfance, des Familles et de la Jeunesse, bilans statistiques thématiques et sectoriels.

Ces missions sont essentielles et obligatoires. La participation des jeunes confiés à l'ODPE est également recommandée.

5.5. Des dépenses départementales en hausse

Selon l'INSEE, l'indice des prix à la consommation a augmenté de **12,74% en moyenne en France entre 2019 et 2023**. Ainsi, il est pertinent de retenir cette base pour analyser les dépenses du Conseil Départemental en matière d'enfance, famille et jeunesse et donc *in fine* de savoir si les dépenses ont progressé plus rapidement ou non que l'inflation.



L'indice des prix à la consommation (IPC) est l'instrument de mesure de l'inflation. Il permet d'estimer, entre deux périodes données, la variation moyenne des prix des produits consommés par les ménages (INSEE)

Selon les données internes au Conseil Départemental, le budget alloué à la politique de protection de l'enfance est passé de **77,5M€ en 2022 à 88,1M€ en 2024 (soit une hausse de 13,7% en deux ans)**.

Selon la DREES, les dépenses brutes totales d'Aide Sociale à l'Enfance hors dépenses de personnel à l'exception de celles liées aux assistants familiaux ont augmenté de **19% en Guadeloupe entre 2019 et 2023 (soit + 6 points par rapport à l'inflation)**. Cette augmentation est toute de même à nuancer puisqu'en moyenne en France, la progression était de 28% (soit + 15 points par rapport à l'inflation). Ailleurs, l'augmentation est supérieure dans les Bouches du Rhône (+24%) et à La Réunion (+ 30%) et demeure contenue en Seine Saint Denis (+3%). Or, si l'augmentation est de 19% en moyen pour l'ASE en Guadeloupe, elle ne se répartit pas de la même manière en fonction des dépenses.

Figure - Dépenses brutes totales en milliers d'euros d'aide sociale à l'enfance par département, hors dépenses de personnel à l'exception de celles liées aux assistants familiaux (DREES)

Département	2019	2020	2021	2022	2023	Evol. en valeur	Evol. en %
Guadeloupe	60 283	59 125	65 467	64 659	71 566	11 283	19%
Martinique	58 915	60 813	62 199	60 975	71 705	12 790	22%
Bouches-du-Rhône	235 828	265 362	259 098	266 408	293 142	57 315	24%
Seine-Saint-Denis	389 134	384 897	375 710	389 993	402 248	13 114	3%
La Réunion	105 940	110 956	109 538	117 920	137 733	31 792	30%
France	8 574 181	8 895 857	9 137 078	9 885 465	10 962 951	2 388 770	28%

5.5.1. Une évolution contenue des dépenses de Prévention spécialisée

D'après la DREES, la dépense brute de prévention spécialisée, hors dépenses de personnels départementaux, est plus contenue par rapport à l'inflation en Guadeloupe. En effet, elle a progressé de 9% (soit 4 points de moins que l'inflation). Cette dépense a évolué positivement plus rapidement que la moyenne française (+ 5%). Cela s'explique par des choix très distincts :

- Seine Saint Denis : +21%
- Bouches du Rhône : + 8%
- La Réunion : - 79%

Figure - Dépenses brutes en milliers d'euros de prévention spécialisée, hors dépenses de personnels départementaux, par département (DREES)

Département	2019	2020	2021	2022	2023	Evol. en valeur	Evol. en %
Guadeloupe	9 992	9 745	10 517	10 822	10 849	858	9%
Martinique	1 910	1 915	1 765	1 867	2 167	257	13%
Bouches-du-Rhône	10 645	10 662	10 604	10 290	11 531	885	8%
Seine-Saint-Denis	13 308	13 143	13 580	13 902	16 057	2 748	21%
La Réunion	610	770	57	96	126	-485	-79%
France	228 346	218 591	219 695	223 414	238 711	10 365	5%

5.5.2. Une nette diminution des dépenses en matière d'Actions éducatives en milieu ouvert (AED / AEMO)

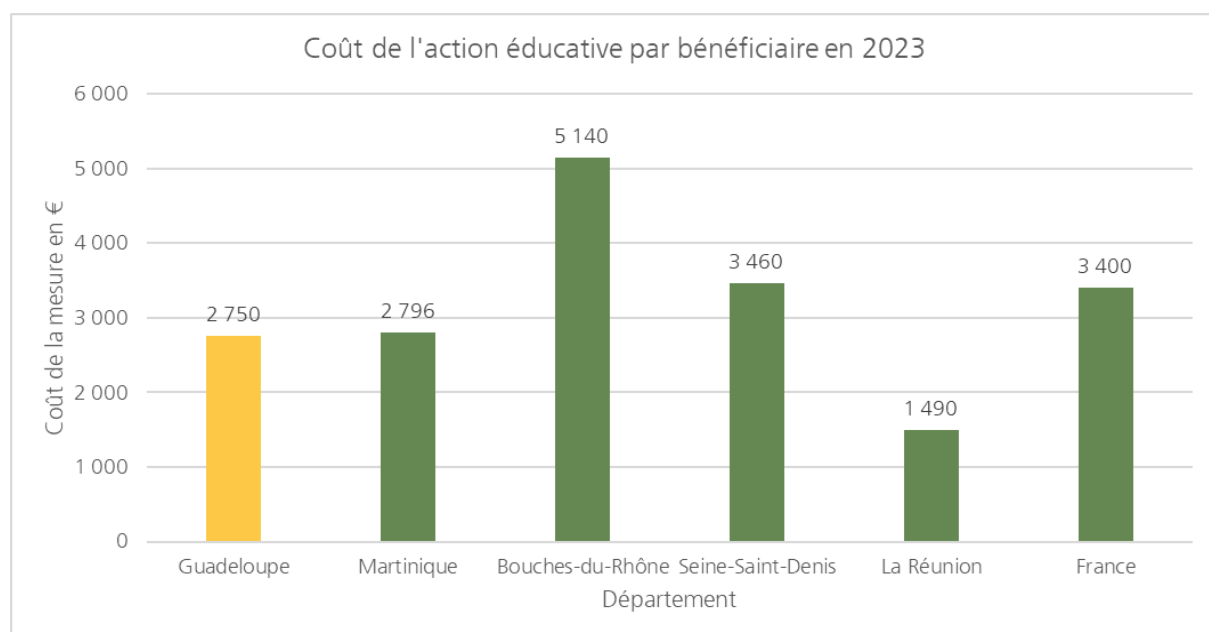
Selon la DREES, les dépenses brutes d'actions éducatives (AED et AEMO) en milliers d'euros, hors dépenses de personnels départementaux se sont fortement réduites en Guadeloupe (- 28%). Dans le même temps, elles ont progressé en moyenne de manière proportionnelle en France (+ 24%). Si en Seine Saint Denis les dépenses ont légèrement décroché (- 2%), elles ont augmenté à La Réunion (9%) et dans les Bouches du Rhône (+ 29%). Les dépenses du Département de la Guadeloupe pour les actions éducatives en milieu ouvert (AED / AEMO) s'inscrivent donc en contradiction avec les autres politiques départementales.

Figure - Dépenses brutes d'actions éducatives (AED et AEMO) en milliers d'euros, hors dépenses de personnels départementaux, par département (DREES)

Département	2019	2020	2021	2022	2023	Evol. en valeur	Evol. en %
Guadeloupe	2 623	2 938	2 753	2 781	1 892	-731	-28%
Martinique	1 849	1 922	2 097	2 342	2 796	947	51%
Bouches-du-Rhône	16 081	16 453	18 186	16 479	20 740	4 658	29%
Seine-Saint-Denis	11 229	12 020	10 643	10 346	11 028	-200	-2%
La Réunion	5 509	5 400	5 509	5 902	6 032	523	9%
France	510 787	533 295	550 716	581 923	635 222	124 435	24%

Cependant, il convient de rapporter la dépense générale à la population accompagnée au travers d'une mesure d'AED ou d'AEMO afin d'affiner la lecture. **Aussi, la dépense moyenne par bénéficiaire s'élève à 2 750€ en Guadeloupe. En moyenne en France, elle s'établit à 3 400€.** La dépense moyenne guadeloupéenne est supérieure à celle de La Réunion (1 490€) mais reste inférieure à celle des Bouches du Rhône (5 140€) et de Seine Saint Denis (3 460€).

Figure – Coût d'une mesure d'AED / AEMO par bénéficiaire en 2023 (DREES)



5.5.3. Une forte augmentation des dépenses liées aux placements notamment au sein des familles d'accueil

La dépense brute totale de placements a fortement augmenté en Guadeloupe depuis 2019 : + 26% (soit + 13 points que l'inflation). Autrement dit, la dépense a progressé deux fois plus vite que l'inflation. Cette dynamique suit les tendances nationales (+ 29% en France) et des autres Départements : Bouches du Rhône (+28%) et La Réunion (+29%). Elle s'inscrit en opposition à la politique départementale de Seine Saint Denis (-1%) qui a fait le choix de concentrer les augmentations sur la prévention.

Figure - Dépenses brutes totales de placements en milliers d'euros par département (DREES)

Département	2019	2020	2021	2022	2023	Evol. en valeur	Evol. en %
Guadeloupe	42 078	38 698	44 513	43 990	52 982	10 905	26%
Martinique	1 910	1 915	1 765	1 867	2 167	257	13%
Bouches-du-Rhône	189 348	217 349	211 095	219 633	242 223	52 875	28%
Seine-Saint-Denis	234 697	240 349	225 968	232 319	231 243	-3 455	-1%
La Réunion	96 117	99 879	97 785	104 988	124 151	28 034	29%
France	6 822 984	7 175 138	7 363 350	7 885 451	8 813 473	1 990 488	29%

Si l'augmentation est de 26% en moyenne pour le placement, elle est en réalité de 33% pour les dépenses brutes de placement familial (soit + 7 points). Or cette dynamique est bien supérieure à la moyenne française (+19%). Seul le Département de la Réunion a connu une hausse supérieure à celle de la Guadeloupe (+45%) puisque les Bouches du Rhône et la Seine Saint Denis ont contenu leurs dépenses (respectivement + 11% et + 5%). Cette forte progression s'explique notamment par l'entrée en vigueur de « la loi Taquet » reformant les modalités de financement du placement familial qui est très développé en Guadeloupe.

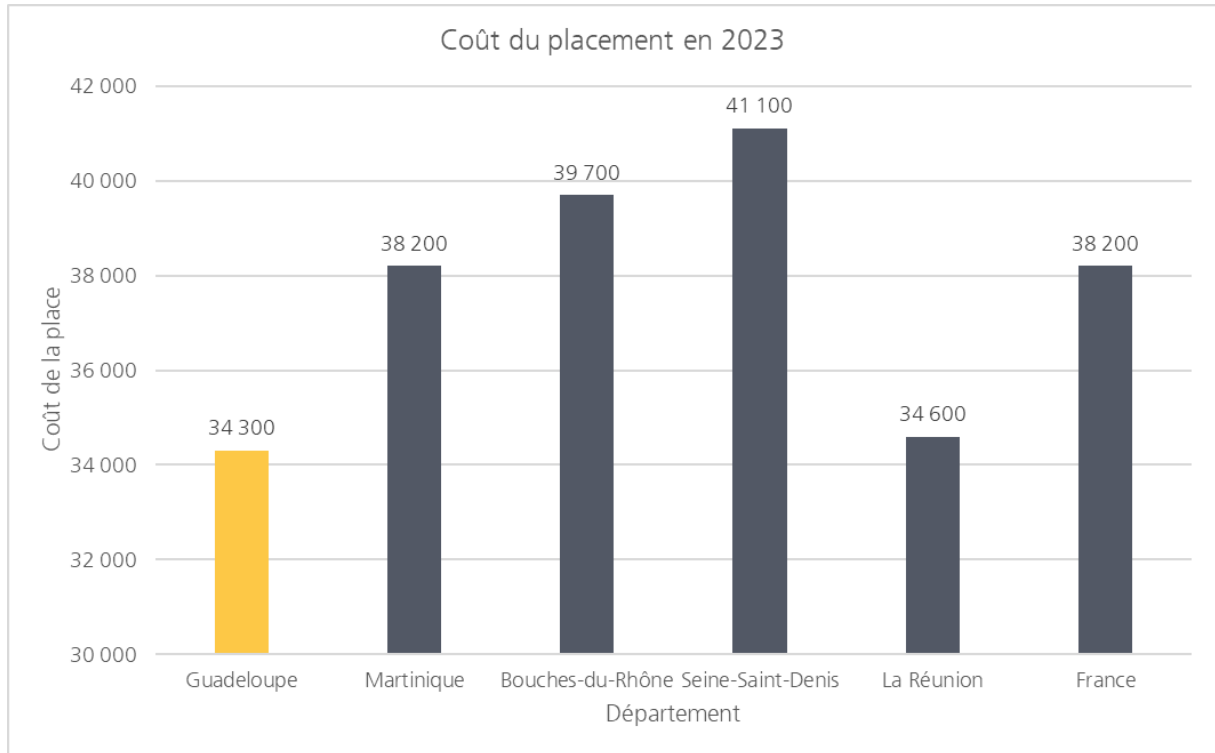
Figure - Dépenses brutes totales de placement familial en milliers d'euros par département (DREES)

Département	2019	2020	2021	2022	2023	Evol. en valeur	Evol. en %
Guadeloupe	18 307	18 424	18 812	16 720	24 382	6 075	33%
Martinique	20 666	23 658	25 497	25 270	30 711	10 045	49%
Bouches-du-Rhône	29 029	29 565	28 459	29 226	32 292	3 263	11%
Seine-Saint-Denis	82 475	85 901	84 823	86 215	86 512	4 037	5%
La Réunion	55 889	60 014	59 276	67 614	81 163	25 274	45%
France	2 157 452	2 220 707	2 221 644	2 323 219	2 569 203	411 751	19%

Cependant, une forte dépense au global ne signifie pas par pour autant une importante charge financière par bénéficiaire. Aussi, si en moyenne en France le coût du placement s'élève à 38 200€ par bénéficiaire, le coût en Guadeloupe s'établit à 34 300€ (soit - 3 900€). Ce coût en Guadeloupe est

proche de celui de La Réunion (34 600€) mais inférieur à celui des Bouches du Rhône (39 700€) et de Seine Saint Denis (41 100€).

Figure – Coût d'une mesure de placement par bénéficiaire en 2023 (DREES)



5.5.4. Synthèse

Selon l'INSEE, l'indice des prix à la consommation a augmenté de 12,74% en moyenne en France entre 2019 et 2023. En retenant cette base, il est possible d'analyser l'évolution de la dépense départementale en matière d'enfance, familles et jeunesse. Ainsi, selon la DREES, les dépenses brutes totales d'Aide Sociale à l'Enfance hors dépenses de personnel à l'exception de celles liées aux assistants familiaux ont augmenté de 19% en Guadeloupe entre 2019 et 2023 (soit + 6 points par rapport à l'inflation). Cette évolution n'est toutefois pas uniforme en fonction des accompagnements.

Concernant la dépense brute de prévention spécialisée, hors dépenses de personnels départementaux, est plus contenue par rapport à l'inflation en Guadeloupe. En effet, elle a progressé de 9% (soit 4 points de moins que l'inflation).

En matière d'action éducative (AED / AEMO), les dépenses brutes en milliers d'euros, hors dépenses de personnels départementaux se sont fortement réduites en Guadeloupe (- 28%). Or, la dépense moyenne par bénéficiaire en Guadeloupe (2 750€ par an) est déjà inférieure à la moyenne française (3 400€ par an).

A contrario, la dépense brute totale de placements a fortement augmenté en Guadeloupe depuis 2019 : + 26% (soit + 13 points que l'inflation). Autrement dit, la dépense a progressé deux fois plus vite que l'inflation. Cependant, une forte dépense au global ne signifie pas par pour autant une importante charge financière par bénéficiaire. Aussi, si en moyenne en France le coût du placement s'élève à 38 200€ par bénéficiaire, le coût en Guadeloupe s'établit à 34 300€ (soit - 3 900€).

5.6. Bilan du précédent schéma

Le précédent Schéma a débuté en 2015 et s'est terminé en 2019. Cependant, aucun véritable bilan n'a été dressé. En outre, aucun Schéma n'a pris la suite de ce dernier jusqu'au présent Schéma. En conséquence, le bilan ci-dessous est réalisé à partir des constats posés par les professionnels du territoire rencontrés lors d'entretiens stratégiques et des ateliers de concertation.

Le Schéma 2015 – 2019 comportait quatre orientations :

- 1) Améliorer l'efficacité et la pertinence du dispositif de prévention
- 2) Contribuer au renforcement des compétences parentales et du soutien à la parentalité
- 3) Renforcer la qualité de l'accueil des jeunes pris en charge
- 4) Piloter le schéma en évaluant ses impacts

5.6.1. Améliorer l'efficacité et la pertinence du dispositif de prévention

Orientation	Actions		Éléments de constats
1. Améliorer l'efficacité et la pertinence du dispositif de prévention	1.1	Renforcer l'efficacité des mesures contractuelles	Les mesures d'AED sont mises en œuvre en interne du Conseil Départemental. Un renforcement de celles-ci est nécessaire.
	1.2	Optimiser l'organisation de la prévention en définissant des plans d'actions territorialisés	Il est noté une absence de plans d'actions territorialisés. La réorganisation du Département va permettre une optimisation des moyens.
	1.3	Concevoir un programme de formation sur la prévention	Il est relevé une absence de programme de formation sur la prévention
	1.4	Améliorer le partage d'informations entre les professionnels	Le partage des informations est à perfectionner entre les services du Conseil Départemental et à renforcer avec les partenaires

5.6.2. Contribuer au renforcement des compétences parentales et du soutien à la parentalité

Orientation	Actions		Eléments de constats
<p>2. Contribuer au renforcement des compétences parentales et du soutien à la parentalité</p>	2.1	<p>Développer les compétences parentales à travers l'élaboration de programmes d'actions territorialisés</p>	<p>Les plans d'actions territorialisés sont absents. Plusieurs actions vont être mises en place en coordination avec tous les partenaires</p>
	2.2	<p>Formaliser les partenariats pour créer un réseau parentalité au niveau départemental, dans le cadre de la circulaire ministérielle du 07/01/2012</p>	<p>Absence de réseau parentalité a proprement parler.</p>
	2.3	<p>Contribuer à l'organisation des assises de la parentalité afin d'aider les parents à renforcer leurs compétences éducatives</p>	<p>Participation aux assises de la parentalité et organisation de séminaires thématiques ponctuels</p>
	2.4	<p>Mettre en place une formation commune des professionnels autour du développement de l'enfant</p>	<p>Formation commune autour du développement de l'enfant</p>

5.6.3. Renforcer la qualité de l'accueil des jeunes pris en charge

Orientation	Actions		Eléments de constats
3. Renforcer la qualité de l'accueil des jeunes pris en charge	3.1	Définir des procédures de fonctionnement et de suivi pour améliorer la qualité des prises en charge	La protocolisation existe au sein de la DEFJ et peut être renforcée notamment dans le cadre de la réorganisation
	3.2	Améliorer le suivi santé des mineurs confiés	Les indicateurs de santé Départementaux démontrent un état de santé dégradé chez les jeunes. L'amélioration du suivi de la santé des mineurs confiés reste une priorité.
	3.3	Poursuivre la professionnalisation et développer l'accompagnement des assistants familiaux	Des outils existent mais demeurent peu utilisés ou connus des professionnels
	3.4	Améliorer la prise en charge des jeunes aux profils complexes, notamment porteurs de handicap ou présentant des troubles de comportement	Absence d'offre d'accompagnement des jeunes en situation complexe
	3.5	Garantir la qualité de l'accueil par une prise en charge adaptée, diversifiée et évaluée	L'offre d'accueil est peu diversifiée et doit donc être adaptée notamment pour les futurs majeurs.

5.6.4. Piloter le schéma en évaluant ses impacts

Orientation	Actions		Eléments de constats
4. Piloter le schéma en évaluant ses impacts	4.1	Evaluer le schéma en mesurant ses impacts	Le Schéma 2015 - 2019 est difficilement mesurable
	4.2	Renforcer la visibilité, la lisibilité et l'interconnaissance des acteurs et des compétences	Les acteurs de la prévention et la protection disent peu se connaître et donc échanger par manque de lisibilité
	4.3	Formaliser la gouvernance du suivi du schéma	Absence de véritable gouvernance du Schéma

6. Annexe 2 – Lexique

Abréviation	Nom
AED	Aide Éducative à Domicile
AEMO	Action Educative en Milieu Ouvert
ASE	Aide Sociale à l'Enfance
BSEM	Bilan de Santé en Ecole Maternelle
CAF	Caisse d'Allocations Familiales
CASF	Code de l'Action Sociale et des Familles
CD	Conseil Départemental
CJM	Contrat Jeune Majeur
COFIL	Comité de Pilotage
CRIP	Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes
DREES	Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
EAJE	Etablissement d'Accueil du Jeune Enfant
EIG	Evènement Indésirable Grave
ESSMS	Etablissements et Services Sociaux et Médico-Sociaux
FINESS	Fichier National des Etablissements Sanitaires et Sociaux
HAS	Haute Autorité de Santé
IME	Institut Médico-Educatif
IP	Information Préoccupante
INSEE	Institut Nationale des Statistiques et des Etudes Economiques
INSERM	Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
JM	Jeune Majeur

LVA	Lieu de Vie et d'Accueil
MAM	Maison d'Assistants Maternels
MECS	Maison d'Enfants à Caractère Social
ODPE	Observatoire Départemental de la Protection de l'Enfance
PEAD	Placement Educatif A Domicile
PMI	Protection Maternelle et Infantile
PPE	Projet Pour l'Enfant
RPE	Relais Petite Enfance