

# Évaluation de la politique de prévention en protection de l'enfance

## TOME 1 RAPPORT

Établi par

Stéphanie DUPAYS,  
Hervé LANOUZIERE,  
Bénédicte LEGRAND-JUNG

Membres de l'Inspection  
générale des affaires sociales



INSPECTION GENERALE  
DES AFFAIRES SOCIALES

Frédéric THOMAS

Inspecteur général de  
l'administration de l'éducation  
nationale et de la recherche



**igaenr**  
Inspection générale  
de l'administration  
de l'Éducation nationale  
et de la Recherche

Viviane BOUYASSE

Inspectrice générale de  
l'éducation nationale



**igen**  
Inspection générale  
de l'Éducation nationale



## SYNTHESE

Selon les termes de la lettre de commande cosignée par la ministre de la santé et des solidarités et le ministre de l'éducation nationale, la mission composée de cinq inspecteurs IGAS/IGEN/IGAENR relevant des deux ministères devait conduire une évaluation des modalités d'organisation et de mise en œuvre de la prévention en matière de protection de l'enfance.

La mission s'est concentrée sur le sujet de la prévention et n'a donc pas conduit d'investigations sur les réponses spécifiques constitutives de la protection de l'enfance quand il s'agit de retirer un enfant à sa famille du fait de maltraitances ou de négligences caractérisées. Il n'est de ce fait pas question dans le rapport des problèmes relatifs au « placement », même si la mission a entendu divers interlocuteurs regretter le manque de places pour assurer toutes les mises en sécurité jugées nécessaires. Le rapport se centre, au vu de son objet, sur les situations où la prévention est possible, ce qui ne remet évidemment pas en cause la nécessité d'un retrait de l'enfant de sa famille quand la situation le justifie.

### **La prévention, un enjeu d'importance au croisement de multiples politiques**

À partir de la loi du 5 mars 2007, la prévention en protection de l'enfance ne s'organise plus seulement à partir de la notion de maltraitance, mais est élargie aux notions de « danger » ou de « risques de danger », ce qui place dans le champ toute une série de situations portant atteinte au bien-être de l'enfant. La prévention en protection de l'enfance interfère donc avec les domaines éducatifs, économiques, sociaux, sanitaires, avec les conditions de vie matérielles. Agir en prévention consiste à agir sur une multitude de facteurs car au-delà de la maltraitance volontaire, la précarité, le mal-logement, les déséquilibres et fragilisations parentales peuvent se transformer en atteintes au bien-être de l'enfant.

Relevant de plusieurs champs, la protection de l'enfance représente un enjeu de taille puisque, ne serait-ce qu'en se restreignant aux violences qui ne constituent qu'une partie du phénomène « enfance en danger », près de 12 % de la population déclarent avoir subi des violences physiques de manière durable durant l'enfance et l'adolescence. Les troubles subis pendant l'enfance peuvent avoir un effet pérenne sur les parcours, l'insertion sociale et la santé physique et mentale. Les réponses apportées par la puissance publique ont un coût important : la DREES<sup>1</sup> évalue en 2016 à 7,8 milliards d'euros les dépenses de protection de l'enfance à la charge des conseils départementaux hors personnels des départements et sans prendre en compte les coûts indirects et de long terme (santé, éducation spécialisée, justice). Les placements constituent l'essentiel de ces dépenses : plus de 6 milliards d'euros en 2016.

On comprend l'enjeu que constitue la prévention, tant en termes humains qu'économiques d'autant que le retour sur investissement a été démontré.

### **Une politique de prévention aux contours incertains et parfois mal appropriés par les acteurs concernés**

La politique de protection de l'enfance, à la différence d'autres politiques publiques, se caractérise en premier lieu par l'absence de cadre conceptuel partagé sur le périmètre et les enjeux de la

---

<sup>1</sup> Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, ministère des solidarités et de la santé.

prévention. Cette carence, malgré la place donnée à la prévention par les lois du 5 mars 2007<sup>2</sup> et du 14 mars 2016 sans toutefois la définir, freine la construction des politiques publiques locales. Elle nuit à l'homogénéité des références que peuvent mobiliser les départements, à l'identification des acteurs les mieux placés pour agir, à la définition d'indicateurs de suivi de la politique qu'ils déploient ainsi qu'à la mesure de l'impact des dispositifs mis en œuvre. La mission a en outre constaté l'absence de recommandations ou référentiels destinés à aider les acteurs à expertiser au mieux les situations et à mettre en œuvre l'action pertinente. Ce flou sur les contours de la politique de prévention est confirmé par l'analyse des schémas départementaux de protection de l'enfance (SDPE). Bien que le cap sur la prévention constitue indéniablement une orientation nouvelle généralisée de ces schémas, la lisibilité de leur cadre d'action opérationnel est réduite, du fait notamment d'un mésusage des concepts de préventions primaire, secondaire et tertiaire issus de la classification de l'organisation mondiale de la santé. Ainsi, de nombreux départements adoptent une définition extensive de la prévention, les conduisant à présenter comme telles des actions qui sont difficilement rattachables à de la prévention primaire. En réalité, les modèles de prévention décrits sont prioritairement axés sur la prévention secondaire.

Au vu de ces constats, la mission estime que la définition d'un cadre théorique partagé, élaboré dans le cadre d'une concertation approfondie avec les acteurs concernés par la protection de l'enfance, est un préalable indispensable à toute projection stratégique en prévention. Dans l'attente, sans présumer du contenu et du résultat de ces travaux, elle a fait le choix de verser au débat les prémices de ce que pourrait être à ses yeux un tel cadre, en proposant des orientations dont elle s'est inspirée dans toute la suite du présent rapport. Elle considère notamment que l'approche consistant à distinguer préventions primaire, secondaire et tertiaire conduit à une tripartition artificielle des actions déployées par les acteurs. La mission propose de l'abandonner au profit d'une approche plus adaptée distinguant prévention universelle et prévention ciblée. La première catégorie vise les mesures de prévention propices au développement de tous les enfants, sans logique de ciblage préalable. La deuxième catégorie comprend les mesures de prévention ciblées agissant sur des familles ou sur des populations identifiées ou repérées par différents canaux comme vulnérables ou « à risque », avérés ou probables. L'une et l'autre font appel à des acteurs et des outillages différents.

### **Des actions insuffisantes, trop peu intensives et trop tardives, mal coordonnées et pilotées**

Des analyses que la mission a conduites sur l'organisation et la mise en œuvre de l'action au niveau départemental, il ressort les conclusions suivantes.

Au regard du caractère multidimensionnel des « déterminants » de la prévention en protection de l'enfance, celle-ci fait intervenir de nombreux acteurs, de natures institutionnelles très diverses. Au sein des collectivités locales, en particulier, les conseils départementaux ont bien sûr un rôle central, mais les communes, acteurs majeurs de proximité dans le champ de la petite enfance, de la jeunesse et des familles, ont également un rôle éminent. Du côté de l'État, l'Éducation nationale constitue, à l'évidence, le principal réseau de « première ligne » au contact des enfants comme de leurs familles. Les acteurs de la santé, qu'ils relèvent de la médecine libérale ou hospitalière, ont également un rôle clé. Le réseau des caisses d'allocations familiales (CAF) est un acteur essentiel, notamment dans le champ du soutien à la parentalité. Enfin, le monde associatif est un partenaire important dans la mise en œuvre de toutes les politiques concernées.

---

<sup>2</sup> « La protection de l'enfance a pour but de prévenir les difficultés auxquelles les parents peuvent être confrontés dans l'exercice de leurs responsabilités éducatives, d'accompagner les familles et d'assurer, le cas échéant, selon des modalités adaptées à leurs besoins, une prise en charge partielle ou totale des mineurs. Elle comporte à cet effet un ensemble d'interventions en faveur de ceux-ci et de leurs parents (...)».

Les interventions à visée préventive de ces acteurs, qu'elles soient « universelles » ou ciblées sur des familles vulnérables, présentent cependant de nombreuses limites.

Du fait de moyens contraints le plus souvent, notamment au sein des conseils départementaux, les dispositifs à visée universelle ne parviennent pas à atteindre leur but, et tendent à se déporter sur l'accompagnement des situations de vulnérabilité, voire de risque avéré. Dans le système éducatif, les enseignements et actions éducatives qui devraient permettre aux enfants de construire progressivement une culture de leurs droits sont très irrégulièrement dispensés faute d'apparaître clairement dans les programmes et du fait d'une insuffisante formation des professeurs ; par ailleurs, la visite médicale de la sixième année est loin d'être réalisée pour tous les enfants en raison de l'insuffisante disponibilité des médecins de l'éducation nationale compte tenu de leur nombre et de la concurrence de leurs missions. Dans les départements, au sein des services de la protection maternelle et infantile (PMI), l'écart s'accroît entre la visée universaliste, même « proportionnée », de leur mission, et la réalité de leur action – qu'il s'agisse du suivi des grossesses ou postnatal, de la réalisation des bilans de santé de la quatrième année, ou des actions collectives de sensibilisation ou d'information à destination d'un public tout venant ; dans tous les cas, les difficultés de recrutement, les mesures de protection obligatoires pèsent sur la disponibilité des personnels. Enfin, les dispositifs de soutien à la parentalité financés par la CAF sont dans les faits orientés vers les familles qui en ont le plus besoin et déjà confrontées à d'importantes difficultés, souvent dans l'attente d'une prise en charge spécialisée.

Trop tardives, trop peu nombreuses et trop peu intensives, les interventions à visée préventive ciblées sur des familles vulnérables présentent également de nombreuses limites.

En amont même de la mise en œuvre de ces actions, le repérage des familles vulnérables se heurte à de nombreux obstacles, alors qu'il constitue un enjeu déterminant, notamment parce que certaines familles peuvent être très isolées physiquement, ou avoir tendance à « fuir » le contact avec les institutions, souvent par défiance, par peur d'être « repérées » et surtout « jugées ». Le repérage des « signaux faibles » d'alerte reste à cet égard limité, par insuffisance des outils à disposition, et parce que la communication entre services ou entre professionnels manque de fluidité. C'est souvent par le canal des informations préoccupantes (IP) que l'identification de situations problématiques se fait, alors que les situations atteignent parfois un point critique. Les professionnels de la santé sont peu nombreux à signaler. Les acteurs du système scolaire sont, eux, parmi les plus forts « pourvoyeurs » d'IP mais ils agissent parfois trop tardivement, surtout quand ils n'ont pas l'appui d'assistants sociaux mieux formés et mieux informés. L'insuffisance de la formation initiale et continue de nombreux professionnels ressort à cet égard nettement, qu'elle porte sur le cadre et les enjeux des politiques de protection de l'enfance, ou sur le développement et les besoins de l'enfant.

Les interventions ciblées sont trop tardives. La faiblesse relative des moyens consacrés à la petite enfance, notamment entre la périnatalité et l'entrée à l'école maternelle à 3 ans, et surtout en direction des enfants de 6 à 11 ans, avant le moment « charnière » que constitue l'entrée au collège, est largement pointée. Au sein de l'éducation nationale, durant la scolarité primaire, les personnels de santé, sociaux et enseignants spécialisés sont en nombre trop limité pour assurer une assistance aux professeurs insuffisamment sensibilisés aux signaux faibles qui pourraient les alerter. Au sein des conseils départementaux, la tardiveté des interventions tient aussi aux délais d'attente dans la mise en œuvre des mesures, notamment des actions éducatives à domicile ; les difficultés majeures liées à la « gestion des listes d'attente » conduisent souvent à les « vider de leur sens », et biaisent largement la décision des acteurs concernant le parcours des enfants.

Le contenu même des interventions pose question. D'une part, elles sont souvent trop peu intensives pour être réellement efficaces au regard des difficultés rencontrées par les familles. L'insuffisance des étayages à domicile ou des dispositifs de soutien à la parentalité est à cet égard

largement mise en avant, notamment en périnatalité. Les actions éducatives à domicile, en particulier, ne sont pas assez « soutenues » pour réellement agir sur les comportements parentaux. D'autre part, certains modes d'action montrent leurs limites. Les contraintes qui pèsent sur les travailleurs sociaux de secteur limitent notamment leur capacité à repérer les situations de fragilité et à créer le lien de confiance et d'adhésion nécessaire à la prévention ; la diminution des visites à domicile, la faiblesse des approches collectives ou visant à « aller vers » les publics les plus isolés, sont également soulignées. Enfin, les cadres d'intervention apparaissent trop rigides au regard du besoin d'accompagnement « global » des familles qui, lorsque leurs difficultés matérielles ou de logement ne trouvent pas de réponse, ne peuvent avoir la disponibilité nécessaire pour un travail sur le champ éducatif, ni même en percevoir l'enjeu. Le cloisonnement des dispositifs et des différents services, entre les interventions à domicile et le placement, ne permet enfin pas de répondre à la diversité et à la complexité des situations.

De nombreux dispositifs innovants se développent pourtant sur les territoires : interventions intensives de la PMI en périnatalité et durant la petite enfance, en partenariat avec d'autres professionnels (travailleurs sociaux, techniciens de l'intervention sociale et familiale -TISF-) ; dispositifs prenant appui sur des lieux d'accueil de jour des jeunes enfants et des structures renforcées de soutien à la parentalité, voire sur une offre d'hébergement adaptée aux familles en situation de vulnérabilité ; dispositifs construits dans une logique d'accompagnement global, souvent en amont des actions éducatives, mobilisant les travailleurs sociaux de secteur ; dispositifs « mixtes » ou « modulaires » du type du « placement à domicile » intégrant une action éducative à domicile renforcée, ou des « accueils de jour ». La mission considère qu'un réel potentiel préventif s'attache à ces expérimentations, mais que leur développement, parfois en dehors d'un réel cadre juridique, est « insécurisé » par l'absence de tout dispositif robuste de suivi et d'analyse.

Pris dans son ensemble, le système d'acteurs est insuffisamment coordonné et piloté.

Le système de données est particulièrement lacunaire, au niveau national comme au niveau local, ce qui empêche un pilotage éclairé et étayé : il ne permet de connaître ni le contenu réel des actions mises en œuvre qui ne font le plus souvent l'objet d'aucun référentiel et d'aucune évaluation, ni les « déterminants » du parcours des enfants, ni la pertinence des réponses apportées.

Au plan local, les partenariats construits mais souvent inaboutis ne résorbent pas les cloisonnements, d'une part, à l'intérieur des institutions entre services (c'est le cas entre PMI, service social et service de l'aide sociale à l'enfance dans les conseils départementaux) ou entre acteurs (comme à l'éducation nationale entre équipes pédagogiques et personnels de santé ou sociaux), d'autre part, entre institutions (conseil départemental, éducation nationale, CAF). Ceci engendre de la complexité pour les familles et des ruptures dans leur prise en charge. L'insuffisance des partenariats avec les acteurs de « droit commun », qui n'intègrent pas suffisamment l'enjeu de la prévention en protection de l'enfance dans leur cadre d'action, est particulièrement dommageable dans le domaine de la santé, les défauts d'articulation entre médecine libérale, médecine hospitalière, PMI et médecine scolaire ne permettant pas de garantir l'effectivité et la qualité de la prise en charge des enfants. Elle l'est également dans le domaine de l'accueil de la petite enfance : à plusieurs égards, les relations avec les assistantes maternelles et surtout les crèches ne sont pas assez investies dans le champ de la prévention en protection de l'enfance.

Au niveau territorial, la prévention en protection de l'enfance se caractérise par des inégalités majeures de prise en charge. Les inégalités socio-économiques et les disparités d'organisation territoriale entre les départements sont à la source d'importants déséquilibres. Au-delà, des lignes de fracture multiples s'observent au sein des territoires notamment entre milieu urbain, où la politique de la ville ajoute dans certains quartiers ses dispositifs à ceux, très variables selon les moyens, des communes, et milieu rural, où la précarité et l'isolement de nombreuses familles, et

l'insuffisance des équipements et des services créent des situations de risque largement mises en exergue, la perception de ces difficultés étant particulièrement aiguë au sein de l'éducation nationale.

Les acteurs peinent à organiser le pilotage stratégique à même de structurer la réponse à ces enjeux. De nombreux plans et schémas coexistent en matière d'enfance et sont déclinés localement. L'existence de ces multiples cadres d'action brouille le pilotage par les conseils départementaux. De manière symptomatique, le nouveau protocole de mise en œuvre et de coordination des actions de prévention peine à trouver sa place dans le dispositif, alors que des modalités alternatives de pilotage et de coordination informelle, adaptées aux configurations locales, tendent à se développer.

### **Perspectives et recommandations**

Les recommandations de la mission s'ordonnent autour de cinq axes :

- Stabiliser un cadre de référence partagé sur la prévention en protection de l'enfance

L'absence de cadre partagé concernant la prévention nuit à la clarté des missions et des interventions. La mission considère qu'un préalable indispensable consiste à clarifier les approches conceptuelles concernant les actions relevant de la prévention, à identifier les acteurs concernés et à définir comment ils peuvent se coordonner. La mission préconise aussi d'élaborer des référentiels communs relatifs au repérage et à l'évaluation des situations, et au contenu des mesures afin d'aider les acteurs à évaluer au mieux les situations et à mettre en œuvre l'action pertinente.

- Concentrer les efforts en prévention universelle dans les politiques de droit commun, prioritairement dans les domaines de l'éducation, de la santé et de la petite enfance

Les multiples liens entre protection de l'enfance et d'autres domaines ministériels font que la politique de prévention doit, dans sa dimension de prévention universelle, infuser dans toutes les politiques publiques et notamment dans les trois domaines suivants, jugés prioritaires : l'éducation, la santé et la petite enfance. En matière d'éducation, il importe de rendre plus explicites les obligations incombant à l'éducation nationale et de mieux coordonner les interventions de l'ensemble des professionnels impliqués. En matière de santé, il est nécessaire de renforcer la prise en compte des enjeux de la prévention en protection de l'enfance dans le système de droit commun (médecine libérale et hospitalière), dans le cadre d'une complémentarité accrue avec les services de PMI et de médecine scolaire. Enfin les dispositifs d'accueil du jeune enfant peuvent servir de support à une politique de prévention en facilitant l'accès aux crèches des familles les plus vulnérables et en renforçant le projet éducatif des crèches et des assistantes maternelles.

- Renforcer le ciblage et l'efficacité des interventions des conseils départementaux, notamment dans le champ des interventions à domicile

Un chantier de remise à plat des interventions à domicile dans leur ensemble doit être engagé, visant à en accroître la précocité, l'intensité et la complémentarité. Le renforcement des étayages en périnatalité et durant la petite enfance est, dans ce cadre, prioritaire. Le lancement d'expérimentations visant à déployer à une échelle significative des dispositifs de maintien à domicile renforcés ou « mixtes », tels que le placement à domicile, et à les évaluer pourrait permettre de repérer les modes d'action les plus efficaces, l'objectif étant aussi d'évaluer la possibilité, au terme d'une nécessaire phase de transition, de réorienter significativement la dépense des départements vers des dépenses à visée plus préventive grâce aux marges de manœuvre financières dégagées par les placements évités.

➤ Faire évoluer les modes d'action et les pratiques des professionnels

Le cadre d'action des travailleurs sociaux « généralistes » doit être conforté dans leur mission de protection de l'enfance ; l'importance de ce réseau dans le « premier accueil » des familles les plus vulnérables est cruciale. Les recommandations de la mission visent à cet égard à placer la prévention en protection de l'enfance au cœur des enjeux de la rénovation du travail social en portant une attention particulière au maintien des visites à domicile.

Par ailleurs, la mission préconise de renforcer la formation et le soutien apporté aux professionnels en contact avec l'enfant et identifie trois réseaux prioritaires : médecins, enseignants et personnels d'accueil de la petite enfance.

➤ Conforter les partenariats et le pilotage opérationnel et stratégique, au « bon niveau » et « au bon moment »

Pour répondre au besoin de coordination de tous les acteurs sans aggraver encore la prolifération de schémas et plans, la mission propose :

- au niveau national, de renforcer la capacité d'animation et de consolidation de la politique de prévention en protection l'enfance, dans un souci d'équité et de réduction des inégalités territoriales et de meilleure connaissance ;
- au niveau départemental, de circonscrire l'objet et le périmètre du protocole de coordination à la mise en œuvre des seules actions ciblées et en en faisant un outil de pilotage vivant et opérationnel ;
- au niveau local, de systématiser les temps et espaces de rencontre susceptibles d'instituer de manière pérenne les réflexes de coopérations opérationnelles axées sur la résolution de problèmes.

De façon générale, la mission souhaite souligner que si des possibilités de redéploiement existent par exemple entre placement et solutions alternatives, des moyens supplémentaires sont cependant nécessaires pour mettre en accord les actions de la politique de prévention en protection de l'enfance avec ses ambitions, tant en ce qui concerne l'animation nationale que les dispositifs déployés localement.

## SOMMAIRE

SYNTHESE .....	3
RAPPORT .....	13
<b>1 BIEN QUE SES ENJEUX SOIENT FONDAMENTAUX, LES CONTOURS DE LA POLITIQUE DE PREVENTION EN PROTECTION DE L'ENFANCE SONT INCERTAINS ET PARFOIS MAL APPROPRIES PAR LES ACTEURS CONCERNES .....</b>	<b>15</b>
1.1 La prévention en protection de l'enfance est une politique par essence complexe et multidimensionnelle.....	15
1.1.1 La prévention en protection de l'enfance est multidimensionnelle, au croisement de plusieurs politiques et percutée par de nouveaux enjeux économiques, sociaux et sociétaux.....	15
1.1.2 La prévention en protection de l'enfance est un enjeu majeur au regard du coût humain, économique et financier considérable de l'enfance en danger .....	22
1.2 L'absence de cadre conceptuel sur le périmètre et les enjeux de la prévention en protection de l'enfance freine la construction des politiques publiques locales.....	28
1.2.1 La sémantique générale de la prévention est insuffisamment appropriée par les acteurs de la protection de l'enfance.....	28
1.2.2 Contrairement à d'autres champs, il n'existe pas de doctrine de prévention propre à l'enfance .....	30
1.3 Le cadre juridique de la prévention, récemment renforcé, ne pallie pas l'absence de cadre conceptuel .....	32
1.4 Le flou sur les contours de la politique de prévention est confirmé par l'analyse des schémas départementaux de protection de l'enfance .....	33
1.4.1 Le cap sur la prévention est une orientation nouvelle indéniable dans les schémas.....	34
1.4.2 La lisibilité du cadre d'action opérationnel de la prévention est néanmoins réduite.....	34
1.4.3 Les modèles de prévention décrits sont prioritairement axés sur la prévention secondaire.....	36
1.5 Ébauche d'un cadre de référence sur la prévention en protection de l'enfance et orientations retenues par la mission.....	37
<b>2 LES INTERVENTIONS DES PRINCIPAUX RESEAUX D'ACTEURS SONT INSUFFISANTES QUANTITATIVEMENT ET QUALITATIVEMENT, TROP TARDIVES ET TRES PEU EVALUEES .....</b>	<b>41</b>
2.1 De multiples réseaux d'acteurs, de nature institutionnelle diverse, interviennent dans des registres variés et dans un contexte de moyens contraints .....	41
2.1.1 Les conseils départementaux sont au cœur des missions de la protection de l'enfance : protéger les enfants qui doivent l'être et soutenir les parents .....	41
2.1.2 Les écoles et établissements scolaires déploient un vaste réseau d'acteurs au contact de la majeure partie de la population enfantine à partir de 3 ans.....	45

2.1.3	Les CAF sont un acteur majeur du soutien à la parentalité qui déploie une multitude de dispositifs d'ampleur inégale .....	47
2.1.4	Les communes et les établissements publics de coopération intercommunale sont des acteurs majeurs de proximité dans le champ de la petite enfance, de la jeunesse et des familles.....	49
2.1.5	Le monde associatif est un partenaire important dans la mise en œuvre des politiques de prévention .....	50
2.1.6	Le CNPE rassemble tous les acteurs de la protection de l'enfance tandis que le 119 recueille les appels de la population .....	51
2.2	Dans ce contexte de moyens contraints, les dispositifs de prévention à visée universelle ne parviennent pas à atteindre l'ensemble des publics et, pour certains, se « déportent » sur l'accompagnement des situations de vulnérabilité voire de risque avéré .....	52
2.2.1	Pour les enfants scolarisés, les enseignements qui leur sont dus, les suivis médicaux ainsi que l'accompagnement social des familles sont inégalement mis en œuvre .....	52
2.2.2	Au sein des conseils départementaux, l'écart s'accroît entre la visée universaliste, même « proportionnée », des services de PMI, et la réalité de leur action .....	56
2.2.3	Malgré la réaffirmation du principe d'universalisme du soutien à la parentalité, les dispositifs CNAF sont dans les faits orientés vers les familles les plus fragiles .....	57
2.3	Trop tardives, trop peu nombreuses et intensives, les interventions ciblées peinent à répondre efficacement au besoin d'étayage et d'accompagnement des familles vulnérables, dont le repérage reste insuffisant.....	58
2.3.1	Le repérage des familles vulnérables se heurte à de multiples obstacles.....	58
2.3.2	Les interventions en direction des parents et des enfants sont trop tardives.....	62
2.3.3	Les interventions sont insuffisamment intensives pour être réellement efficaces au regard des difficultés rencontrées par la famille .....	65
2.3.4	Certains modes d'actions montrent leurs limites, notamment dans le cadre du travail social	72
2.3.5	Les cadres d'interventions sont trop rigides au regard du besoin d'accompagnement « global » des familles et de la diversité des situations .....	76
2.4	La mobilisation des dispositifs souffre d'une absence quasi totale de référentiels et d'évaluation .....	78
2.4.1	Au niveau local, les actions de prévention ne sont pas systématiquement adossées à un diagnostic documenté et quand elles le sont celui-ci est peu relié aux actions.....	78
2.4.2	Très peu de référentiels existent pour guider l'action, ce qui rend incertaine l'adéquation besoin/dispositif .....	79
2.4.3	L'observation, le suivi et l'évaluation des dispositifs de prévention sont peu développés ....	81
3	<b>LE SYSTEME D'ACTEURS EST INSUFFISAMMENT COORDONNE ET PILOTE, ENTRAINANT COMPLEXITE ET RUPTURES DANS LES INTERVENTIONS EN DIRECTION DES FAMILLES, ET DE FORTES INEGALITES TERRITORIALES.....</b>	<b>84</b>
3.1	Au niveau opérationnel, les partenariats nécessaires restent souvent inaboutis en raison de cloisonnements institutionnels .....	84

3.1.1	En dépit d'un réel volontarisme pour accroître la transversalité inter services, des cloisonnements internes limitent l'efficacité et la portée de l'action des principaux acteurs institutionnels.....	84
3.1.2	Les partenariats entre les principaux réseaux, notamment les conseils départementaux, l'éducation nationale et les CAF, se sont renforcés mais restent à certains égards inaboutis .....	87
3.1.3	L'insuffisance des partenariats avec les acteurs de « droit commun » se traduit par des ruptures majeures de prise en charge, notamment dans le champ de la santé .....	93
3.2	Au niveau territorial, la prévention en protection de l'enfance se caractérise par des inégalités majeures de prise en charge.....	98
3.2.1	Les inégalités socio-économiques et les disparités d'organisation territoriale entre les départements sont à la source d'importants déséquilibres .....	98
3.2.2	Des lignes de fractures multiples s'observent au sein des territoires, entre milieu urbain, périurbain et rural .....	99
3.3	Au niveau stratégique, l'existence de multiples cadres d'action brouille le pilotage par les conseils départementaux.....	100
3.3.1	De nombreux plans et schémas coexistent et sont déclinés localement .....	100
3.3.2	Le nouveau protocole de mise en œuvre et de coordination des actions de prévention peine à trouver sa place dans le dispositif .....	101
3.3.3	Des modalités alternatives de pilotage et de coordination informelle, plus adaptées aux configurations locales, tendent à se développer .....	103
4	RECOMMANDATIONS POUR UNE STRATEGIE DE PREVENTION EN PROTECTION DE L'ENFANCE.....	104
4.1	Stabiliser un cadre de référence partagé sur la prévention en protection de l'enfance.....	104
4.2	Concentrer les efforts en prévention universelle dans les dispositifs de droit commun, prioritairement dans les domaines de l'éducation, de la santé et de la petite enfance.....	105
4.2.1	Clarifier la contribution de l'éducation nationale et mieux coordonner les interventions des professionnels de métiers variés.....	105
4.2.2	Renforcer la prise en compte des enjeux de la prévention en protection de l'enfance dans le système de santé de « droit commun », dans le cadre d'une complémentarité accrue avec les services de PMI et la médecine scolaire.....	107
4.2.3	Renforcer la dimension préventive des dispositifs de petite enfance .....	109
4.2.4	Sensibiliser l'ensemble de la population à l'enfance en danger .....	110
4.3	Renforcer l'efficacité et le ciblage des interventions des conseils départementaux en agissant plus précocement et plus intensivement, notamment dans le champ des interventions à domicile.....	110
4.3.1	Renforcer les étayages en périnatalité et durant la petite enfance (0 à 3 ans).....	111
4.3.2	Engager un chantier de remise à plat des interventions à domicile dans leur ensemble, accompagné d'expérimentations visant à déployer à une échelle significative des dispositifs de maintien à domicile renforcés ou « mixtes » .....	111

4.4	Faire évoluer les modes d'action et les pratiques des professionnels.....	113
4.4.1	Adapter les modes d'interventions du travail social aux enjeux de la prévention en protection de l'enfance.....	113
4.4.2	Renforcer la formation et le soutien apporté aux professionnels en contact avec l'enfant.....	114
4.5	Conforter les partenariats et le pilotage opérationnel et stratégique, « au bon niveau » et « au bon moment ».....	115
	RECOMMANDATIONS DE LA MISSION .....	119
	LETTRE DE MISSION .....	123
	LISTE DES PERSONNES RENCONTREES.....	127
	SIGLES UTILISES.....	139

## **LISTE DES ANNEXES**

ANNEXE 1 : RECIT DU PARCOURS D'UNE FAMILLE

ANNEXE 2 : ELEMENTS COMPLEMENTAIRES SUR LES CONTEXTES SOCIAUX, ECONOMIQUES ET SANITAIRES INTERFERANT AVEC LA PROTECTION DE L'ENFANCE ET SUR LES CONSEQUENCES ET L'AMPLEUR DU PHENOMENE « ENFANCE EN DANGER »

ANNEXE 3 : GLOSSAIRE ET CADRE NORMATIF DE LA PREVENTION EN PROTECTION DE L'ENFANCE

ANNEXE 4 : LA PREVENTION DANS LES SCHEMAS DEPARTEMENTAUX DE PROTECTION DE L'ENFANCE ET DANS LES REponses AU QUESTIONNAIRE ADRESSE AUX DEPARTEMENTS

ANNEXE 5 : POUR UN REFERENTIEL DE LA PREVENTION PARTAGE EN PROTECTION DE L'ENFANCE

ANNEXE 6 : OBSERVATION ET SUIVI : DES DONNEES DE CADRAGE EXISTENT MAIS ELLES SONT PEU DETAILLEES, LES DETERMINANTS ET LES PARCOURS SONT PEU ETAYES

ANNEXE 7: QUELQUES ILLUSTRATIONS DES DISPARITES TERRITORIALES

ANNEXE 8 : PRINCIPAUX RESULTATS DU QUESTIONNAIRE ADRESSE AUX CONSEILS DEPARTEMENTAUX

# RAPPORT

Placée sous l'égide du département, la protection de l'enfance consiste en un ensemble d'interventions visant à prévenir ou à réduire les dangers auxquels un mineur peut être exposé. Au sein de cet ensemble, la loi du 14 mars 2016 et ses décrets d'application ont conforté l'importance de la prévention en faveur de l'enfant et de ses parents, déjà soulignée par la loi du 5 mars 2007.

La prévention est justement au cœur de la stratégie globale de protection de l'enfance en préparation. C'est l'objet de cette mission de nourrir cette stratégie. A cet effet, par une lettre du 9 avril 2018, la ministre des solidarités et de la santé ainsi que le ministre de l'éducation nationale ont confié à l'IGAS, l'IGEN et l'IGAENR une mission d'évaluation de la prévention en protection de l'enfance. La cheffe de l'IGAS a désigné Stéphanie DUPAYS, Hervé LANOUZIERE et Bénédicte LEGRAND-JUNG, la doyenne de l'IGEN a désigné Viviane BOUYASSE et le chef de l'IGAENR Frédéric THOMAS.

La prévention consiste en interventions le plus en amont possible en fonction des risques de mise en danger de l'enfant pour éviter qu'ils ne surviennent ou limiter leurs effets. Il s'agit de favoriser le bon développement de l'enfant, de veiller à ce que ses besoins fondamentaux et ses droits soient respectés. Elle couvre tous les moments de la vie de l'enfant et de l'adolescent, et tous les champs (sanitaire, social, éducatif, économique) et requiert donc une succession et une complémentarité des acteurs et des actions. L'objet de la mission étant les situations sur lesquelles une approche préventive est possible, la mission n'a pas approfondi la question des maltraitances graves et les solutions qui lui sont opposées pour mettre en sécurité l'enfant.

Afin de réaliser un état des lieux de la façon dont est mise en œuvre la prévention en protection de l'enfance, la mission a adopté un cadre méthodologique qui repose sur :

- L'analyse des textes législatifs et réglementaires, des rapports officiels, des guides d'information, des ouvrages et articles en lien avec le sujet, des documents remis par les interlocuteurs de la mission, des données statistiques produites par les acteurs du champ. En particulier, la mission a analysé les schémas départementaux de la protection de l'enfance ;
- La conduite d'entretiens avec les principales parties prenantes au niveau national et lors de déplacements dans quatre départements choisis dans un souci de diversité en termes de taille, d'importance de l'aide sociale à l'enfance – ASE<sup>3</sup> - (nombre de mesures en valeur absolue et rapporté à la population des 0-18 ans), de mode d'action de l'ASE (taux de placement), de niveau de vie, de ruralité. La mission a retenu les Yvelines, la Loire-Atlantique, l'Allier et le Nord. Ces entretiens nationaux et départementaux ont permis d'échanger avec les administrations et services de l'État, les opérateurs, la caisse nationale d'allocations familiales (CNAF), les groupements de professionnels, les différents services du conseil départemental au siège et sur les territoires, l'éducation nationale, les associations, les communes, les caisses d'allocations familiales (CAF), soit près de 220 personnes au total ;
- Un questionnaire réalisé par la mission, adressé aux départements grâce au concours de l'association des départements de France (ADF) et auquel 49 départements ont répondu. Ce questionnaire, réalisé après les déplacements, visait à préciser les constats faits au terme de ces visites et à estimer leur représentativité ou leur atypie ;

---

<sup>3</sup> Une liste des sigles figure à la fin du présent rapport.

- Le recueil de la parole d'usagers. Sur ce point, la mission n'a pu formaliser qu'un seul entretien approfondi en raison de la complexité, pour les associations qui en ont accepté le principe, de la mise en relation avec les familles pour ce type d'échanges.

Le premier constat fait par la mission tient à l'absence de cadre conceptuel concernant la prévention en protection de l'enfance en dépit de l'ampleur de l'enjeu. Cette absence de cadre se traduit de deux manières : d'une part, les articulations avec les autres politiques qui lui sont liées sont peu explicitées et, d'autre part, le concept même de prévention en protection de l'enfant n'est pas défini, ce qui nuit au développement d'actions préventives. Partant de ce constat, la mission a jugé nécessaire de préciser les contextes en lien avec la protection de l'enfance et où peut s'exercer la prévention et de proposer une approche de ce que pourrait être la prévention en protection de l'enfance, reposant notamment sur la distinction prévention universelle/prévention ciblée. C'est l'objet de la première partie de ce rapport.

La deuxième partie du rapport est constituée par un état des lieux des interventions préventives en protection de l'enfance où sont décrits les acteurs et leurs modes d'intervention et analysées les forces et faiblesses de ceux-ci.

La prévention en protection de l'enfance nécessitant le concours d'une multitude d'acteurs, la façon dont ils se coordonnent est l'objet de la troisième partie.

Enfin, la quatrième partie de ce rapport récapitule les recommandations découlant des constats et les articule en cinq axes tenant au cadre de référence, à l'importance de la prévention universelle dans les dispositifs de droit commun, à l'efficacité des interventions ciblées, au renforcement des modes d'action de professionnels et au pilotage opérationnel et stratégique.

# 1 BIEN QUE SES ENJEUX SOIENT FONDAMENTAUX, LES CONTOURS DE LA POLITIQUE DE PREVENTION EN PROTECTION DE L'ENFANCE SONT INCERTAINS ET PARFOIS MAL APPROPRIES PAR LES ACTEURS CONCERNES

## 1.1 La prévention en protection de l'enfance est une politique par essence complexe et multidimensionnelle

### 1.1.1 La prévention en protection de l'enfance est multidimensionnelle, au croisement de plusieurs politiques et percutée par de nouveaux enjeux économiques, sociaux et sociétaux

A partir de la loi du 5 mars 2007<sup>4</sup>, la prévention ne s'organise plus seulement à partir de la notion de maltraitance, mais est élargie aux notions de « danger » ou de « risques de danger », ce qui place dans le champ toute une série de situations portant atteinte au bien-être de l'enfant. Au-delà de la maltraitance directe et active qui constitue le danger ultime à prévenir, la précarité, des conditions de logement inadaptées, le handicap, les troubles psychiques des parents fragilisent les familles et, sans qu'il y ait de déterminisme, sont des facteurs qui déstabilisent et peuvent favoriser l'apparition de ces situations de danger pour l'enfant. La prévention en protection de l'enfance interfère donc avec les domaines éducatifs et sanitaires, avec les conditions de vie matérielles et subit de plein fouet les évolutions qui affectent ces champs. Les principales évolutions seront décrites ici, sachant qu'elles concernent des facteurs de danger de nature et de degré très différents et peuvent entraîner des atteintes au bien-être de l'enfant allant d'un contexte insécurisant à la négligence ou à la maltraitance.

#### Encadré 1 : Rappel du champ de la protection de l'enfance

Le champ de la protection de l'enfance, depuis la loi de 2007, est sensiblement plus large que celui de la seule maltraitance à laquelle il reste encore souvent associé. Il couvre en effet toutes les dimensions liées aux besoins fondamentaux de l'enfant, à son développement physique, affectif, intellectuel et social, à sa santé, sa sécurité, sa moralité et son éducation. La protection de l'enfance, parfois aussi qualifiée de « protection de l'enfance en danger » s'intéresse donc à tout enfant en danger ou en risque de l'être mais aussi à la situation de ses parents et son environnement.

Le corollaire de cet élargissement est la diversité des structures qui supportent la protection et donc la prévention en protection de l'enfance, dans laquelle le département, en charge en particulier de l'aide sociale à l'enfance (ASE) et de la protection maternelle et infantile (PMI), occupe clairement le rôle de chef de file aux côtés de l'État (éducation nationale, agence régionale de santé (ARS), justice, police), d'autres collectivités territoriales (communes, métropoles...), des établissements publics, des groupements d'intérêt public (GIP) et des associations. Cette diversité de structures s'accompagne d'une diversité des métiers : assistant social, conseiller en économie sociale et familiale, éducateur, médecin, enseignant, juge...

Source : *Mission*

<sup>4</sup> Loi n° 2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance.

➤ **L'aggravation de la précarité et des difficultés de logement a des conséquences sur le bien-être des enfants**

S'il est établi que les facteurs socioéconomiques ne sont pas discriminants par rapport au risque d'apparition de la maltraitance et que celle-ci peut apparaître dans tous les milieux sociaux, certains contextes fragilisent la famille et l'établissement d'un lien « sécuritaire », même si l'histoire individuelle, les critères psychologiques pèsent plus lourd<sup>5</sup>.

Au-delà du débat sur les liens de corrélation entre précarité et mise en danger de l'enfant, la précarité constitue un contexte délétère, susceptible d'avoir des répercussions sur la vie et le développement des enfants. La précarité est en elle-même un risque pour l'enfant : la pédopsychiatrie a bien montré que « *les effets de la précarité sur les enfants et les adolescents sont comparables à ceux de la guerre* »<sup>6</sup>. Si le parent est absorbé par la question de sa survie, il peut ne pas avoir l'énergie suffisante pour offrir un cadre protecteur et attentionné à l'enfant. Selon Marie-Rose Moro<sup>7</sup>, ces effets de la précarité peuvent être profonds et parfois même transgénérationnels.

En lien avec la précarité, la question de l'hébergement est, pour les personnes auditionnées, considérée comme déterminante. L'association nationale des assistants de service social (ANAS) rapporte que les difficultés de logement, en raison de l'explosion des loyers, sont à l'origine de très nombreuses interventions en protection de l'enfance avec, pour corollaire, des « dilemmes » pour les travailleurs sociaux : à partir de quel niveau d'insalubrité du logement faut-il retirer l'enfant de sa famille, indépendamment de toute autre considération ? Les situations de mères isolées avec enfant à la rue et celles des familles vivant dans un hôtel social<sup>8</sup> ont également été citées comme des facteurs obérant le bon développement de l'enfant.

Le lien précarité/développement de l'enfant occupe une place essentielle dans la réflexion européenne sur la pauvreté des enfants. Ainsi le Comité de la protection sociale de l'Union européenne a inclus dans ses indicateurs de suivi le nombre d'enfants vivant dans des familles où aucun membre du ménage n'a de travail, soulignant que l'absence d'un adulte qui travaille n'augmente pas seulement les potentiels problèmes financiers, mais peut également limiter les opportunités actuelles ou futures de participer pleinement à la société. Ce lien entre précarité et bien-être de l'enfant et, par là-même, protection de l'enfance est fait de manière explicite, à l'inverse de la situation française.

➤ **La montée de problématiques nouvelles liées au handicap, aux addictions, aux « troubles du comportement » complexifie la donne**

- Une augmentation des troubles psychiques chez les parents a été rapportée

Les acteurs de la santé auditionnés soulignent tous une montée en charge des problèmes de psychopathologies des mères (troubles bipolaires, psychoses du post-partum, schizophrénie, dépression sévère, addictions au cannabis, à l'alcool, au tabac). Or, la grossesse et/ou la naissance d'un enfant peuvent entraîner une aggravation de la pathologie préexistante ou un déclenchement

---

<sup>5</sup> Selon le docteur Tursz de l'institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM), « *toutes les classes sociales sont touchées. Car la cause de la maltraitance n'est pas le manque d'argent, mais l'incapacité à aimer un bébé et à gérer l'épreuve que représentent notamment les pleurs pendant les premiers mois de vie* ». Source : interview pour Le Magazine de la santé, 11/02/2013.

<sup>6</sup> Propos de Marie-Rose Moro, professeur de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, cités dans le rapport du Défenseur des droits, « *Précarité et protection des droits de l'enfant* », 2010 p. 26 : [https://juridique.defenseurdesdroits.fr/doc\\_num.php?explnum\\_id=7623](https://juridique.defenseurdesdroits.fr/doc_num.php?explnum_id=7623).

<sup>7</sup> *Ibidem*.

<sup>8</sup> Enquête « *Enfants et familles sans logement personnel en Ile-de-France* », 2013, SAMU social.

d'une pathologie<sup>9</sup>, notamment pour les pathologies psychotiques. Du fait de ces troubles, les parents peuvent être dans l'incapacité de répondre aux besoins physiologiques et/ou affectifs de leur enfant. L'augmentation de la prévalence de ces pathologies maintes fois citée lors des auditions - mais que la mission n'a cependant pas pu documenter - complexifie le travail en périnatalité d'autant que la réduction du délai de sortie de la maternité ne laisse que peu de temps pour mettre en place une solution répondant aux besoins de l'enfant.

- Les acteurs rencontrés font état d'une augmentation des « troubles du comportement » et d'une précocité accrue des conduites dangereuses

Plusieurs acteurs de la santé et de l'éducation nationale auditionnés ont souligné que les perturbations voire les « troubles des comportements » et les conduites à risque augmentaient et concernaient des enfants de plus en plus jeunes. C'est le cas pour le suicide, la dépression, l'anorexie et les automutilations qui toucheraient des moins de 10 ans alors qu'avant, ces pathologies étaient rarissimes avant l'adolescence. Quant aux « troubles du comportement », la plupart des acteurs de l'éducation nationale auditionnés font état d'une augmentation du nombre d'élèves concernés dès l'école maternelle.

Parallèlement à l'augmentation de ces troubles, la prise en charge en psychiatrie infantile-juvénile est de plus en plus tardive<sup>10</sup>. Ces délais sont particulièrement lourds de conséquences puisque une prise en charge trop tardive peut entraîner des séquelles irréversibles en termes de développement intellectuel et comportemental.

### ➤ **La fragilisation des liens familiaux peut entraîner des dangers pour l'enfant**

Plusieurs acteurs rencontrés ont souligné l'impact de l'évolution des liens familiaux sur la fragilisation de la cellule familiale. Isolement d'un des parents, conflits entre les parents, coupure avec le cercle familial élargi (les grands-parents notamment), tous ces facteurs semblent complexifier l'établissement de liens « sécurisés » chez l'enfant. Or un grand nombre d'enfants sont concernés par une structure familiale mouvante : d'après l'enquête Famille et logements réalisée en 2011 par l'INSEE, sur les 13,7 millions d'enfants âgés de moins de 18 ans vivant en famille en France métropolitaine, 18 % vivent dans une famille monoparentale et 11 % dans une famille recomposée, contre 70 % dans une famille « traditionnelle » avec leurs deux parents. Toutefois, au-delà des discours des professionnels, peu d'études ont mis en évidence de façon solide le lien entre composition familiale et situation de danger. Une recherche action conduite en Ille-et-Vilaine<sup>11</sup> montre néanmoins que la recombinaison familiale est surreprésentée dans les 200 dossiers d'enfants placés qui ont été étudiés. Ceci rejoint les observations des acteurs de terrain auditionnés : la séparation et la recombinaison familiale sont des moments de fragilisation pour les

---

<sup>9</sup> L'étude de référence est une étude suédoise de 2009 : Valdimarsdóttir, Hultman CM, Harlow B, Cnattingius S, Sparén P. « *Psychotic illness in first-time mothers with no previous psychiatric hospitalizations: a population-based study* ». Cette étude montre que l'incidence des pathologies psychotiques augmente immédiatement dans les suites de la naissance d'un premier enfant et que la moitié des patientes hospitalisées pour psychose n'avait aucun antécédent psychiatrique personnel.

<sup>10</sup> Un rapport de l'IGAS de 2017 met en évidence dans les structures visitées par la mission des délais allant généralement de 3 à 12 mois et parfois supérieurs à un an. Alain Lopez et Gaëlle Turan-Pelletier, « *Organisation et fonctionnement du dispositif de soins psychiatriques, 60 ans après la circulaire du 15 mars 1960* », p. 32. Le rapport de l'IGAS « *Évaluation du fonctionnement des Centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP), des Centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP), et des Centres médico-psychologiques de psychiatrie infantile-juvénile (CMP-IJ)* » de C.Branchu, J.Buchter, Dr J.Emmanuel et F.-M.Robineau va dans le même sens.

<sup>11</sup> « *Le développement de stratégies de prévention en protection de l'enfance : résultats et enseignements d'une recherche-action en Ille-et-Vilaine* ». [https://www.askoria.eu/images/PDF-divers/Devlpt-strategies-prevention-protection-enfance-recherche-action-35\\_LeSociographe61\\_Resume-Cairn-info.pdf](https://www.askoria.eu/images/PDF-divers/Devlpt-strategies-prevention-protection-enfance-recherche-action-35_LeSociographe61_Resume-Cairn-info.pdf).

parents qui peuvent retentir sur les enfants. En outre, la séparation, quand elle est synonyme d'isolement, favorise la précarité.

➤ **Les violences conjugales ont un effet traumatique sur l'enfant**

Leur impact est d'autant plus important que l'enfant est jeune et ne peut verbaliser. Cela se traduit par une prévalence accrue de problèmes de santé, de troubles de l'adaptation et du comportement<sup>12</sup>.

➤ **L'impact des écrans sur l'enfant et sur les interactions dans le cadre familial**

Plusieurs personnes auditionnées ont rapporté les effets dévastateurs sur les interactions entre parents et enfants d'une addiction aux écrans de la part du parent<sup>13</sup>.

De plus, la surexposition aux écrans est également un facteur de risque pour l'enfant, qui peut être exposé à des contenus sexuels ou violents ou prônant des comportements malsains comme l'anorexie ou le suicide. Enfin, le virtuel multiplie les possibilités de « mauvaises rencontres » (intimidation, harcèlement, agressions sexuelles, radicalisation).

➤ **La prévention spécialisée est confrontée à la montée de la radicalisation**

Plus que le terme « radicalisation », les acteurs rencontrés font davantage état d'un isolement, d'un repli sur soi, d'un communautarisme. L'une des rares études<sup>14</sup> sur la radicalisation en prévention spécialisée montre que la plupart des professionnels ont observé sur leurs territoires des comportements et des pratiques en lien avec un apparent « *resserrement sur le fait religieux* » – et spécifiquement l'islam. Il résulte de cette évolution que la prévention spécialisée a de moins en moins de prise sur ces publics. Cependant la complexité et la sensibilité du sujet sont telles que la mission n'a pas pu suffisamment l'expertiser dans le cadre de ce rapport.

➤ **La problématique des populations migrantes, et surtout celle des mineurs non accompagnés, concentre l'attention et les moyens**

La réponse aux besoins des enfants en danger s'inscrit dans le contexte de l'augmentation récente et importante du nombre des enfants étrangers privés de la protection de leur famille, les « mineurs non accompagnés » (MNA) qui relèvent eux aussi de la protection de l'enfance et sont pris en charge par l'ASE. Le nombre de personnes se présentant comme MNA qui, au début des années 2010, ne dépassait pas quelques milliers a fortement cru ensuite et particulièrement depuis 2015-2016, entraînant une augmentation de la charge incombant aux départements. On dénombrait 14908 MNA entre le 1<sup>er</sup> janvier et le 31 décembre 2017 contre 8054 en 2016 soit 85 % d'augmentation sur la seule dernière année<sup>15</sup>. La répartition des MNA entre les départements qui dépend du volume et de la structure de la population fait peser une charge très importante sur certains départements déjà soumis à beaucoup de tension en matière d'ASE. L'ampleur de la tâche est minorée par ces chiffres qui ne concernent que les MNA « reconnus », alors même que les

---

<sup>12</sup> Un bilan de la littérature sur le sujet a été réalisé dans le rapport ONED-Service du droit des femmes, « *Les enfants exposés aux violences au sein du couple, quelles recommandations pour les pouvoirs publics ?* », p. 5.

<sup>13</sup> Un sondage illustre ce phénomène : en 2017, 50 % des parents déclarent se laisser distraire par leur portable durant leurs échanges avec leurs enfants et 28 % l'utilisent quand ils jouent avec eux (sondage auprès de 6117 parents et enfants âgés de 8 à 13 ans, par l'entreprise de logiciel antivirus AVG Technologies, cité par Serge Tisseron <https://sergetisseron.com/blog/enfants-et-ecrans-ne-creons-pas-une-nouvelle-categorie-diagnostique-qui-nous-ferait-oublier-notre-responsabilite>).

<sup>14</sup> « *La prévention spécialisée à l'épreuve de la radicalisation et du fait religieux* », Rapport d'étude pour le Groupe ADDAP13, Véronique Le Goaziou, mars 2018.

<sup>15</sup> Ministère de la justice, « *Rapport annuel d'activité de la mission Mineurs non accompagnés 2017* », mars 2018.

services du département doivent procéder aux investigations nécessaires à l'évaluation de la situation de toutes les personnes se déclarant MNA.

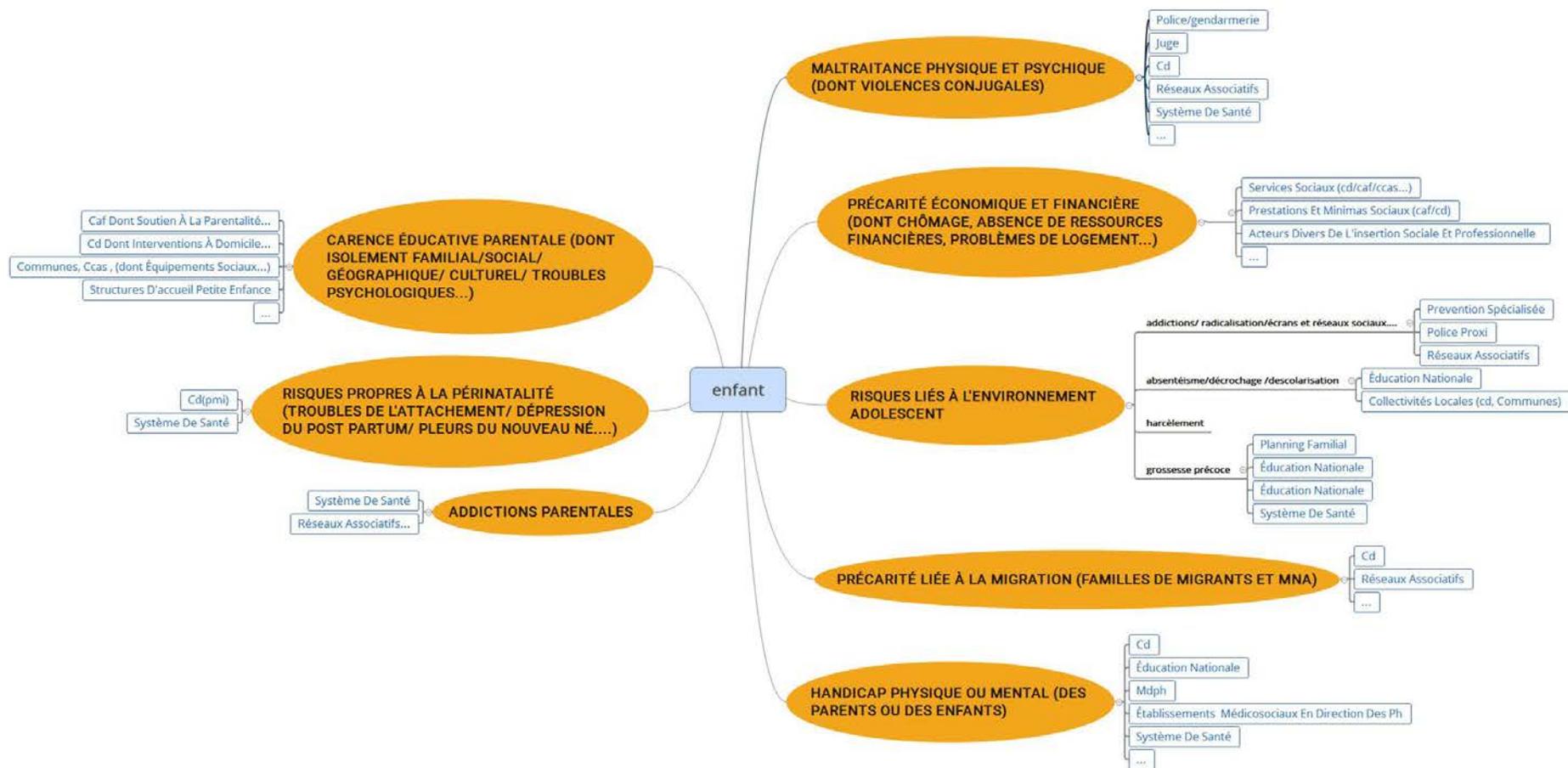
Par ailleurs, la prise en charge des enfants de familles migrantes pose la question de l'adéquation de l'offre à ces familles qui ont souvent vécu un traumatisme et peinent à trouver leurs repères dans un nouveau pays<sup>16</sup>.

Le schéma qui suit récapitule et illustre la diversité et la multiplicité des principaux déterminants sur lesquels il est possible et/ou nécessaire d'agir en prévention dans le champ de la protection de l'enfance.

---

<sup>16</sup> « *La protection de l'enfance entre l'offre institutionnelle et la demande des familles en situation migratoire* », Charles Di et Marie-Rose Moro, Le journal des psychologues, n°256, avril 2008.

Schéma 1 : Principaux déterminants de prévention et acteurs mobilisables en protection de l'enfance



Source : Mission

**Souvent, les contextes fragilisant les familles se cumulent et se renforcent.** Selon une étude conduite par l'observatoire des actions éducatives en milieu ouvert (AEMO) du Pas de Calais<sup>17</sup>, « les personnes concernées par les mesures de protection de l'enfance sont inscrites dans des formes multiples de précarisation, touchant à la fois le logement, l'emploi, les ressources économiques, familiales et amicales ». Le récit du parcours de Mme S. et de sa famille, figurant en annexe 1, en constitue une illustration édifiante.

De ces liens multiples, il résulte que les acteurs de la prévention sont confrontés à des situations de plus en plus complexes et que la politique de prévention est intimement liée avec plusieurs politiques publiques : éducation, lutte contre la précarité, logement, santé, handicap, politique migratoire. Cependant, les données manquent pour étayer les liens entre contexte et risque de danger pour l'enfant (voir plus loin). Signalons cependant une étude ancienne de l'observatoire national de l'action sociale (ODAS) qui donne une idée de l'importance de chacun des facteurs environnementaux évoqués, au premier rang desquels on retrouve les carences éducatives des parents.

Tableau 1 : L'origine du danger ayant conduit au signalement en 2006 selon l'ODAS

Origine du danger	Proportion d'enfants concernés en %
Carences éducatives des parents	53
Conflits de couple et de séparation	22
Violence conjugales	11
Problèmes psycho pathologiques de parents	11
Dépendance à l'alcool ou à la drogue	11
Maladie, décès d'un des parents	5
Chômage, précarité, difficultés financières	15
Environnement, habitat	7
Errance, marginale	3
Autres	9

Source : ODAS, Champ : signalements d'enfants traités par les conseils généraux, i.e. les informations qui leur sont parvenues et qui, suite à une évaluation pluridisciplinaire, ont donné lieu à une décision de mise en place d'une mesure de protection administrative ou de transmission à l'autorité judiciaire. Le total dépasse 100 % car un signalement peut avoir plusieurs raisons.

<sup>17</sup> Etude « Observatoire AEMO 2016 », Sprene association, EPDEF, Adae 62.

## 1.1.2 La prévention en protection de l'enfance est un enjeu majeur au regard du coût humain, économique et financier considérable de l'enfance en danger

Si aucun système statistique ne mesure combien d'enfants sont « en danger » ou en « en risque de danger » et si ces situations peuvent relever d'acteurs multiples et être souvent invisibles, notamment quand elles se déroulent dans l'intimité de la vie familiale, des notions proches ou partielles peuvent aider à cerner l'ampleur du phénomène ou, du moins, de certaines de ses composantes. Selon l'approche adoptée et les dangers concernés, les estimations sont très différentes. Il s'agit de donner un ordre de grandeur du nombre d'enfants concernés par l'un ou l'autre type de dangers ou susceptible de l'être, ce qui montre le caractère crucial de la prévention.

En plus d'être un phénomène fréquent, l'enfance en danger a des conséquences à long terme qui se traduisent par des parcours heurtés, tant en termes d'insertion sociale que de santé.

Ces enjeux humains se doublent d'un enjeu économique puisque les solutions apportées pour réparer ou mettre à l'abri du danger sont coûteuses.

### 1.1.2.1 Les estimations de l'ampleur de l'enfance en danger sont préoccupantes

On peut estimer le nombre d'enfants en danger selon trois approches :

- la première s'appuie sur des enquêtes rétrospectives auprès des adultes : il s'agit de cerner la proportion de personnes parmi celles interrogées déclarant avoir subi tel danger ou telle violence, selon les concepts des enquêtes ;
- la deuxième s'appuie sur les sources administratives retraçant les dangers : on estime alors seulement les dangers ayant fait l'objet d'une déclaration à la police ou d'un signalement auprès du département ou du numéro d'appel 119 (cf. infra) ;
- la troisième se fonde sur les réponses apportées par la protection de l'enfance et dénombre les enfants bénéficiaires de mesures.

#### ➤ **Des estimations de la maltraitance, de la négligence et de la violence subies par les enfants à partir des enquêtes**

Les enquêtes en population générale permettent seulement d'estimer un sous-ensemble de l'enfance en danger, circonscrit par les notions de maltraitance, négligence et violence. Et aucune source ne colle à la définition extensive de la protection de l'enfance, liée au bien-être de l'enfant.

- L'un des termes usité le plus fréquemment dans la littérature scientifique nationale et internationale pour analyser le phénomène est celui de maltraitance<sup>18</sup> qui, selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), renvoie « *aux mauvais traitements physiques et affectifs, aux sévices sexuels, au manque de soins ou à la négligence envers les enfants, ainsi qu'à leur exploitation commerciale ou autre* »<sup>19</sup>. Si tous les enfants maltraités ne sont pas pris en charge en protection de l'enfance, et si tous les enfants pris en charge n'ont pas nécessairement été maltraités, le nombre d'enfants maltraités constitue une mesure des situations de danger les plus graves. En France, certaines enquêtes en population générale déclaratives et rétrospectives permettent aussi d'estimer le nombre d'enfants victimes de violences<sup>20</sup>. Ces enquêtes reposent sur des populations, des dates, des définitions et des formulations différentes, ce qui explique que les résultats sont variables. Les insuffisances de la mémoire et le déni biaisent aussi les résultats.
  - Selon l'enquête « Événement de vie et santé<sup>21</sup> » de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), 15 % des hommes et 8,4 % des femmes déclarent avoir subi des violences physiques de manière durable durant l'enfance et l'adolescence ce qui correspond à 11,6 % de l'ensemble de la population. Parmi eux, seulement 6,1 % de ces hommes et 12,3 % de ces femmes auraient alors été pris en charge par des services de protection de l'enfance (soit 8,5 % de l'ensemble). L'annexe 2 présente des estimations complémentaires.
- **Des estimations des dangers repérés administrativement**

L'observatoire national de la délinquance et des réponses pénales (ONDR) évalue en 2015 à 26 000 les faits de « violences, mauvais traitements et abandons d'enfants »<sup>22</sup>.

Concernant les dépôts de plainte pour violence, les services de police et les unités de gendarmerie ont enregistré en 2015 55 000 victimes de violences physiques mineures et 20 200 mineurs victimes de violences sexuelles. Seule une partie des violences donnant lieu à une plainte auprès des forces de sécurité, ces chiffres constituent une estimation basse du phénomène (cf. le détail des violences en annexe 2).

Les chiffres de l'ODAS<sup>23</sup> situaient en 2006 le nombre d'enfants reconnus maltraités par an à 19 000. Ce chiffre reposait sur une analyse de l'ensemble des signalements<sup>24</sup>. L'analyse des appels au 119, plus récente mais portant seulement sur 15 à 20 % des informations préoccupantes (cf. *infra*), fournit une analyse des dangers conduisant à l'information préoccupante. Cette analyse distingue quatre types de violences envers les enfants (psychologiques, physiques, sexuelles, négligences lourdes) auxquelles s'ajoutent deux autres catégories renvoyant à des situations d'enfants mis en danger par leurs conditions d'éducation ou par leurs propres actes. Les données les plus récentes

<sup>18</sup> ONPE (sous la coordination d'Anne-Clémence Schom), revue de littérature : « *La maltraitance intrafamiliale envers les enfants* » [en ligne]. Paris, la Documentation française, août 2016.

<sup>19</sup> Guide sur la prévention de la maltraitance des enfants, OMS, 2006.

<sup>20</sup> Le rapport 2016 de l'observatoire national de la protection de l'enfance (ONPE) a recensé ces sources et en fait une présentation plus détaillée qu'ici.

<sup>21</sup> L'enquête a été conduite en 2005-2006 par la DREES auprès de 10 000 personnes, âgées de 18 à 75 ans.

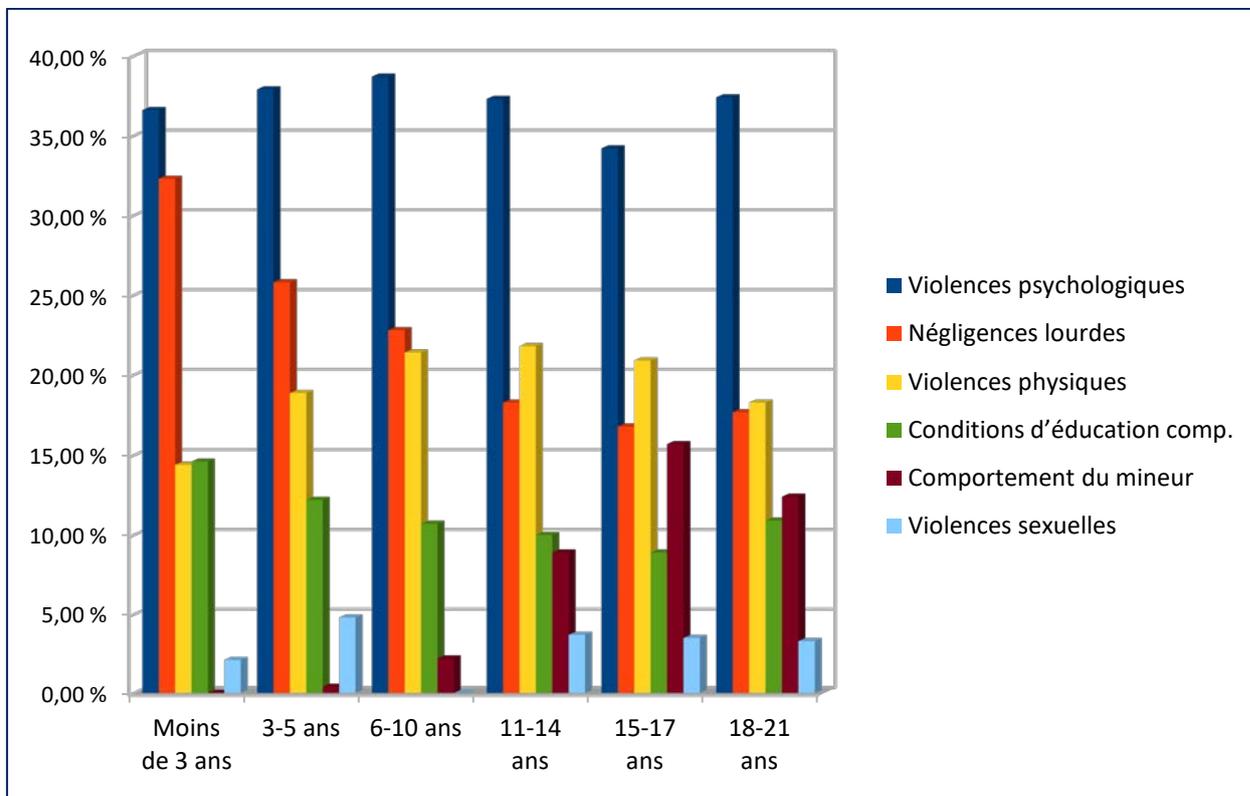
<sup>22</sup> Bulletin sur la délinquance enregistrée pour l'année 2015, Observatoire national de la délinquance et des réponses pénales.

<sup>23</sup> Cette étude estime parmi les signalements aux conseils généraux le nombre de ceux dont la cause est la maltraitance (abus sexuels, violences physiques ou psychologiques ou négligences lourdes).

<sup>24</sup> Le « signalement » ayant fait place à l'information préoccupante, le système d'observation statistique a lui aussi changé avec la création de l'ONPE, l'ODAS n'a plus en charge l'analyse globale des informations préoccupantes (IP) - (cf. *infra*) - si bien qu'on ne dispose pas de chiffre récent issu de l'ensemble des informations préoccupantes pour repérer parmi les causes celles relevant de la maltraitance et des autres composantes de l'enfance en danger. Cependant, une source partielle permet d'estimer les dangers donnant lieu à une IP.

montrent que la grande majorité des informations préoccupantes émises ne concernent pas des enfants maltraités (victimes de violences physiques, sexuelles, psychologiques ou de négligences lourdes) mais des enfants en risque de danger : les violences psychologiques prédominent.

Graphique 1 : Répartition des formes de dangers par tranche d'âge des enfants



Source : Groupement d'intérêt public « enfance en danger » (GIPED), rapport d'activité 2016

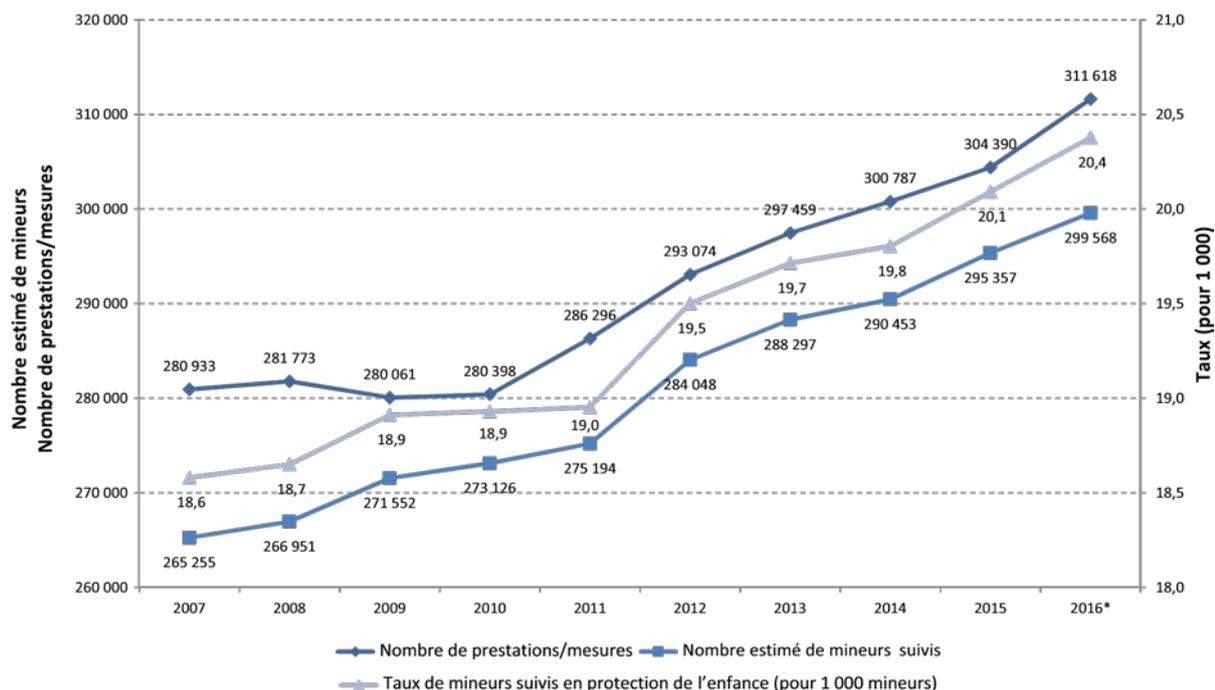
► **Une estimation du nombre d'enfants confiés à l'ASE : 2 % des moins de 18 ans**

Selon l'observatoire national de la protection de l'enfance (ONPE)<sup>25</sup>, au 31 décembre 2016, le nombre de mineurs bénéficiant d'au moins une prestation/mesure relevant du dispositif de protection de l'enfance est estimé à 299 568 pour la France entière (hors Mayotte), ce qui représente une proportion de 20,4‰ des moins de 18 ans<sup>26</sup>. Ce premier chiffre a subi une augmentation de 11,5 % entre 2007 et 2016.

<sup>25</sup> « Chiffres clés en protection de l'enfance », ONPE DREES, janvier 2018.

<sup>26</sup> [https://www.onpe.gouv.fr/system/files/publication/20160927\\_note\\_estimation2014\\_ok.pdf](https://www.onpe.gouv.fr/system/files/publication/20160927_note_estimation2014_ok.pdf).

Graphique 2 : Évolutions des suivis de mineurs en protection de l'enfance au 31 décembre (de 2007 à 2016)



Source : DREES, DPJJ, INSEE (estimation de population au 1<sup>er</sup> janvier 2016, résultats provisoires arrêtés fin 2016), ministère de la Justice, calcul ONPE

Ces plus de 300 000 jeunes bénéficiaires de mesures correspondent à 334 000 mesures en 2016 et 340 000 mesures en 2017<sup>27</sup> (cf. plus de détails en partie 2).

### 1.1.2.2 Les conséquences physiques et psychiques à court et à long terme sont avérées

Au-delà du scandale moral que constitue l'enfance maltraitée, négligée ou soumise à des conditions matérielles précaires, il faut en souligner les répercussions à long terme sur la santé physique et psychique, le développement, le bien-être et l'insertion sociale et professionnelle. Il est maintenant établi par un certain nombre de travaux sur le développement du cerveau des enfants en bas âge que le développement cérébral peut être physiologiquement altéré par un stress prolongé, grave ou imprévisible – dont la maltraitance – au cours des premières années de l'enfance. Ce genre d'altération peut à son tour avoir des effets négatifs sur le développement physique, cognitif, affectif et social des enfants, sur l'expression de l'intelligence, des émotions et de la personnalité<sup>28</sup>. Des études ont également établi un lien entre maltraitance et comportements à risque dont la victimisation violente et la perpétration d'actes de violence, comportements sexuels à risque élevé, l'alcoolisme et la toxicomanie.

Dans les cas extrêmes, la maltraitance aboutit à la mort. En 2016, selon l'ONPE, 131 mineurs victimes d'infanticide ont été enregistrés par les forces de sécurité. Parmi ces mineurs, 67 sont

<sup>28</sup> L'observatoire canadien sur la maltraitance envers les enfants a fait un recensement des études démontrant le lien entre les expériences négatives vécues dans l'enfance dont la maltraitance et des répercussions sur la santé physique et mentale. <http://observatoiremaltraitance.ca/Pages/Effets.aspx>.

décédés dans le cadre intrafamilial, c'est-à-dire que l'auteur des faits est un parent (père, mère, beau-parent ou grand-parent)<sup>29</sup>.

Enfin, les développements récents de l'épigénétique ont mis en évidence la transmission intergénérationnelle des conséquences des maltraitances subies dans l'enfance<sup>30</sup>. Cette idée fait écho aux observations de certaines personnes auditionnées dans la mission selon lesquelles il y aurait une « *reproduction et même une aggravation des situations au fil des générations* ».

### 1.1.2.3 Les parcours de vie heurtés des enfants confiés à l'ASE

Peu de recherches françaises existent sur les parcours et les conséquences de la maltraitance et du placement sur la vie du futur adulte (cf. annexe 2). Une étude sur le devenir de 129 enfants placés dans le Maine-et-Loire montre qu'un quart d'entre eux conserve à l'âge adulte un handicap psychique et une adaptation sociale difficile et sont dépendants des prestations familiales<sup>31</sup>.

Une forte surreprésentation des anciens enfants placés parmi les personnes sans domicile fixe (SDF) a également été mise en évidence : selon l'enquête de l'institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) sur les SDF de 2012<sup>32</sup>, près d'un quart des personnes sans domicile fixe (23 %) étaient d'anciens enfants placés alors que la proportion d'enfants placés dans la population n'est que de 2 à 3 %. Parmi les SDF les plus jeunes (18-24 ans), la proportion d'anciens enfants placés atteint un tiers (35 %)<sup>33</sup>.

Au-delà des parcours de long terme des enfants passés par l'ASE, les interlocuteurs rencontrés ont souligné de façon unanime la difficile sortie des dispositifs de protection de l'enfance pour les jeunes majeurs et le caractère crucial de la transition ASE/dispositifs de droit commun. L'accès des jeunes issus de l'ASE à la formation, à l'emploi, au logement, et de façon plus globale à l'autonomie des jeunes serait complexe. Une étude de l'institut national d'études démographiques (INED)<sup>34</sup> souligne qu'à l'approche de la majorité, un tiers des enfants de 17 ans à l'ASE ne savent pas où ils seront dans trois mois. Notons toutefois que cette même étude montre que les trois quarts des jeunes de 17 à 21 ans placés considèrent l'ASE comme une chance.

---

<sup>29</sup> Source : ONPE, DREES « *Chiffres clés en protection de l'enfance* » janvier 2018. Les auteurs de la note soulignent que ces chiffres sont à interpréter avec précautions et ne révèlent qu'une partie du phénomène, celle portée à la connaissance des services de sécurité. Ils notent que selon certains chercheurs, tel Anne Tursz, le nombre de décès d'enfants dans le cadre intrafamilial serait fortement sous-estimé. L'ONPE a débuté des travaux afin d'affiner cette estimation en complétant la source judiciaire par d'autres données.

<sup>30</sup> « *Relations entre l'épigénétique et l'adversité pendant l'enfance et le risque pour le développement* », in « *Encyclopédie du développement du jeune enfant* » Marla B. Sokolowski, Ph.D., MSRC, W. Thomas Boyce, M.D..

<sup>31</sup> « *Devenir à long terme des très jeunes enfants placés à l'aide sociale à l'enfance* », in RFAS 2016/Daniel Rousseau, Élise Riquin, Mireille Rozé, Philippe Duverger, Patrick Saulnier. Conduite entre 2011 et 2014 par l'équipe de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent du centre hospitalier universitaire (CHU) d'Angers, l'étude qui est une enquête longitudinale porte sur une population de très jeunes enfants suivis par les services sociaux et dont certains ont été placés. Elle décrit le devenir sur 20 ans de 129 enfants ayant bénéficié, avant l'âge de 4 ans, d'un placement dans un établissement de l'ASE du département de Maine-et-Loire. L'équipe a reconstitué les biographies exhaustives de ces enfants depuis leur naissance jusqu'à leur majorité.

<sup>32</sup> Isabelle Frechon et Maryse Marpsat, « *Placement dans l'enfance et précarité de la situation de logement* », in *Économie et Statistiques* n° 488-489, 2016.

<sup>33</sup> Attention cependant à l'interprétation de ces chiffres : on ignore la donnée inverse (quelle proportion d'enfants placés devient SDF). De plus, on ne sait pas si cette corrélation est un effet du placement (dû à une préparation insuffisante ou inadéquate à la sortie du placement pour les plus jeunes, ou à l'affaiblissement des liens avec la famille que le placement peut entraîner même lorsque la famille n'était pas maltraitante) ou bien un effet des difficultés vécues avant le placement et qui ont pu le motiver.

<sup>34</sup> Isabelle Frechon, Lucy Marquet, document de travail « *Comment les jeunes placés à l'âge de 17 ans préparent-ils leur avenir ?* » INED n°227, 2016.

#### 1.1.2.4 Le coût économique de l'ASE : près de 8 Mds d'euros à la charge des départements et des dépenses en hausse

L'enfance en danger a, en plus de son coût humain et social, une incidence économique en raison du coût de l'ASE (mesures et placement). À cela s'ajoutent des coûts indirects liés aux dépenses médicales, aux pertes de revenu et de recettes fiscales, en raison des décès prématurés, au coût du système judiciaire. Vu la complexité de la mesure, on comprend qu'il existe peu d'études qui ont tenté d'estimer un coût total de l'enfance en danger.

Cependant les coûts les plus directs induits par l'enfance en danger et par l'une des réponses qui lui sont apportées, la protection de l'enfance, ont fait l'objet de quelques estimations au périmètre plus ou moins large. Une étude américaine<sup>35</sup> reprise par l'Organisation mondiale de la santé<sup>36</sup> (OMS) évalue à 1 % du produit intérieur brut (PIB) les conséquences de la maltraitance infantile aux États-Unis.

En France, la DREES évalue à 7,8 milliards d'euros les dépenses de protection de l'enfance à la charge des conseils départementaux hors personnels des départements (mais incluant les personnels des établissements de protection de l'enfance associatifs) et sans prendre en compte les coûts indirects (santé, éducation spécialisée, justice). Les placements constituent l'essentiel de ces dépenses : plus de 6 milliards d'euros en 2016.

#### 1.1.2.5 Le « retour sur investissement » de la prévention en protection de l'enfance a été démontré

L'intérêt des investissements dans la petite enfance a été affirmé par un certain nombre de théoriciens de l'investissement social et notamment Esping Andersen<sup>37</sup> qui a montré son impact positif sur le capital humain présent et futur. James Heckman a fait de la petite enfance l'un des « âges critiques », où les investissements sont particulièrement cruciaux, notamment pour les enfants de milieux défavorisés. Ces travaux ont inspiré plusieurs programmes américains d'enseignement préscolaire qui se sont soldés par une amélioration des compétences cognitives et des résultats scolaires des enfants bénéficiaires<sup>38</sup>. En France, des travaux existent sur le retour sur investissement de la création de places de crèches en termes de retour à l'emploi mais l'impact en matière de petite enfance a moins été évalué. Quelques initiatives ponctuelles et locales ont été mises en place à destination des enfants (comme le programme « Parler bambin ») mais le déploiement et l'évaluation restent limités (cf. *infra*, partie 3.1.3).

<sup>35</sup> Fromm S., "Total estimated cost of child abuse and neglect in the United States: statistical evidence". Chicago, IL, « Prevent Child Abuse America » (PCAA), 2001, cité dans le guide OMS.

<sup>36</sup> « Guide de la prévention de la maltraitance des enfants » OMS 2006 [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43686/9789242594362\\_fre.pdf;jsessionid=E784F2156D5E9FD72EDCD39B6EDCCCC0?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43686/9789242594362_fre.pdf;jsessionid=E784F2156D5E9FD72EDCD39B6EDCCCC0?sequence=1).

<sup>37</sup> Dans "Why We Need a New Welfare State" (2002), il met en évidence les rendements en capital humain d'un investissement fort de l'État dans la petite enfance. Le programme le plus emblématique est « Carolina Abecedarian » qui a été accompagné d'un solide dispositif d'évaluation scientifique : chaque enfant ayant bénéficié de ce programme a été suivi pendant plusieurs décennies afin de pouvoir mesurer l'impact du dispositif sur la destinée de ces individus. Selon James Heckman, qui a mené une analyse coûts-bénéfices détaillée de ces programmes, il s'agirait de l'investissement éducatif le plus « rentable » pour la société.

<sup>38</sup> Rapport mondial de suivi sur l'éducation, UNESCO 2012.

## 1.2 L'absence de cadre conceptuel sur le périmètre et les enjeux de la prévention en protection de l'enfance freine la construction des politiques publiques locales

Dans le champ de la protection de l'enfance, l'idée de prévention, encouragée par la loi, fait l'unanimité auprès des acteurs. Mais que s'agit-il de prévenir exactement ?

Dans les réponses des professionnels, il s'agit le plus souvent de la survenue de tout événement indésirable portant atteinte à l'intégrité physique et psychique de l'enfant et plus généralement à son développement. Mais en pratique, l'écueil que tout le monde s'accorde à vouloir éviter, littéralement synonyme d'échec dans les représentations recueillies, est le placement de l'enfant hors de la famille, en particulier son placement judiciaire. Les énergies étant concentrées sur ce *risque*, tout ce qui permet de l'éviter (le *prévenir*) relèverait *de facto* de la prévention. Celle-ci engloberait ainsi à grands traits « *tout ce qui est fait avant le placement* ».

Au-delà, de nombreux textes normatifs, institutionnels et doctrinaux affichent l'ambition de participer, loin de toute logique « d'intervention à chaud », à la promotion du développement social de tous les enfants, sans considération *a priori* de leurs difficultés, de leur milieu et de leur condition.

Ce spectre très large de la prévention révèle que le code de l'action sociale et des familles (CASF) met en lumière le rôle essentiel de cette dernière mais n'en donne pas une définition précise, ce qui conduit à mettre à son crédit des réalités fort différentes selon les interlocuteurs. Ainsi, la protection de l'enfance n'est pas encore régie par un corpus de principes directeurs partagés en matière de prévention. L'absence d'un tel cadre, qu'il résulte de textes normatifs ou de travaux d'experts, constitue, localement, un frein à la construction et au déploiement d'une politique publique concertée.

### 1.2.1 La sémantique générale de la prévention est insuffisamment appropriée par les acteurs de la protection de l'enfance

La forte disparité des acceptions de la prévention dans le domaine de l'enfance provient en partie d'une insuffisante appropriation de ses concepts de base auxquels il est pourtant fréquemment fait référence dans les différentes sources documentaires qui lui sont consacrées.

Dans son acception principale, la prévention désigne l'ensemble des mesures prises contre des *risques*<sup>39</sup>. *Faire de la prévention* consiste donc à agir sur *les facteurs de risque* et parler de prévention conduit nécessairement à devoir préciser la notion de *risque* (cf. annexe 3).

La définition la plus commune du risque en fait la combinaison de la probabilité et de la conséquence de la survenue d'un événement dangereux, souvent résumée par la formule : *risque = fréquence x gravité*. La prévention consiste par conséquent à agir sur l'un/et ou l'autre des deux facteurs du produit (fréquence et/ou gravité), chaque facteur renvoyant à un registre d'actions différent. Une politique de prévention reflète la plus ou moins grande capacité d'une organisation

---

<sup>39</sup> Toutefois, nombre des actions de prévention en faveur de l'enfance, en particulier celles conduites par les services de PMI en période périnatale, relèvent, comme on le verra, d'une information/sensibilisation dans laquelle *prévenir* revient à avertir, ce qui est l'une des significations usuelles de ce verbe : prévenir quelqu'un (par exemple, information précoce sur le syndrome du bébé secoué).

ou d'un système à agir sur les déterminants du risque (facteurs de risque). Les leviers de prévention mobilisés déterminent son niveau de *maîtrise des risques*.

L'OMS, qui accorde une place fondamentale à la prévention en matière de santé, promeut les démarches qui agissent sur les déterminants de celle-ci, très en amont de toute difficulté identifiée, plutôt que sur les symptômes. Elle privilégie à ce titre les approches dites de *santé globale* et de *promotion de la santé*<sup>40</sup>, qui outrepassent les limites du champ sanitaire et ne réfèrent ni aux risques ni aux dangers mais aux *facteurs de ressources ou de protection* propices à la santé au sens large<sup>41</sup>.

Une politique de promotion de la santé comporte ainsi deux grands types d'actions :

- des actions de portée sociale et politique visant à changer, dans un sens favorable à leur santé, le contexte dans lequel les personnes évoluent : approche dans laquelle la société est comptable de la santé de ses membres ;
- des actions visant à renforcer la capacité de chacun d'agir dans un sens favorable à sa santé : approche comportementale dans laquelle l'individu est acteur et responsable de sa santé.

Dans le champ particulier de la maladie, l'OMS considère que le spectre de la prévention va de l'élimination de cette dernière à la réduction de ses effets<sup>42</sup>. Ceci la conduit à proposer une graduation entre préventions primaire, secondaire et tertiaire, dont les acteurs de l'enfance, on le verra, se sont emparés. Agir en prévention primaire signifie agir à la source, c'est-à-dire sur les causes ou les déterminants de la maladie que l'on cherche littéralement à éradiquer. La prévention secondaire « *cherche à stopper ou à retarder l'évolution d'une maladie par le dépistage précoce et un traitement approprié, ou à réduire le risque de rechute et de chronicité (...)* ». Elle apparaît donc plus tardivement et se situe plus dans une perspective de *soin préventif*, lorsque le risque est avéré ou s'est réalisé. Les mots clé sont « *dépistage, diagnostic, traitement, protection, limitation* ». Il ne s'agit plus tant de prévenir que de circonscrire et d'enrayer. La prévention tertiaire, enfin, agit sur les conséquences de dommages qui se sont produits et dont elle cherche à diminuer ou compenser les effets dans une logique *d'aménagement*. La classification de l'OMS a progressivement été déclinée dans d'autres champs que la maladie et tend à se généraliser. Sa pertinence dans le champ de la protection de l'enfance peut toutefois être interrogée (cf. *infra*, partie 1.5).

Une autre classification de la prévention a été proposée et s'impose progressivement. Elle n'opère pas de distinction en fonction du stade de la maladie mais s'appuie sur la population à laquelle elle s'adresse. Sont ainsi distinguées : la prévention universelle, la prévention sélective et la prévention ciblée. La prévention universelle s'adresse à l'ensemble de la population, quel que soit son état de santé (éducation pour la santé, etc.) tandis que la prévention sélective s'adresse à des sous-groupes présentant des facteurs de risque : automobilistes, jeunes femmes, etc. (campagnes de prévention

---

<sup>40</sup> La promotion de la santé désigne « *les actions visant à privilégier les modes de vie et les autres facteurs, économiques, environnementaux et personnels qui contribuent à la santé. Elle consiste à faire mieux prendre conscience des questions de santé et à permettre à faire face aux problèmes de santé en améliorant les connaissances des gens et en leur communiquant des informations valables (...), à mettre à la disposition de tous un logement convenable (...) à améliorer l'environnement physique, économique, culturel, psychologique et social, à fournir un soutien social (...)* », glossaire OMS de la série « *Santé pour tous* », volumes 1 à 8.

<sup>41</sup> Dans le glossaire sur la promotion de la santé de 1999, l'OMS évoque une « *nouvelle santé publique, qui se caractérise par le fait qu'elle repose sur une compréhension globale des façons dont les modes de vie et les conditions de vie déterminent l'état de santé, et sur une prise de conscience de la nécessité de dégager des ressources et de faire de bons investissements dans des politiques, des programmes et des services qui créent, maintiennent et protègent la santé en favorisant des modes de vie sains et en créant des environnements favorables à la santé* ».

<sup>42</sup> Ces termes s'appliquent originellement exclusivement à la maladie et recouvrent « *les mesures qui visent non seulement à empêcher l'apparition de la maladie comme les vaccinations (...)* mais aussi à en arrêter les progrès et à en réduire les conséquences ».

routière, contraception, etc.). La prévention ciblée, enfin, vise à la fois des sous-groupes et des facteurs de risque associés à la population considérée (cancer du sein, etc.).

La mission constate que les acteurs de l'enfance ne sont pas familiers avec ces notions alors qu'ils les mobilisent de plus en plus souvent, sans avoir préalablement opéré un travail de traduction de leur signification pratique dans leur champ. Cette lacune est renforcée par l'absence de doctrine de prévention partagée dans le domaine de l'enfance.

## 1.2.2 Contrairement à d'autres champs, il n'existe pas de doctrine de prévention propre à l'enfance

### 1.2.2.1 Les politiques publiques en charge de la gestion de risques sont en général dotées d'une doctrine en matière de prévention

Le champ de la protection de l'enfance est dépourvu d'un référentiel doctrinal stabilisé en matière de prévention. Cette lacune empêche de cerner la place et le rôle réellement assignés à cette dernière, d'y adosser des priorités d'intervention et d'identifier les acteurs compétents pour agir efficacement sur les différents registres connus de la prévention. Le secteur se distingue en cela d'autres politiques publiques en charge de la gestion de risques. Il en va ainsi de la santé publique, de la santé au travail, de la protection de l'environnement ou de la sécurité routière. Les départements ministériels qui portent ces politiques sont en effet dotés d'un cadre de compréhension et d'action complet, qui va de la connaissance des facteurs de risques considérés à la méthodologie d'intervention pour les prévenir, en passant par l'appareil statistique et le système d'information qui leur permettent de poser un diagnostic, d'identifier des priorités, de mesurer l'impact de leurs mesures. L'annexe 3 du présent rapport décrit ces différentes doctrines de prévention.

### 1.2.2.2 Les contours de la politique de prévention en protection de l'enfance sont incertains et les plans nationaux comme la doctrine institutionnelle ne permettent pas de les clarifier

À ce jour, les plans stratégiques et les rapports institutionnels ou de personnalités qualifiées dans le domaine de l'enfance rendent compte d'une acception très variée de la prévention et ne lèvent pas les ambivalences qui permettraient de pallier l'absence de cadre doctrinaire partagé. Ces documents de référence mêlent souvent protection, repérage, intervention précoce, prévention ciblée en direction des enfants et parents en difficulté, sans les départager, les prioriser ou les articuler. Ils invitent dans le même temps à une lecture universaliste de l'action préventive dépourvue de toute référence au repérage préalable de difficultés. Partant, ils mettent en évidence deux traits récurrents :

- une difficulté manifeste à tracer les contours et frontières de la prévention et donc à proposer un cadre d'action priorisé de cette dernière ;
- une tension constante, dans un double contexte de moyens contraints et de hausse des sollicitations d'urgence, entre les intentions (prévention universelle ou prévention primaire, selon la typologie retenue) et les réalités (prévention ciblée, prévention secondaire, voire tertiaire).

À titre d'illustration (l'analyse détaillée de ces documents figure en annexe 3), la feuille de route du conseil national de protection de l'enfance (CNPE) pour 2017, intitulée « *Prévention et repérage précoce* », part d'emblée du constat que « *la prévention et ses effets sont méconnus alors même que la*

*prévention a été renforcée par la loi du 14 mars 2016*<sup>43</sup>. *L'identification des actions de prévention et leur articulation avec les dispositifs de protection de l'enfance et de soutien à la parentalité sont parfois difficiles à repérer et peu évaluées* ». Le CNPE appelle à une clarification du concept de prévention ce qui se traduit par le souhait de « *proposer un socle commun de références dans le domaine de la prévention en protection de l'enfance* ».

Autre exemple, la stratégie nationale de santé (SNS) pour 2018-2022 fait de la prévention sa première priorité<sup>44</sup>. S'agissant de l'enfant, de l'adolescent et du jeune, elle prévoit en particulier d'accompagner les parents dès la période prénatale dans la réduction des risques pour la santé des enfants, de développer dès le plus jeune âge l'éducation pour la santé et les compétences psychosociales mais aussi de prévenir les violences et les maltraitements sur les enfants. Ces axes sont déclinés en actions dont certaines relèvent d'une approche développementale, d'autres d'une approche compensatoire ou réparatrice. La volonté de promouvoir simultanément toutes ces dimensions renforce la nécessité d'en préciser le cadre d'action, les lieux ainsi que les modalités les plus appropriées pour la déployer. Elle invite surtout à penser et rendre lisible l'articulation de ces actions avec la future stratégie de protection de l'enfance mais aussi avec la stratégie nationale de soutien à la parentalité<sup>45</sup>, qui s'inscrit explicitement dans une logique d'universalisme proportionné<sup>46</sup> et dont les orientations concourent manifestement à la prévention en protection de l'enfance, ou encore avec la stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté<sup>47</sup> qui, sans se référer expressément à la protection de l'enfance, contient des mesures qui y participent de manière évidente.

Le rapport de la direction générale de la cohésion sociale (DGCS), sur le champ non sanitaire de la PMI (2016)<sup>48</sup>, relève quant à lui que l'action de prévention des services de PMI « *met en œuvre un principe d'universalisme proportionné garantissant un accès de tous, tout en portant une attention particulière aux personnes en situation de vulnérabilité* ». Elle est qualifiée de « *prévention prévenante* », la prévenance consistant à être attentif aux singularités individuelles, sans schémas prédictifs. Le rapport indique toutefois que « *le développement de la prévention recherché par la loi de 2007 reste limité et les professionnels de PMI se sentent globalement fragilisés dans l'exercice des missions de prévention* ». Les équipes sont décrites comme devant en pratique traiter en priorité les informations préoccupantes avec, pour conséquence, un surcroît de travail et une confusion des rôles entre prévention et évaluation sociale.

---

<sup>43</sup> Article L. 112-3 du CASF dans sa rédaction issue de la loi de 2016 : la protection de l'enfance « *comprend des actions de prévention en faveur de l'enfant et de ses parents* ».

<sup>44</sup> « *Mettre en place une politique de promotion de la santé, incluant la prévention dans tous les milieux, tout au long de la vie* ».

<sup>45</sup> « *Dessine-moi un parent : Stratégie nationale de soutien à la parentalité 2018-2022* ».

<sup>46</sup> L'universalisme proportionné est un concept défini par Michael Marmot dans un rapport établi à la demande du ministère de la santé britannique en 2010. Partant du constat selon lequel l'universalisme en principe ne se traduit pas par l'universalisme en pratique, il propose la mise en place d'actions universelles, donc ouvertes à tous, mais avec une intensité proportionnelle aux besoins et aux obstacles auxquels se heurtent certains groupes (ex : actions développées dans des quartiers des politiques de la ville). Le but est de compenser les inégalités de fait et de rendre les actions plus accessibles aux personnes qui ont le plus besoin car « *ceux qui sont au sommet de la pyramide sociale jouissent d'une meilleure santé que ceux qui sont directement en-dessous d'eux* ». Tandis que l'approche ciblée vise à s'adresser à une partie de la population de manière prioritaire, l'accès à l'intervention dépendant des critères de sélection, l'universalisme proportionné propose la synthèse de l'approche universelle et ciblée en offrant une intervention à tous, mais avec des modalités ou une intensité qui varient selon les besoins. Cf. annexe 3.

<sup>47</sup> « *Stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté : investir dans les solidarités pour l'émancipation de tous* », septembre 2018.

<sup>48</sup> « *Protection maternelle et infantile, soutien à la fonction parentale, protection de l'enfance et modes d'accueil* », DGCS 2016.

L'ONPE, encore, a fait paraître en 2012 un guide sur la « *Prévention en faveur de l'enfant et de l'adolescent* » qui entend se situer en amont des dispositifs de protection, « *depuis la prévention primaire jusqu'à la lisière des actions préventives à domicile de l'ASE* ». Mais cette référence à la prévention primaire n'est pas accompagnée d'une réflexion sur sa signification pratique, ses nécessaires adaptations ainsi que les implications de ses possibles déclinaisons dans le champ particulier de l'enfance. Elle est en outre déconnectée de toute référence à la prévention secondaire et tertiaire dans ce même champ, laissant entière la question de savoir ce qui relève de l'une et de l'autre et ne permettant ni discrimination ni hiérarchisation des actions. Le guide oscille ainsi entre une vision et une vocation universalistes de la protection de l'enfance et une réalité administrative centrée prioritairement sur les enfants en difficulté (cf. tableaux en annexe 3).

Ces hésitations révèlent des difficultés de positionnement qui se reflètent dans la définition des priorités, l'organisation de l'offre de service et la structuration des équipes intervenantes, formalisées dans les schémas départementaux de protection de l'enfance (cf. *infra*, partie 1.4). Elles se vérifient par ailleurs à travers la très grande variété des réponses des conseils départementaux lorsqu'ils sont interrogés sur leur définition de la prévention<sup>49</sup> (cf. les réponses au questionnaire adressé par la mission en annexe 8).

### 1.3 Le cadre juridique de la prévention, récemment renforcé, ne pallie pas l'absence de cadre conceptuel

Le champ de la protection de l'enfance s'étant considérablement élargi à partir de 2007, les dispositions légales régissant le domaine sont à rechercher dans plusieurs codes. C'est particulièrement le cas des dispositions à visée préventive, qui impliquent d'autres acteurs que les seuls agents des conseils départementaux. Outre le code de l'action sociale et des familles, des dispositions figurent dans le code de la santé (PMI), le code de l'éducation (médecine scolaire, enseignements, projets éducatifs, actions de sensibilisation, informations préoccupantes, etc.), le code général des collectivités territoriales<sup>50</sup>, le code civil et le code pénal.

Toutefois, la prévention ne donne lieu ni ne renvoie à aucune définition normative. En outre, les réformes de 2007<sup>51</sup> et de 2016<sup>52</sup> affirment sa place mais n'amorcent pas pour autant un renversement substantiel de modèle, la logique d'accompagnement restant au moins aussi forte que celle de prévention. Ainsi, la loi du 5 mars 2007, qui constitue de l'avis de tous le tournant faisant de la prévention un des axes majeurs de la protection de l'enfance, a avant tout renforcé son volet sanitaire en introduisant dans le code de la santé publique l'entretien systématique au quatrième mois de grossesse, le suivi des parents en période postnatale, le bilan de santé pour les enfants de trois à quatre ans. Ces bilans d'étapes essentiels ne portent pas sur le volet social de la prévention. Par ailleurs, ils se situent certes dans une logique de conseil en prévention mais aussi et surtout de détection précoce de troubles<sup>53</sup>. Ce qui conduit à un second constat : bien que

<sup>49</sup> Sont ainsi considérés comme relevant de la prévention le fait d'« être à même de repérer des difficultés potentielles et orienter les familles vers les services adaptés », « toute action permettant de prévenir les situations de danger ou de risque de danger, travaillée en lien avec la famille et l'enfant », l'évitement « des situations de maltraitance en agissant d'abord sur l'environnement immédiat de l'enfant dès lors qu'il y a repérage, en agissant sur les autres facteurs qui peuvent induire chez les parents des comportements inadaptés », le fait d'« assurer une détection précoce des carences parentales et des troubles associés », l'« ensemble des mesures et des actions destinées à aider les familles à résoudre les difficultés qu'elle rencontre », le fait d'« intervenir pour éviter l'aggravation de difficultés notamment éducatives ».

<sup>50</sup> Voir tableau récapitulatif en annexe 3.

<sup>51</sup> Loi n° 2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance.

<sup>52</sup> Loi n° 2016-297 du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfance.

<sup>53</sup> Rapport ONED de 2015 consacré à l'analyse des schémas départementaux de protection de l'enfance. La thématique 15 de ce rapport est intitulée : « Renforcer la prévention du danger auprès des publics vulnérables identifiés » :

maintenant des ambitions universalistes, en particulier dans les champs de la santé et de l'éducation, le cadre juridique de la protection de l'enfance privilégie, à travers le dispositif de l'ASE, la prévention en direction de publics ciblés : enfants en risque de danger, familles en difficultés.

L'examen des travaux parlementaires des lois de 2007 et de 2016 confirme l'intrication des logiques de protection et de prévention. Il ne permet pas de clarifier ce qui relève de l'une ou de l'autre, de les hiérarchiser ou les prioriser ni *a fortiori* d'opérer une distribution éventuelle des rôles entre acteurs (cf. annexe 3). Au final, il est difficile d'extraire de la doctrine institutionnelle et de l'ensemble des textes applicables un cadre général mobilisable pour l'action préventive, carence que met largement en évidence l'examen des schémas départementaux de protection de l'enfance et les réponses au questionnaire adressé aux départements.

#### 1.4 Le flou sur les contours de la politique de prévention est confirmé par l'analyse des schémas départementaux de protection de l'enfance

Le schéma départemental de protection de l'enfance (SDPE) est un document prévu par l'article L. 312-5 du code de l'action sociale et des familles (CASF), établi par le président du conseil départemental. Feuille de route pluriannuelle, il comprend généralement un diagnostic, une analyse des besoins dans le département et un plan d'action programmatique articulé autour d'axes prioritaires assortis de fiches-action.

L'examen de 70 de ces documents témoigne d'une volonté généralisée de promouvoir l'action préventive, dans le droit fil des intentions de la loi du 5 mars 2007. Mais il révèle aussi une acception très variable et non stabilisée de la prévention d'un schéma à l'autre, trahissant une moindre appropriation des concepts mobilisés pour la définir. En outre, les départements adoptent souvent une définition extensive de la prévention, rangeant dans cette dernière des actions qui n'en relèvent pas ou tendant à qualifier de prévention primaire des actions relevant de la prévention secondaire voire tertiaire. Ces confusions introduisent des incertitudes sur la politique réelle du département et réduisent la lisibilité de l'offre de service et du cadre d'action opérationnel dans lequel la prévention est déployée. Ceci se traduit par :

- une insuffisante hiérarchisation des priorités d'intervention au regard des moyens disponibles et des réalités du terrain décrites dans les diagnostics ;
- l'annonce d'un virage préventif qui ne se traduit pas dans les schémas par une modification en conséquence des pratiques et organisations des services<sup>54</sup>.

L'examen détaillé de ces schémas figure en annexe 4.

---

*« Guidées par l'intérêt de l'enfant, les actions de prévention visent à anticiper, le plus en amont possible, les situations de mise en danger de l'enfant en évitant qu'elles ne surviennent ou en limitant leurs effets. Le développement de nouvelles pratiques d'accueil et d'intervention permet d'identifier non seulement les facteurs de vulnérabilité, mais aussi les facteurs protecteurs - évitant alors de se focaliser uniquement sur des publics ciblés, voire stigmatisés - afin de proposer un mode de prévention ouvert à toutes les familles et mobilisant les compétences parentales ». Il s'agit donc bien prioritairement de traiter les vulnérabilités repérées plus que de les prévenir même si la seconde phrase marque les prémices et en tout cas les intentions d'une approche relevant de la prévention universelle en visant toutes les familles et de la prévention primaire en cherchant à repérer les facteurs protecteurs (ressources) et non seulement les facteurs de risque.*

<sup>54</sup> Sauf lorsque le département assume un positionnement centré sur la prévention ciblée ou secondaire et un renforcement de la qualité de cette dernière plutôt que la recherche de nouvelles prestations.

### 1.4.1 Le cap sur la prévention est une orientation nouvelle indéniable dans les schémas

Signe des temps, le cap sur la prévention est repérable dès l'intitulé des schémas. De plus en plus de « schémas de protection » ont ainsi laissé la place à des « schémas de prévention et de protection ». Le cap sur la prévention est par suite explicité dans les préambules ou éditoriaux. Un nombre important d'entre eux affiche clairement la nécessité et la volonté politique de privilégier désormais la prévention, permettant de présumer que tel n'était pas le cas avant<sup>55</sup>. Un département s'émancipe même de la seule approche préventive en se référant à la notion émergente d'investissement social. Couvrant la période 2017-2021, ce schéma semble incarner une nouvelle génération, celle de schémas uniques rassemblant et mettant en synergie l'ensemble des politiques de solidarité conduites par le département. Une dynamique territorialisée, d'écosystème favorable, semble vouloir prendre le pas sur les dispositifs cloisonnés par publics et problématiques<sup>56</sup>.

Pour autant, l'urgence du quotidien et la croissance des « situations-problèmes », l'émergence de problématiques nouvelles ainsi que les contraintes budgétaires, sont régulièrement pointées comme un frein objectif à l'investissement de long terme souhaité dans la prévention<sup>57</sup>. Certains préambules mettent même en garde contre les amalgames, les confusions et les illusions de la prévention, jusqu'à paraître quelque peu désabusés<sup>58</sup>, tandis que d'autres prennent la mesure du caractère protéiforme et par conséquent potentiellement confus d'une prévention « tous azimuts ».

Enfin, les axes stratégiques des schémas et les plans d'actions qui en découlent, censés traduire les orientations politiques affichées dans le préambule, sont eux aussi résolument tournés vers la prévention. Ils sont classiquement déclinés et précisés dans des fiches-action décrivant le contenu et les modalités de déploiement opérationnel des priorités arrêtées<sup>59</sup>.

### 1.4.2 La lisibilité du cadre d'action opérationnel de la prévention est néanmoins réduite

Les acceptations lâches que la prévention reçoit dans les schémas selon les départements confirment que le sujet ne fait pas l'objet d'un consensus et n'est pas abordé de manière homogène sur le territoire national<sup>60</sup>.

---

<sup>55</sup> Par exemple : « Les professionnels ont pu exprimer ce qui leur semblait prioritaire dans le cadre d'un schéma unique qui, sans négliger la protection de l'enfance, place la prévention comme objectif principal du schéma famille 2015-2020 » ; « La deuxième orientation est novatrice en ce qu'elle amène le conseil général (...) à intervenir davantage dans une logique de prévention afin d'éviter aussi bien les ruptures de parcours que l'entrée même d'une personne dans un dispositif de prise en charge médico-social ». Voir de nombreux autres exemples en annexe 4.

<sup>56</sup> Cf. extrait du schéma du département de la Manche en annexe 4.

<sup>57</sup> Cf. annexe 4.

<sup>58</sup> « Les politiques de prévention ont l'illusion de transformer tous les acteurs en travailleurs sociaux. Avant de développer des offres nouvelles, il vaut mieux optimiser l'existant, car les départements disposent d'une énorme richesse en termes de prévention ». Cf. extrait développé en annexe 4.

<sup>59</sup> Le nombre d'axes ou orientations varie entre deux et six selon les départements. Lorsqu'ils sont au nombre de deux, la répartition se fait souvent entre un axe « prévention » et un axe « protection ». Dans les autres cas, le plus souvent, un des axes au moins mentionne explicitement la prévention. L'examen de leur contenu permet d'observer ce que les acteurs rangent respectivement au titre de la prévention et de la protection ainsi que leur conception de la prévention. Le tableau en annexe 4 illustre, parmi un échantillon des schémas examinés, la manière dont le volet préventif est appréhendé dans les orientations stratégiques, leur traduction opérationnelle dans les fiches-action, les caractéristiques particulières et le registre majeur sur lequel le volet prévention du schéma se situe lorsque l'on se réfère à la typologie de l'OMS.

<sup>60</sup> Cf. annexe 4.

Les définitions de la prévention retenues localement sont souvent très extensives. La notion est souvent qualifiée de « *générique* », « *globale* », « *plurielle* », ce qui permet d'emblée d'embrasser un champ d'actions très large, mais peu cadrant, intégrant par exemple toute action consistant à « *intervenir le plus en amont possible, afin d'éviter le passage dans un état de vulnérabilité* » ou « *éviter l'entrée d'une personne dans un dispositif d'accompagnement médico-social que ce soit temporaire ou permanent* ». Certaines définitions, plus clivées, font la distinction entre une prévention de protection « *qui est avant tout une prévention "de", ou "contre", laquelle se rapporte à la défense contre des agents ou des risques identifiés* », opposée à la prévention positive « *voire universelle, du sujet ou de la population, sans référence à un risque précis, qui renvoie à l'idée de "promotion de la santé"* ».

Certains départements reconnaissent cependant que l'adoption d'une définition extensive génère un biais. Ainsi, par exemple, « *le dispositif de la protection de l'enfance (du département) se caractérise par une appréhension extensive de la notion de prévention, qui englobe les mesures administratives (TISF, AESF, AED<sup>61</sup>, accueil administratif). Si cette définition large ne constitue pas une difficulté en tant que telle, elle a pour conséquence de minimiser le poids accordé aux interventions de prévention menées en amont d'une admission à l'ASE et de la décision de mesure (caractérisée par le mandat adressé par le décideur à un professionnel)* ».

La variabilité et l'extensivité des acceptions de la prévention sont particulièrement visibles lorsque sont introduites les notions de préventions primaire, secondaire et tertiaire, auxquelles il est de plus en plus fait référence dans les schémas. Cette classification de l'OMS est souvent convoquée pour décrire des modalités d'intervention qui, bien que présentées comme telles, sont en réalité difficilement rattachables à de la prévention primaire<sup>62</sup>. Ainsi, certains schémas rangent d'autorité, et pêle-mêle, dans cette dernière, les modes de garde de la petite enfance, les permanences sociales, l'accompagnement dans l'accès aux droits, les consultations et visites à domicile par la PMI, l'entretien prénatal précoce, l'accompagnement à la gestion du budget, les actions de soutien à la parentalité, la médiation familiale, la prévention spécialisée, la planification... Ce glissement sémantique apparaît assez généralisé.

Certains schémas départementaux se situent plutôt dans des logiques *d'universalisme proportionné et d'égalité d'accès*. Ils entendent « embarquer », dans des actions ouvertes à tous, des publics qui pourraient ne pas en bénéficier spontanément : favoriser l'accès des jeunes et des familles aux loisirs, au sport et à la culture, organiser des séjours éducatifs pour enfants primo partant, etc. D'autres distinguent la *prévention ciblée* de la *prévention de droit commun*. L'AEMO<sup>63</sup> et l'accompagnement à domicile relèvent alors de la première tandis que les actions en direction des futurs parents, des jeunes enfants, de la santé, de la parentalité mais aussi la prévention spécialisée, sont classées dans la seconde. D'autres encore se réfèrent à la notion de *prévention générale*. Toutefois, rares sont les schémas qui tirent explicitement les conséquences d'un renforcement de

<sup>61</sup> Technicien de l'intervention sociale et familiale, accompagnement en économie sociale et familiale, action éducative à domicile (cf. *infra*).

<sup>62</sup> Par ailleurs, à de rares exceptions près, les schémas qui recourent à la classification de l'OMS ne paraissent pas en faire un outil de pilotage de l'activité au sein du département. C'est le cas toutefois de la Loire Atlantique (délégation de Nantes) où le suivi des familles par la PMI ainsi que la charge d'activité du service sont régulés à l'aide d'un outil de classification des suivis dans une file active de puéricultrices par catégorie de prévention. La prévention primaire couvre les conseils délivrés à tous les parents indépendamment de toute difficulté (outiller les parents pour faire face à des situations courantes qui relèvent de la normalité). La prévention secondaire concerne des situations où des facteurs objectifs de risque (ou critères de vulnérabilité) déclenchent des actions individuelles d'accompagnement tandis que la prévention tertiaire renvoie aux mesures prises « à titre conservatoire » pour soustraire l'enfant d'une situation effectivement dégradée.

<sup>63</sup> Action éducative en milieu ouvert (cf. *infra*).

leur action dans le champ de la prévention sur leur organisation et les pratiques professionnelles. Ainsi, par exemple,

« *Le précédent schéma a axé ses actions sur le renforcement de la prévention dans l'objectif d'une baisse des mesures de placement. Le projet de direction de la fonction enfance famille a d'ailleurs repensé l'organisation administrative du Département en identifiant clairement les missions de prévention. Un bilan des dispositifs de prévention (TISF, centre maternel, AED, AEMO) sera réalisé et permettra d'ajuster les fonctionnements pour répondre davantage aux besoins du territoire. Des référentiels viendront préciser les attendus* <sup>64</sup>».

En conséquence, l'absence fréquente de programmation d'une réorganisation interne ou d'élaboration d'un nouveau projet de service permettant de mettre l'organisation du département en adéquation avec le renforcement annoncé de la prévention, interroge sur le caractère substantiel du changement projeté dans les schémas.

### 1.4.3 Les modèles de prévention décrits sont prioritairement axés sur la prévention secondaire

Indépendamment de la qualification qu'en font les départements, les schémas défendent majoritairement des modèles de prévention secondaire et tertiaire. Aucun ne propose de rupture décisive avec l'organisation de la protection de l'enfance dans le département telle qu'elle résulte des missions réglementaires de l'ASE, ce que supposerait un réel développement de la prévention primaire.

Il s'ensuit que les fiches-action des schémas relatives à la prévention se concentrent souvent sur l'optimisation du repérage et de l'accompagnement des enfants ou parents en difficulté : information, sensibilisation, coordination des acteurs, communication, en vue de faciliter l'accès à des dispositifs d'appui susceptibles d'éviter ou retarder les mesures administratives. La prévention cible prioritairement l'accompagnement ou le soin dans des situations détériorées. Le recours très fréquent au terme *étayage* pour qualifier les objectifs des actions, utilisé le plus souvent dans le sens premier d'un renfort/soutien d'une « situation fragile », illustre un positionnement autre du département, qui ne cherche plus à être un « *interlocuteur administratif obligé* » dans une logique de « *face à face* » ou de substitution mais un appui « *aux cotés* » de la famille.

Dans cette optique, l'enjeu ne réside pas tant dans la capacité à discriminer des actions relevant respectivement de la protection et de la prévention que dans leur articulation en vue d'assurer la continuité des gestes dans le temps et entre services. Mieux, c'est cette articulation même qui est constitutive d'un acte préventif puisqu'elle est de nature à éviter une prise en charge erratique voire une rupture brutale dans le parcours de l'enfant.

En corollaire, la construction de partenariats constitue la pierre angulaire des plans d'action de très nombreux schémas car la transversalité et l'exigence de coordination, entendues comme la mobilisation optimale, au bon moment et le plus tôt possible, des différents outils d'accompagnement des publics en difficulté, devient-elle aussi un acte préventif ou, à tout le moins, une condition de la prévention. À ce titre, un département fait de la mise en place du protocole de

---

<sup>64</sup> Dans le même ordre d'idées, la territorialisation instaurée dans un département ayant érigé la protection de l'enfance en « *grande cause départementale* », s'est traduite par une réorganisation substantielle de ses services : redécoupage des territoires, nomination d'un délégué territorial sur chacun d'entre eux, mise en place d'équipes pluridisciplinaires et de moyens facilitant le travail collectif (1000 agents), formation des agents pour adopter le « nouveau paradigme », installation de centres agréant les équipes de direction (ASE, handicap, habitat, insertion,...) et les lignes métiers.

coordination de la prévention, une pièce essentielle de son dispositif et se fixe pour objectif de « réunir l'ensemble des professionnels autour d'une éthique commune de la prévention ».

Les constats qui précèdent sont corroborés par les commentaires des professionnels<sup>65</sup>, qui reflètent des organisations en tension entre les ambitions préventives affichées d'une part, les contingences budgétaires et l'urgence du terrain d'autre part, au risque de les exposer à des injonctions paradoxales<sup>66</sup>.

## 1.5 Ébauche d'un cadre de référence sur la prévention en protection de l'enfance et orientations retenues par la mission

L'absence de doctrine partagée de la prévention conduit à une forme de mésusage des concepts par les acteurs. La frontière entre prévention et protection n'étant pas tracée par la loi de 2007, qui use du mot « prévenir » pour définir la protection<sup>67</sup>, la césure entre les deux ne correspond pas à des pratiques d'intervention clairement différenciées et ne fournit pas une grille de lecture suffisamment robuste pour cerner le cadre d'action caractéristique de la prévention.

Au vu de ces constats, la mission estime que la définition d'un cadre théorique partagé, élaboré dans le cadre d'une concertation approfondie avec les acteurs concernés par la protection de l'enfance, est un préalable indispensable à toute projection stratégique en prévention. Elle permettra de clarifier les rôles et places respectifs de chacun (cf. recommandation n°1 en partie 4). Dans l'attente, sans présumer du contenu et du résultat de ces travaux, la mission verse au débat les orientations qu'elle a privilégiées pour la suite de ce rapport et les prémices de ce que pourrait être à ses yeux un tel cadre. Ces orientations sont résumées ci-dessous et détaillées en annexe 5.

- L'approche OMS consistant à distinguer préventions primaire, secondaire et tertiaire n'est pas aisément transposable dans le domaine de l'enfance et conduit à une tripartition artificielle des actions déployées par les acteurs, peu aidante pour prioriser et répartir les missions. La mission propose de l'abandonner au profit d'une approche plus adaptée distinguant prévention universelle et prévention ciblée. La première catégorie vise les mesures de prévention propices au développement de tous les enfants, sans logique de ciblage préalable. La deuxième catégorie comprend les mesures de prévention ciblées agissant sur des familles ou sur des populations identifiées ou repérées par différents canaux comme vulnérables ou « à risque », avérés ou probables<sup>68</sup>.

---

<sup>65</sup> Sous forme de verbatim issus des groupes de travail lors des phases qui ont généralement présidé aux travaux préparatoires des schémas et sont repris dans le chapitre « diagnostic/bilan » de ces documents.

<sup>66</sup> « Où commence et où se termine la prévention ? » ; « Il ne faut pas méconnaître les limites et le caractère parfois illusoire de la prévention » ; « Les professionnels s'interrogent pour résoudre un certain nombre de « contradictions » : prévention/protection ; contractualisation assistance ; approche globale/actions ciblées ; actions dans l'urgence/actions dans la durée ».

<sup>67</sup> « La protection de l'enfance a pour but de prévenir les difficultés auxquelles les parents peuvent être confrontés dans l'exercice de leurs responsabilités éducatives, d'accompagner les familles et d'assurer, le cas échéant, selon des modalités adaptées à leurs besoins, une prise en charge partielle ou totale des mineurs »

<sup>68</sup> La mission ne conteste pas la notion d'universalisme proportionné fréquemment utilisée par les acteurs du champ mais ne la retient pas à ce stade de l'exercice, visant non pas à réaliser la synthèse de deux approches mais à clarifier les contours de chacune d'elle afin d'identifier les leviers et les acteurs respectifs qu'elles mobilisent.

- Face aux conceptions des acteurs extensifs de la prévention, tendant à opérer un glissement impropre des qualifications de l'action vers la prévention primaire, la mission préfère adopter une conception inclusive. Celle-ci consiste à reconnaître la dimension préventive *incluse* dans les très nombreux actes ayant pour objet ou pour effet de retirer un enfant d'une situation de danger. En effet, toute mesure, en ce qu'elle vise à prévenir le palier suivant dans la dégradation de la situation, contient une part de prévention (au sens d'évitement). Mais celle-ci se situant tardivement dans le parcours de l'enfant en danger, elle a peu à voir avec la prévention universelle, qui relève d'autres modes d'action et ne réfère pas à des difficultés.
- Cette approche assume, voire valorise même, le caractère prioritairement ciblé de l'action des services spécialisés du département. Elle reconnaît que le champ des acteurs de la prévention en protection de l'enfance ne se limite pas aux spécialistes de la protection de l'enfance mais que les actions de prévention universelle relèvent plutôt des acteurs de droit commun, à même d'agir sur les déterminants de la santé et du développement de l'enfant dans les différents domaines de l'action publique (éducation, logement, insertion, culture, sport...), tandis que la prévention ciblée est plutôt du ressort des acteurs spécialisés du département dont la portée préventive n'est nullement déniée mais *incluse* dans une finalité avant tout compensatoire.
- La mission considère en conséquence que, plutôt que de d'orienter l'action du département vers la prévention universelle, l'enjeu principal est de renforcer la « visée préventive » dans l'ensemble des dispositifs de protection de l'enfance qu'elle déploie, dans une logique de *continuum* et de « réponse graduée », à l'opposé d'une logique d'opposition tranchée entre « prévention » et « protection ».
- Enfin, s'agissant de la prévention universelle, les acteurs dits de droit commun susceptibles d'agir sur les déterminants favorables au développement de l'enfant étant très nombreux, la mission s'est centrée sur les principaux d'entre eux que sont l'éducation nationale, la CAF et les collectivités territoriales. Il appartiendra aux professionnels, dans le cadre de la concertation proposée en recommandation n°1, de compléter la cartographie des acteurs intéressés, notamment en lien avec les autres stratégies de prévention concourant à la protection de l'enfance (soutien à la parentalité, lutte contre la pauvreté, logement...).

Tableau 2 : Proposition de repères pour la définition d'un cadre partagé

Registre de prévention	Finalité	Déterminants et leviers	Acteurs et milieux	Modalités/dispositifs (exemples)
<b>Prévention universelle</b> (logique anticipatoire)	<p>Amélioration des conditions générales de la population/ Développement social</p> <p>Promotion de la santé</p> <p>Autonomie des personnes</p>	<p><b>Agir sur les déterminants sociaux, économiques et institutionnels du développement, du bien-être et de la santé</b> (environnement social) :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Accès à la santé</li> <li>➤ Accès à l'éducation</li> <li>➤ Accès au logement</li> <li>➤ Accès à des revenus, à l'emploi</li> <li>➤ Accès aux services publics</li> <li>➤ Accès aux transports</li> <li>➤ Accès à la culture</li> <li>➤ Accès aux vacances</li> <li>➤ Accès au sport</li> </ul> <p><b>Agir sur les comportements individuels :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Éducation de la population générale (amélioration de l'information, de la sensibilisation et montée en compétences des personnes au contact, à quelque titre que ce soit, des enfants et des</li> </ul>	<p><b>Acteurs de « droit commun »</b> (volet prévention de toute politique publique) :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Médecine de ville/maternités</li> <li>➤ PMI</li> <li>➤ Ville/quartier/commune</li> <li>➤ Ecole, médecine scolaire</li> <li>➤ Crèches</li> <li>➤ CAF</li> </ul>	<p><b>Actions de nature souvent collective</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Accueil petite enfance (crèches et lieux de gardes éducatifs)</li> <li>➤ Développement des compétences langagières</li> <li>➤ Actions à caractère éducatif, activités péri- et extra-scolaires</li> <li>➤ Implantation des services publics de proximité (guichets, permanences...), équipements, centres sociaux</li> <li>➤ Actions d'information et de sensibilisation en milieu scolaire : éducation pour la santé ; usage du numérique<sup>69</sup></li> </ul>

<sup>69</sup> Réseaux sociaux, utilisation des données, harcèlement, pornographie, radicalisation, addictions aux jeux...

		parents)		
<b>Prévention ciblée</b> (logique compensatoire : priorisation et efficacité)	Réduire les facteurs de risque ou leurs effets  Eviter l'aggravation de la situation  Accompagner/soigner/réinsérer	<b>Intervenir de manière précoce sur des risques dont la probabilité est plus importante dans certaines situations ou populations</b>  ➤ Détection, dépistage, repérage précoces des situations à risque (tout ce qui peut mettre en danger ou constituer des entraves au développement de l'enfant).  ➤ Accompagnement (de l'enfant, des parents)  ➤ Sécurisation physique et psychique (soustraction au risque)	<b>Acteurs spécialisés :</b>  ➤ Conseil départemental (ASE, prévention spécialisée, service social)  ➤ Ministère de la justice  <b>Acteurs de droit commun :</b>  ➤ PMI, maternité, médecine de ville, école, CAF...	<b>Actions de nature souvent individuelle ou à vocation ciblée</b>  ➤ Outils de veille, de repérage, de diagnostic et de coordination <sup>70</sup>  ➤ Dispositifs d'étayage <sup>71</sup>  ➤ Recueil et accompagnement d'un risque reconnu (119...)  ➤ Accompagnement renforcé adapté, mesures administratives et judiciaires  ➤ Communication ciblée, conseils et orientation

Source : Mission

<sup>70</sup> Vigilance partagée, signaux faibles, signalements, indicateurs de vulnérabilité pondérés....

<sup>71</sup> Médiation familiale de la CAF, aide à domicile (TISF/AVS...), soutien à la parentalité (lieux d'accueil parents-enfants...).

## 2 LES INTERVENTIONS DES PRINCIPAUX RESEAUX D'ACTEURS SONT INSUFFISANTES QUANTITATIVEMENT ET QUALITATIVEMENT, TROP TARDIVES ET TRES PEU EVALUEES

### 2.1 De multiples réseaux d'acteurs, de nature institutionnelle diverse, interviennent dans des registres variés et dans un contexte de moyens contraints

#### 2.1.1 Les conseils départementaux sont au cœur des missions de la protection de l'enfance : protéger les enfants qui doivent l'être et soutenir les parents

Les conseils départementaux sont les principaux acteurs de la politique de protection de l'enfance. Ils assument le rôle de chef de file dans le pilotage des actions de prévention et de suivi des enfants et des parents connaissant des difficultés dans l'exercice de leur fonction parentale - en lien avec les différents partenaires institutionnels et associatifs.

##### 2.1.1.1 L'action de prévention des conseils départementaux en protection de l'enfance s'exerce principalement au travers de différents services

#### ➤ **Les services de la PMI exercent un suivi médico-psychologique des jeunes enfants et accompagnent les parents dans leur fonction parentale**

Dans l'organisation des services de la PMI au sein des territoires départementaux, la présence des centres médicaux et des centres de planification familiale contribue à apporter des services de santé de proximité gratuits et ouverts aux enfants et adolescents, aux femmes, et aux familles (consultations gratuites de médecins, de psychologues, de sages-femmes, de puéricultrices, d'infirmières ; prise en charge de la vaccination, prescription de produits contraceptifs sous certaines conditions, conseils conjugaux,...).

L'action de la PMI a constitué un axe fort de la loi de 2007 en matière de prévention dans le champ de la santé<sup>72</sup> pour les périodes périnatales et postnatales (celle dite des « mille premiers jours »), où les liens entre parents/enfants se construisent. Leurs missions de prévention visent donc à renforcer le repérage précoce des familles vulnérables à partir d'une analyse des déclarations de grossesse transmises par la CAF, des entretiens précoces réalisés avec les futurs parents, et des observations réalisées par les professionnels de santé et de soin, au moment de la naissance de l'enfant.

La PMI a aussi pour mission d'informer l'ensemble des familles en leur proposant des actions individuelles ou collectives dans le champ sanitaire et social (préparation à l'accouchement et à la parentalité ; informations thématiques - hygiène, alimentation, tabac, prévention des accidents) avec les différents partenaires (services petite enfance des communes, éducation nationale, CAF, associations...).

---

<sup>72</sup> Article L2111-1 et article L2111-2 du code de la santé publique.

Dans le cadre du suivi médical<sup>73</sup> des jeunes enfants jusqu'à l'âge de six ans, l'examen de santé des enfants entre trois ans et quatre ans permet d'effectuer un bilan sur le développement sensoriel, physique, psychologique et affectif de l'enfant et sur l'état de leurs vaccinations. Ces bilans de santé sont transmis, sous forme de fiches de liaison, au médecin scolaire et le cas échéant, si des troubles sont observés, l'enfant est orienté vers les professionnels de santé et les structures spécialisées.

► **Les services de l'aide sociale à l'enfance (ASE) remplissent une mission large de protection de l'enfance qui inclut la prévention.**

La loi confère au service de l'ASE, sous l'autorité du président du conseil départemental, les missions d'apporter un « soutien matériel, éducatif, et psychologique »<sup>74</sup> aux enfants soumis à des risques de danger et à la famille ou d'intervenir et de protéger les enfants dans les situations de menaces graves pouvant porter atteinte à leur intégrité physique et morale.

Les départements sont chargés de l'organisation du repérage des enfants en situation de danger ou en risque de l'être. Les cellules de recueil des informations préoccupantes<sup>75</sup> (CRIP) réceptionnent à tout moment les IP provenant des divers services (éducation nationale<sup>76</sup>, santé, 119<sup>77</sup>...) ou des particuliers. A l'issue de l'analyse des informations transmises, la CRIP évalue le caractère d'urgence des démarches à engager : transmission au parquet, demande d'évaluation auprès des services de l'aide sociale des territoires<sup>78</sup> ou classement sans suite.

Les services de l'ASE ont la responsabilité de la gestion des mesures prises par l'autorité administrative ou judiciaire. Leur mise en œuvre est assurée par les services territoriaux de l'ASE (pôles enfance) au sein des espaces départementaux de solidarité<sup>79</sup>, réunissant l'ensemble des services médico-sociaux déconcentrés (action sociale –polyvalence de secteur-, PMI, insertion, logement, prévention spécialisée,...). Ces équipes (composées d'éducateurs, d'assistants sociaux, de psychologues,...) sont chargées d'assurer et de coordonner les actions de prévention et d'accompagnement au domicile<sup>80</sup>, y compris les aides financières<sup>81</sup>.

---

<sup>73</sup> Articles R. 2132-1, R. 2132-2, R.2132.3 du code de la santé publique. Les enfants bénéficient de vingt examens médicaux dont trois (1<sup>ère</sup> semaine, entre 9 et 10 mois, entre 1 et 2 ans) font l'objet d'un certificat de santé transmis au service de la PMI.

<sup>74</sup> Article L221-1 du code de l'action sociale et des familles.

<sup>75</sup> Décret n° 2016-1476 du 28 octobre 2016 pris en application de l'article L. 226-3 du CASF et relatif à l'évaluation de la situation de mineurs à partir d'une information préoccupante, réalisée par une équipe pluridisciplinaire de professionnels, codifié aux articles D.226-2-3 et suivants du CASF.

<sup>76</sup> La procédure de transmission des informations préoccupantes est formalisée à travers des protocoles, signés avec les services de l'État (justice, éducation nationale...) et les autres partenaires, auxquels sont annexés des guides détaillant les différentes étapes de la démarche de signalement.

<sup>77</sup> Le service national d'accueil téléphonique de l'enfance en danger (SNATED) réceptionne les appels (enfants ou toutes personnes confrontés à ces situations de danger ou de risque de danger) et transmet aux services départementaux concernés (cf. *infra*).

<sup>78</sup> Les articles D.226-2-3 et suivants du CASF détaillent les objectifs et les modalités de l'évaluation de la situation du mineur faisant l'objet d'une information préoccupante et de celle des autres mineurs présents au domicile, ainsi que la composition de l'équipe pluridisciplinaire.

<sup>79</sup> Ces espaces départementaux prennent des noms différents selon les départements : unité territoriale de prévention et d'action sociale (Nord), maison de la solidarité (Meurthe et Moselle), espace territorial d'action sociale (Yvelines), etc.

<sup>80</sup> Article L222-3 du CASF. L'aide à domicile prévoit les interventions d'un TISF ou d'une aide-ménagère, d'un AESF, ou d'un service d'action éducative (cf. *infra*).

<sup>81</sup> Les aides financières sont versées « sous forme soit de secours exceptionnels, soit d'allocations mensuelles, à titre définitif ou sous condition de remboursement, éventuellement délivrés en espèces ».

Les services de l'ASE sont également chargés de piloter les actions éducatives à domicile (AED)<sup>82</sup> ou en milieu ouvert (AEMO)<sup>83</sup>, dont la périodicité et l'intensité peuvent varier en fonction de l'évaluation du risque de danger pour l'enfant. Ces interventions reposent sur un soutien éducatif de l'enfant et une recherche de l'adhésion des parents par la mobilisation de leurs ressources potentielles devant permettre son développement dans un environnement adapté à ses besoins (santé, hygiène, logement...). Elles peuvent être mises en œuvre par les services de l'ASE (régie directe) ou par un prestataire extérieur.

➤ **La prévention spécialisée vise à accompagner des jeunes en situation de rupture mais avec des moyens qui se réduisent**

Rattachées à l'ASE, les politiques de prévention spécialisée s'adressent principalement aux jeunes vivants dans les territoires où les indicateurs socio-économiques révèlent des fragilités sociales (chômage, décrochage scolaire, petite délinquance, ruptures familiales,...) : « *Dans les zones urbaines sensibles et dans les lieux où se manifestent des risques d'inadaptation sociale, le département participe aux actions visant à prévenir la marginalisation et à faciliter l'insertion ou la promotion sociale des jeunes et des familles,...* »<sup>84</sup>.

L'implantation – « hors les murs » ou « dans la rue » - de ces personnels dans les quartiers en proximité avec les familles et à l'interface entre les associations et les institutions (éducation nationale, police...) constitue la particularité de l'action de ces personnels (éducateurs spécialisés). Ces travailleurs sociaux font la démarche d'aller à la rencontre des jeunes dans leur lieu de vie (quartier, établissements scolaires...) afin de repérer ceux qui sont en situation de rupture avec leur milieu familial ou en voie de marginalisation sociale. Dans une démarche fondée sur la libre adhésion et hors d'un cadre institutionnel classique, les éducateurs de prévention tentent de remobiliser les jeunes pour « bâtir » un projet personnel (formation professionnelle, rescolarisation,...) et reconstruire des liens avec leur environnement familial et social.

Cette politique est diversement investie selon les départements. Un rapport parlementaire<sup>85</sup> souligne « *une tendance inédite de diminution des dépenses* » dans un contexte où « *les difficultés croissantes rencontrées par la jeunesse nécessiteraient au contraire son renforcement* ».

2.1.1.2 Les difficultés financières des départements ont des conséquences sur la bonne organisation du dispositif de protection de l'enfance et obèrent leur capacité à financer davantage les actions de prévention

Dans un contexte financier difficile en raison notamment de la réduction des concours financiers de l'État<sup>86</sup> et de la diminution des taux de couverture de certaines dépenses sociales (revenu de

---

<sup>82</sup> Mesure dite « administrative » dont le président du conseil départemental dispose depuis la loi n°86-17 du 6 janvier 1986 lorsqu'une situation de danger ou risque de danger pour l'enfant est repérée. Cet accompagnement pour aider les parents à surmonter leur difficulté éducative requiert l'accord express de ces derniers.

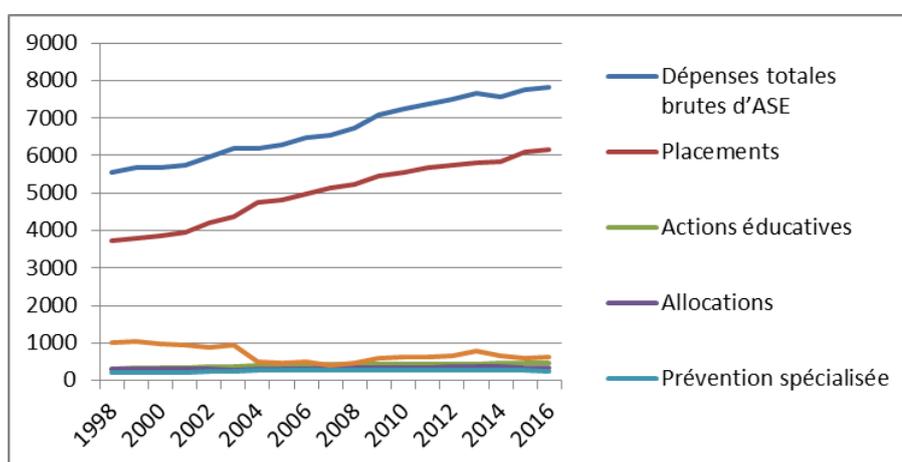
<sup>83</sup> Mesure dite « judiciaire » prévue à l'article 375-2 du code civil : « *Chaque fois qu'il est possible, le mineur doit être maintenu dans son milieu actuel. Dans ce cas, le juge désigne, soit une personne qualifiée, soit un service d'observation, d'éducation ou de rééducation en milieu ouvert, en lui donnant mission d'apporter aide et conseil à la famille, afin de surmonter les difficultés matérielles ou morales qu'elle rencontre. Cette personne ou ce service est chargé de suivre le développement de l'enfant et d'en faire rapport au juge périodiquement* ».

<sup>84</sup> Article L121-2 du CASF.

<sup>85</sup> Rapport d'information en application de l'article 145 du Règlement, « *L'avenir de la prévention spécialisée* », présenté M. Denis Jacquat et Mme Kheira Bouziane-Laroussi, députés, 1<sup>er</sup> février 2017.

solidarité active (RSA) notamment<sup>87</sup>), les conseils départementaux sont confrontés à des difficultés financières<sup>88</sup> - « un effritement inquiétant des marges de manœuvre financière »<sup>89</sup> - qui, dans le cadre de la contractualisation imposée par l'État pour encadrer la progression des dépenses de fonctionnement, impactent l'organisation de l'ensemble du dispositif de protection de l'enfance (cf. *infra*). Elles réduisent également leurs capacités à développer des politiques de prévention<sup>90</sup> innovantes, d'accompagnement éducatif et médico-social plus « resserré » des enfants et des familles. La loi de 2007, dont l'objectif devait conduire à une forme de « déjudiciarisation » de l'ensemble du dispositif de protection de l'enfance, n'a pas permis d'inverser la tendance ; en effet les dépenses de placement<sup>91</sup> n'ont cessé d'augmenter entre 2007 et 2016 alors que celles consacrées aux actions éducatives, relevant de la sphère de la prévention, évoluent très faiblement durant cette même période.

Graphique 3 : Évolution des dépenses brutes d'ASE entre 1998 et 2016 en millions d'euros constants 2016



Source : DREES, « L'aide et l'action sociale en France », Panorama de l'action sociale édition 2018. Note de lecture : le questionnaire de l'enquête ayant changé, il y a une rupture de série entre 2003 et 2004. Champ : France entière hors Mayotte.

<sup>86</sup> « La dotation globale de fonctionnement (DGF) versée par l'État a diminué d'environ 35 % entre 2013 et 2015 », Enquête « Impact des dépenses sociales sur l'équilibre structurel des départements » (2011-2015) - département des Yvelines - rapport de la Cour des comptes - mars 2017.

<sup>87</sup> Le taux de couverture du RSA est ainsi passé de 61,6 %, en 2011 à 44,3 %, en 2015.

<sup>88</sup> Décret n° 2017-615 du 24 avril 2017 pris en application de l'article 131 de la n° 2016-1918 du 29 décembre 2016 de finances rectificative pour 2016 fixant les montants des enveloppes et les parts du fonds exceptionnel à destination des collectivités territoriales. L'État a instauré un fonds d'urgence de 200 millions d'euros pour aider les départements les plus en difficulté (Nord, Pas-de-Calais, Seine-Saint-Denis, Val-de-Marne, Val-d'Oise, Guyane...).

<sup>89</sup> La lettre de l'ODAS, les finances départementales, mai 2018.

<sup>90</sup> L'ODAS observe une baisse continue des interventions auprès des familles : -3 % pour les TISF, -8 % pour les aides financières, -10 % pour la prévention spécialisée, -23 % pour le fond d'aides aux jeunes. Cf. *infra*.

<sup>91</sup> La part des dépenses de placement dans les dépenses nettes totale de l'ASE, restée stable entre 1998 et 2016, se situe autour de 80 %. Drees, « Aide et action sociales en France », édition 2018.

## 2.1.2 Les écoles et établissements scolaires déploient un vaste réseau d'acteurs au contact de la majeure partie de la population enfantine à partir de 3 ans

### 2.1.2.1 Des enseignements et actions éducatives contribuent à la prévention en protection de l'enfance

La grande majorité des enfants fréquentent le système scolaire à partir de trois ans (97,5 % en 2016-2017) et durablement (92,2 % des jeunes de 17 ans étaient scolarisés en 2016-2017<sup>92</sup>). L'École, de la maternelle au lycée compris, constitue à la fois un lieu d'observation et donc de repérage de signaux d'alerte, un milieu de prise en charge de difficultés diverses ou d'orientation vers des personnes ou dispositifs compétents pour traiter des problèmes qui dépassent les attributions et compétences de ses acteurs. Mais c'est d'abord, par définition, le lieu d'une éducation pour tous à leurs droits divers, ce qui est en soi une contribution à la prévention en protection de l'enfance.

Tout au long du parcours scolaire, les enseignants ont la responsabilité de rendre les élèves conscients de ces droits et respectueux de ceux des autres<sup>93</sup>. L'enseignement moral et civique est le cadre principal de cette éducation : *« L'adjectif « moral » de l'enseignement moral et civique renvoie au projet d'une appropriation par l'élève de principes garantissant le respect d'autrui. Cette morale repose sur la conscience de la dignité et de l'intégrité de la personne humaine, qu'il s'agisse de soi ou des autres, et nécessite l'existence d'un cadre définissant les droits et devoirs de chacun »*<sup>94</sup>. La loi rend par ailleurs obligatoires l'éducation à la sexualité et l'information sur l'enfance maltraitée. Les enseignants pilotent de nombreuses actions éducatives, par exemple le parcours éducatif de santé, l'éducation aux médias et à l'information, des projets concourant à la prévention du harcèlement et des addictions, dont ils ne sont pas les seuls animateurs : au sein des établissements du second degré, tous les personnels dits de « vie scolaire » autour du conseiller principal d'éducation et, à tout niveau du système éducatif, les personnels des services sociaux et de santé au titre des actions collectives qui relèvent de leur spécificité (notamment les actions de « sensibilisation, information, éducation ») peuvent y concourir, avec l'appui de ressources externes si nécessaire et pour autant qu'il s'en trouve dans l'environnement immédiat des unités d'enseignement.

L'ensemble des objectifs éducatifs sont autant que possible partagés avec les parents dont l'information incombe aux enseignants dans une visée de « co-éducation ». En leur faisant connaître les objectifs et modes d'action de l'École, il s'agit de promouvoir, construire ou consolider des références éducatives communes. Outre des réunions collectives formelles ou des entretiens sur rendez-vous où la communication s'établit autour des attentes scolaires et des résultats des élèves, les écoles et établissements ont été incités dans les dernières années à accueillir les parents selon des formules plus conviviales (dans des espaces spécifiques dits, par exemple, « café des parents ») et pour des échanges qui débordent les seuls sujets scolaires pour traiter de questions éducatives qui, concernant fortement la vie familiale et le bien-être des enfants, ne sont pas sans rapport avec la scolarité (le sommeil, les usages des écrans, l'alimentation...). L'objectif est de rendre le milieu scolaire plus accueillant pour des familles qui craignent souvent d'y venir.

<sup>92</sup> Données issues de « *Repères et références statistiques* », Ministère de l'Éducation nationale, 2018.

<sup>93</sup> Les références et des extraits des textes officiels de statuts variés concernant l'action et les acteurs de l'éducation nationale sont donnés en annexe 3.

<sup>94</sup> Extrait du programme d'enseignement moral et civique, arrêté du 17-07-2018 (BOEN N°30 du 26-07-2018).

### 2.1.2.2 Des professionnels spécialisés, dont certains sont explicitement missionnés en protection de l'enfance, épaulent les enseignants

Des professionnels variés, enseignants spécialisés au sein des réseaux d'aides spécialisées aux élèves en difficulté (RASED) dans le premier degré, psychologues de l'éducation nationale dans le second degré et, à tous les niveaux, médecins et infirmiers de l'éducation nationale et assistants sociaux sont à l'écoute des élèves et de leur famille pour identifier et comprendre des problèmes particuliers, pour les accompagner dans leur résolution.

Les personnels de santé ont à conduire des visites médicales et des bilans obligatoires (sixième et douzième années) qui peuvent être l'occasion de diagnostics ou d'échanges alertant sur des situations de danger pour les enfants. Les infirmiers et les assistants sociaux ont vocation à accueillir les élèves qui peuvent s'adresser à eux sans en référer à leurs parents. Les missions des personnels de santé et sociaux prescrivent explicitement leur contribution à la protection de l'enfance<sup>95</sup> et les incitent à nouer des relations avec leurs homologues à l'extérieur de l'éducation nationale, le partage des mêmes règles de secret professionnel facilitant les communications.

L'ensemble de ces mêmes acteurs intervient aussi dans des actions ciblées quand la situation l'exige : remédiation à un absentéisme fréquent voire devenu chronique, prévention du décrochage scolaire et actions en faveur d'un « raccrochage », ces phénomènes pouvant révéler des carences ou des négligences éducatives. La prévention commence dès l'école maternelle ; elle passe d'abord par le dialogue entretenu par les directeurs d'école avec les parents (*« La condition première de la prévention, c'est d'obtenir la fréquentation la plus régulière possible »* dira une directrice rencontrée). La mission a été alertée sur des débuts de décrochage dès la fin de l'école primaire dans certains secteurs. Les échecs répétés, les difficultés d'adaptation aux règles du milieu scolaire, une démotivation, un contexte temporaire difficile en famille (séparation des parents par exemple), les modèles dans l'environnement proche (« les « effets des pairs »<sup>96</sup> sont relevés par la recherche), les sources sont variées et parfois cumulatives, mais la responsabilité éducative des parents est toujours en jeu.

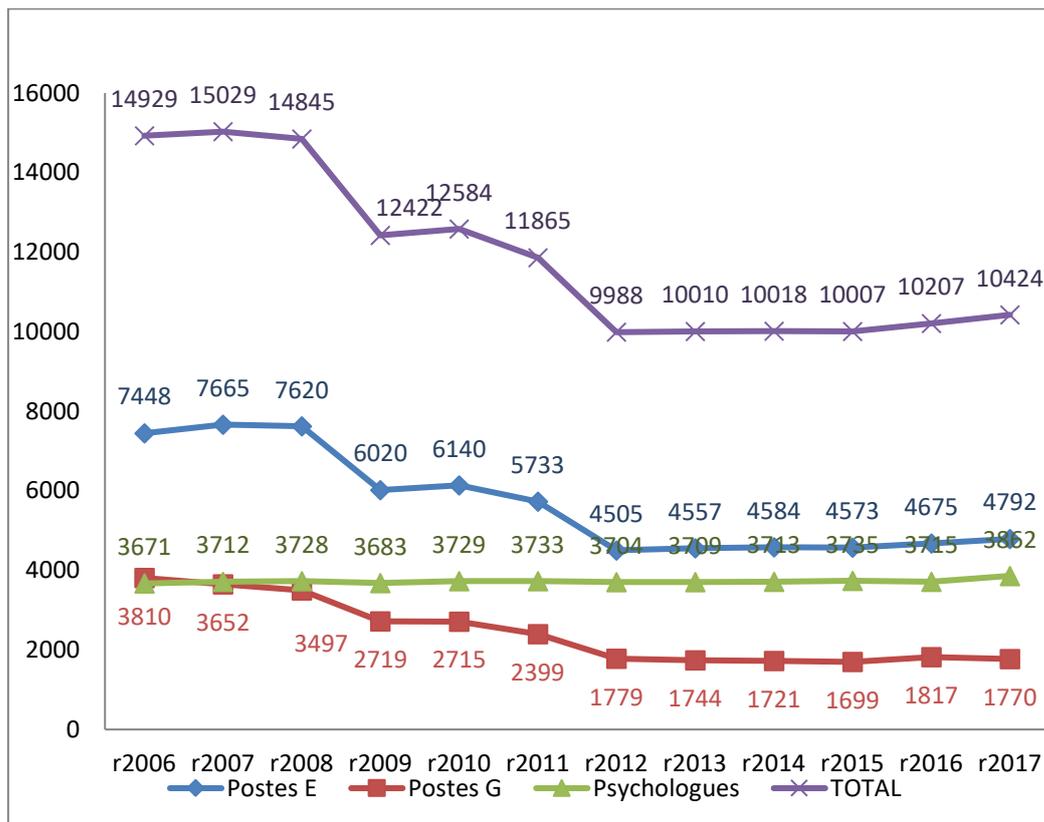
Dans le second degré, pour près de 7 800 établissements publics, selon la direction générale de l'enseignement scolaire (DGESCO), on compte aujourd'hui en « équivalents temps plein » (ETP) 1 369,5 médecins, 7 770 infirmiers, tous les emplois surtout en santé n'étant pas pourvus et, dans certaines académies, de manière très significative puisque cela peut concerner jusqu'à la moitié d'entre eux. Les emplois d'assistants sociaux au nombre de 2902,5 ont été augmentés dans les années récentes de 305 postes (50 en 2013, 2014 et 2015 ; 60 en 2016 et 95 en 2017). Les psychologues de l'éducation nationale affectés à ce niveau du réseau scolaire (PsyEN « Éducation, développement et conseil en orientation scolaire et professionnelle ») sont au nombre de 4 304.

Selon les données communiquées par la DGESCO, pour quelques 45 000 écoles publiques, les RASED comptent 3 862 psychologues (PsyEN « Education, développement et apprentissages »), 4 792 maîtres E (chargés d'aide pédagogique) et 1770 maîtres G (chargés d'aide dite aujourd'hui relationnelle ; soit moins de deux en moyenne par circonscription d'enseignement primaire). Leur nombre a légèrement augmenté depuis 2014 mais de 2006 à 2017, l'effectif de ces personnels est passé de 14 929 à 10 424 comme le montre le diagramme suivant.

<sup>95</sup> Cf. annexe 3 (textes officiels).

<sup>96</sup> Sur ce sujet comme sur le décrochage scolaire, voir CNESCO (2017), *« Comment agir plus efficacement face au décrochage scolaire ? »*. Dossier de synthèse de la conférence de comparaisons internationales de novembre 2017. Accessible à l'adresse : <http://www.cnesco.fr/dcrochage-scolaire/>.

Graphique 4 : Évolution des emplois alloués aux RASED de 2006 à 2017 (hors Mayotte)



Source : DGESCO

### 2.1.3 Les CAF sont un acteur majeur du soutien à la parentalité qui déploie une multitude de dispositifs d'ampleur inégale

Le soutien à la parentalité est l'un des axes forts de l'action sociale conduite par la branche famille. Selon l'arrêté qui la définit<sup>97</sup>, l'action des CAF sur ce champ comprend plusieurs dimensions :

- un soutien et un accompagnement des parents « dans l'exercice de l'autorité et de la responsabilité parentale, au cours des différents moments de la vie des familles, dans leurs relations avec toutes les institutions concernées, et notamment avec les établissements de l'éducation nationale » ;
- un soutien au développement de la médiation familiale et des réseaux d'écoute, d'appui et d'accompagnement des parents pour prévenir les conflits parentaux et familiaux, aider les familles à les surmonter et à les gérer, afin notamment de lutter contre les violences familiales.

En 2016, la dépense consacrée à ces actions s'élevait à 88,4 M€.

Concrètement, le soutien à la parentalité se traduit par :

<sup>97</sup> Arrêté du 3 octobre 2001 relatif à l'action sociale des CAF.

- un soutien au développement des réseaux d'écoute, d'appui et d'accompagnement des parents (REAAP)

Créés en 1999 par l'État à la suite de la conférence de la famille de juin 1998, les REAAP ont pour objectif<sup>98</sup> « de mettre à leur disposition des services et des moyens leur permettant d'assumer pleinement, et en premier, leur rôle éducatif ». Leurs domaines d'actions et leurs modalités d'intervention sont diverses : prévention et appui aux familles fragiles ; coparentalité et aide aux parents en conflit ou en voie de séparation ; accueil de la petite enfance ; soutien aux parents d'adolescents et de pré-adolescents ; relations entre la famille et l'école ; place faite au père ; articulation vie familiale/vie professionnelle ; lieux de ressources et d'information sur les services aux familles et les questions de parentalité.

La dépense s'élevait en 2016 à 24,4 M€<sup>99</sup>.

- Le financement de lieux d'accueil enfants parents (LAEP)

Une circulaire CNAF<sup>100</sup> les définit comme « un espace convivial où les enfants âgés de moins de six ans accompagnés de leur(s) parent(s) ou d'un adulte référent sont accueillis de manière libre et sans inscription ». Le LAEP constitue « un espace de jeu libre pour les enfants et un lieu de parole pour les parents ». Nés avec une orientation psychanalytique inspirée des travaux de Françoise Dolto, les LAEP se sont diversifiés, certains privilégiant une approche plus sociale. Ils visent à soutenir la fonction parentale, offrir un lieu d'échanges entre parents et à favoriser la socialisation des jeunes enfants. En 2016, la dépense s'élevait à 7,6 M€.

- Les contrats locaux d'accompagnement à la scolarité (CLAS)

Créés en 1996 à destination des écoliers, des collégiens et des lycéens des zones d'éducation prioritaire (ZEP) et des zones urbaines sensibles (ZUS) puis étendus en 1999 à l'ensemble du territoire, les CLAS consistent en un accompagnement scolaire et relèvent dans les faits plus du soutien scolaire que du soutien à la parentalité. Le budget consacré aux CLAS s'élève à 26 M€ en 2016.

- La médiation familiale

La médiation familiale se définit comme un « processus de construction ou de reconstruction du lien familial axé sur l'autonomie et la responsabilité des personnes concernées par des situations de rupture ou de séparation dans lequel un tiers impartial, indépendant, qualifié et sans pouvoir de décision, le médiateur familial, favorise, à travers l'organisation d'entretiens confidentiels, leur communication, la gestion de leur conflit dans le domaine familial entendu dans sa diversité et dans son évolution<sup>101</sup> ». La médiation est soit « conventionnelle » lorsqu'elle se fait à l'initiative des parents, soit « judiciaire » lorsqu'elle est décidée par un juge et notifiée dans le cadre d'une ordonnance, ou sur invitation écrite de la juridiction dans le cadre de la double convocation. La branche famille finance à hauteur de 12,4 M€ la médiation familiale.

- Les espaces de rencontre

Créé par la loi de 2007, l'espace de rencontre est « un lieu permettant à l'enfant de rencontrer l'un de ses parents ou un tiers, ou de faire l'objet d'une remise à un parent ou un tiers. Il contribue au

---

<sup>98</sup> Circulaire du 9 mars 1999 à laquelle était annexée une charte nationale actualisée en 2006.

<sup>99</sup> Rapport de l'IGAS « *Evaluation de la convention d'objectifs et de gestion 2013-2017 de la CNAF* ». Les éléments financiers de cette partie sont tous extraits de ce rapport.

<sup>100</sup> Circulaire CNAF 2015 - 011 « *Les lieux d'accueil enfants parents, financement de la branche Famille* ».

<sup>101</sup> Définition du Conseil national consultatif de la médiation familiale.

maintien des relations entre un enfant et ses parents ou un tiers, notamment en assurant la sécurité physique et morale et la qualité d'accueil des enfants, des parents et des tiers<sup>102</sup> ». L'origine des mesures d'accompagnement dans l'espace de rencontre est très majoritairement judiciaire et le plus souvent les mesures sont ordonnées par le juge aux affaires familiales<sup>103</sup>. La branche famille finance ce dispositif à hauteur de 5,8 M€ en 2016.

#### 2.1.4 Les communes et les établissements publics de coopération intercommunale sont des acteurs majeurs de proximité dans le champ de la petite enfance, de la jeunesse et des familles

##### ➤ **Les communes mettent en œuvre des services de proximité (petite enfance, périscolaire, jeunesse...) pour l'ensemble des familles**

Dans l'organisation territoriale française, la commune constitue l'échelon de proximité, au plus près des lieux de vie des populations. Les politiques de droit commun des communes, en partenariat avec les services de l'État, les autres collectivités territoriales, les CAF, les associations, structurent et accompagnent l'offre de services tout au long du parcours de vie de l'enfant jusqu'à l'adolescence (accueils petite enfance, accueils périscolaire, centre de loisirs sans hébergement,...) et les politiques facilitant le lien social (parentalité, accès aux droits, jeunesse, mais aussi culture, sports, loisirs, citoyenneté,...) sur les territoires. Si les objectifs de prévention en matière de santé, d'éducation, de parentalité sont clairement explicités dans les services mis en œuvre ou les actions engagées, la protection de l'enfance est consubstantielle à ceux-ci et n'en constitue pas l'objectif principal.

##### ➤ **La politique de la ville met en œuvre des actions ciblées pour favoriser la cohésion sociale et l'accompagnement des familles en grande précarité sociale**

Les politiques publiques (État, collectivités territoriales) mobilisent des moyens humains et financiers pour rétablir une cohésion sociale et une égalité républicaine sur des territoires concentrant toutes les difficultés sociales. La politique de la ville<sup>104</sup> est née de ces ambitions ; dans ce cadre, les intercommunalités et les communes (dotées de compétences en matière de développement social, de prévention, d'aide et d'action sociale et médico-sociale) développent des politiques visant à :

- adapter l'offre aux besoins des familles en grande précarité (adaptation des modes de garde en lien avec les parcours d'insertion des femmes - horaires atypiques -, accueil occasionnel, famille monoparentale, accueil des enfants handicapés, renforcement des dynamiques sur la parentalité, adaptation de l'offre socio-éducative dans le cadre de la réussite éducative,...) ;
- encourager et à faciliter l'accès aux services socio-éducatifs (multi accueil petite enfance, accueil périscolaire,...) par une politique tarifaire prenant en compte les ressources, ou en apportant des aides financières délivrées par les centres communaux d'action sociale (aide à la restauration scolaire,...) ou les services de polyvalence de secteur du conseil départemental ;

<sup>102</sup> Décret n° 2012-1153 du 15 octobre 2012.

<sup>103</sup> Cf. rapport précité d'évaluation de la COG de la CNAF.

<sup>104</sup> Loi n° 2014-173 du 21 février 2014 de programmation pour la ville et la cohésion urbaine.

- apporter un soutien éducatif adapté aux enfants rencontrant des difficultés à l'école et a fortiori aux parents par une équipe pluridisciplinaire (assistante sociale, éducateur, psychologue, enseignant,...) chargée de construire un accompagnement individualisé<sup>105</sup> de l'enfant.

### 2.1.5 Le monde associatif est un partenaire important dans la mise en œuvre des politiques de prévention

Dans le champ de la protection de l'enfant, les associations sont diverses, elles développent de nombreuses actions auprès des enfants, des familles et du grand public : défense des droits de l'enfant, aide aux victimes, information et sensibilisation sur les violences faites aux enfants, ... Elles contribuent aussi, par l'expertise qu'elles développent, à l'élaboration des politiques publiques.

Au plan local, les collectivités territoriales et l'État conventionnent et financent par le biais de subventions de fonctionnement de nombreuses associations pour accompagner les dispositifs de prévention inscrits dans le domaine de la santé (nutrition, accès aux soins ...), de l'éducation (aide aux devoirs...), de la famille (planning familial, droits des femmes, parentalité, droits de l'enfant, médiation familiale, violences conjugales...). Ces actions reposent sur des initiatives locales et l'engagement bénévole dans une grande proximité avec l'utilisateur à l'échelle d'un quartier ou d'un territoire.

Une partie des missions institutionnelles en protection de l'enfance (gestion de mesures éducatives administratives ou judiciaires, accueil d'enfants...) est en outre déléguée au secteur associatif.

Dans les départements, la gestion des mesures de protection de l'enfant (les accueils partiels ou de longues durées exercés en dehors du domicile parental, la gestion des mesures d'AEMO<sup>106</sup> et dans une moindre proportion celle des AED) est largement déléguée au secteur associatif. Dans certains départements, ces associations ont un poids considérable dans les politiques menées. En effet, elles reçoivent une partie des moyens financiers et recouvrent plusieurs services (établissements d'accueil des enfants placés, gestion d'AEMO ou d'AED, médiation familiale, lieu de rencontre parents/enfants...). Sous l'effet des contraintes financières, des conseils départementaux renouvellent leur pratique contractuelle (signature de contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens, procédure de marché public) en faisant de la prévention un critère de choix déterminant. Ils expérimentent notamment des dispositifs alternatifs<sup>107</sup> au placement visant à renforcer les mesures de soutien éducatif à domicile afin de maintenir les liens familiaux et d'éviter les ruptures de parcours (cf. *infra*).

---

<sup>105</sup> Instruction interministérielle n° 2016/334 du 10 octobre 2016 relative au Programme de réussite éducative.

<sup>106</sup> Selon l'enquête réalisée par la mission, 71 % des conseils départementaux répondants déclarent externaliser l'AEMO et 18 % l'AED ; 10 % des conseils départementaux déclarent privilégier des solutions mixtes (gestion directe et externalisation) pour l'AEMO et 18 % pour l'AED.

<sup>107</sup> Action éducative à domicile renforcée ou action éducative à domicile intensive.

## 2.1.6 Le CNPE rassemble tous les acteurs de la protection de l'enfance tandis que le 119 recueille les appels de la population

### ➤ **Le CNPE organise l'animation de la politique de protection de l'enfance et fait le lien avec les politiques qui lui sont liées**

Instauré par la loi du 14 mars 2016 et présidé par la ministre des solidarités et de la santé, le CNPE regroupe tous les acteurs de la protection de l'enfance (instances nationales, instances locales, professionnels, associatifs) <sup>108</sup>.

L'activité principale du CNPE est d'émettre des avis et des recommandations pour participer à la construction d'une stratégie nationale de la protection de l'enfance partagée par les acteurs et pour orienter les politiques publiques. Il peut également, par l'intermédiaire de la vice-présidente, de la secrétaire générale ou de l'un de ses membres participer aux travaux concernant des politiques liées à la protection de l'enfance comme la stratégie de lutte contre la pauvreté des enfants et de jeunes par exemple. La vice-présidente et la secrétaire générale participent au haut conseil de la famille de l'enfance et de l'âge dans son conseil enfance et adolescence, le comité de suivi du plan de lutte contre les violences faites aux enfants, le Conseil de santé mentale, la stratégie nationale de lutte contre la pauvreté des enfants et des jeunes.

### ➤ **Le GIPED rassemble un accueil téléphonique et un observatoire**

Le groupement d'intérêt public « enfance en danger » (GIPED) regroupe deux entités :

- le service national d'accueil téléphonique de l'enfance en danger (SNATED<sup>109</sup>), appelé « le 119 », qui a pour mission de recueillir les appels téléphoniques concernant des enfants en risque de danger, d'y répondre en apportant conseil ou en transmettant une information préoccupante aux CRIP ;
- l'observatoire national de la protection de l'enfance (ONPE) qui a pour mission de développer de la connaissance sur le champ de l'enfance en danger pour mieux prévenir et mieux traiter.

---

<sup>108</sup> Le CNPE comprend 82 membres répartis dans cinq collèges : • Un collège de 24 membres représentant les institutions, collectivités et administrations compétentes • Un collège de 23 membres représentant la société civile et les associations • Un collège de 13 membres représentant les associations de professionnels • Un collège de 5 membres représentant les organismes de formation • Un collège de 17 personnalités qualifiées œuvrant dans le champ de la protection de l'enfance.

<sup>109</sup> Loi n°89-487 du 10 juillet 1989, confortée par la loi n°2007-293 du 5 mars 2007.

## 2.2 Dans ce contexte de moyens contraints, les dispositifs de prévention à visée universelle ne parviennent pas à atteindre l'ensemble des publics et, pour certains, se « déportent » sur l'accompagnement des situations de vulnérabilité voire de risque avéré

### 2.2.1 Pour les enfants scolarisés, les enseignements qui leur sont dus, les suivis médicaux ainsi que l'accompagnement social des familles sont inégalement mis en œuvre

#### 2.2.1.1 La responsabilité des acteurs du système éducatif en matière de prévention en protection de n'est pas clairement explicitée

Pour la majorité des interlocuteurs de la mission au sein de l'éducation nationale, la prévention et/ou la protection de l'enfance renvoie aux dispositifs particuliers, immédiatement évoqués, que sont les informations préoccupantes et les signalements au procureur de la République. Il s'agit de prévenir et combattre la maltraitance sous des formes variées, ou des carences éducatives vues comme préjudiciables pour les enfants. En dehors de cela, les enseignants dans leur grande majorité ont peu conscience de leurs autres contributions à la prévention en protection de l'enfance alors que les personnels de santé et sociaux ont une approche plus précise et plus large des concours qu'ils apportent à cette politique, inhérents à leur statut.

Le terme « prévention » est associé dans la sphère éducative à l'échec scolaire en priorité, mais aussi à l'absentéisme, au décrochage, au harcèlement, aux addictions... Les relations qui existent entre ces différents risques pour les enfants ne sont pas méconnues et parfois même un peu trop vite alléguées. Des sociologues ont ainsi analysé ce qui se passe en milieu scolaire : « *Les situations scolaires fonctionnent comme les révélateurs de potentiels dysfonctionnements individuels ou sociaux (immaturité, insécurité, instabilité psychologique, dérangement intellectuel, etc.) qui, en retour, sont censés éclairer les difficultés scolaires rencontrées par certains élèves* <sup>110</sup> ». Se soucier du bien-être et du bien-grandir des élèves apparaît suspect à certains observateurs. Les explications que l'on cherche dans la vie des enfants hors l'école peuvent en effet être considérées comme une manière d'esquive de leurs responsabilités propres par les équipes pédagogiques, ou une forme d'excuse que l'on accorderait aux enfants, ou encore comme relevant d'une fatalité pour certains d'entre eux.

Or, développer des attitudes proactives pour faire prévention suppose d'avoir intégré une possible fragilité des enfants que le rapport de la mission « *Bien-être et santé des jeunes* » rapportait à un « *enchevêtrement des vulnérabilités psychiques, sociales, culturelles* »<sup>111</sup>, ce qui ne signifie pas qu'il ne faille pas aussi lutter contre les facteurs purement scolaires des difficultés ou échecs. Comprendre que les causes qui génèrent des comportements perturbés et/ou perturbateurs en classe, une absence de motivation, des défaillances de l'attention ou de l'efficacité cognitive peuvent être contrecarrées, qu'il est encore temps d'intervenir même si l'on considère qu'il aurait mieux valu l'avoir fait en amont, relève d'attitudes favorables à la prévention en protection de l'enfance, et possiblement favorables à une amélioration de la situation strictement scolaire.

---

<sup>110</sup> J.-C. Croizet et M. Millet, « *L'école des incapables* », La dispute, 2016

<sup>111</sup> M.-R. Moro, J.-L. Brison, « *Bien être et santé des jeunes* », novembre 2016.

### 2.2.1.2 Les enseignements et les projets éducatifs sont irréguliers, trop peu consistants pour que les enfants construisent une culture de leurs droits

Alors que la réglementation prescrit un enseignement et plus largement des actions éducatives qui devraient, dans la durée, permettre aux enfants d'acquérir et renforcer la connaissance de leurs droits et devoirs ainsi que des moyens de les faire respecter en s'adressant à des tiers de confiance si besoin, c'est souvent selon une « *pédagogie des occasions* » que ces prescriptions sont actualisées, en réaction à un fait d'actualité dans l'école ou l'établissement, ou rapporté par les médias, parfois dans le cadre d'une journée commémorative (signature de la convention internationale des droits de l'enfant par exemple). S'agissant de l'éducation à la sexualité, un rapport récent de l'IGEN a fait le point sur ses faiblesses et leurs raisons<sup>112</sup>.

La « campagne du 119 » est revivifiée chaque année par la DGESCO qui transmet, avant la rentrée scolaire, des affiches à apposer dans les écoles et établissements, seule campagne qui ait un caractère aussi systématique. L'existence d'affiches dans l'environnement scolaire est avérée mais si l'attention des élèves et de leurs parents n'est pas attirée sur le message qu'elles délivrent, il y a de forts risques qu'elles n'aient aucun effet d'alerte à elles seules. Le lien entre cette campagne et les séances obligatoires de sensibilisation à l'enfance maltraitée<sup>113</sup> reste à renforcer. Mais cette obligation législative n'est parfois même pas connue, y compris des inspecteurs ; pour ces derniers, ni leur formation, ni les instructions hiérarchiques locales ne constituent des incitations à faire respecter cette prescription.

Cela devrait aujourd'hui faire partie de la formation de base des enseignants puisque le référentiel des compétences professionnelles des métiers du professorat et de l'éducation<sup>114</sup> identifie une compétence « *Agir en éducateur responsable et selon des principes éthiques* » dont les composantes opérationnelles comportent des éléments en relation directe avec la problématique de la protection de l'enfance : « *Contribuer à assurer le bien-être, la sécurité et la sûreté des élèves, à prévenir et à gérer les violences scolaires, à identifier toute forme d'exclusion ou de discrimination, ainsi que tout signe pouvant traduire des situations de grande difficulté ou de maltraitance* » et « *Respecter la confidentialité des informations individuelles concernant les élèves et leurs familles* ». Les enseignants rencontrés et leurs représentants évoquent tous le temps très faible qui est consacré à ces sujets en formation initiale. Et parce que les priorités perçues ou les commandes institutionnelles concernent d'autres sujets, la formation continue les méconnaît largement, sauf au sein de séquences répondant à des demandes locales dans les formations spécifiques aux équipes pédagogiques des REP +, ce dont ont témoigné des acteurs de ces réseaux.

### 2.2.1.3 Par manque de professionnels, la visite médicale obligatoire de la sixième année n'est plus générale et l'accompagnement des écoles par les assistants sociaux est très faible

En matière de santé, des obligations incombent aux services de l'éducation nationale concernant la visite médicale obligatoire de la sixième année (grande section d'école maternelle) qui, normalement, devrait être conduite par un médecin et la visite de dépistage de la douzième année (classe de 6ème) effectuée par les infirmiers. Si cette seconde visite est réalisée de manière quasi

<sup>112</sup> Rapport 2018-105, « *L'éducation à la sexualité* » IGEN.

<sup>113</sup> « *Au moins une séance annuelle d'information et de sensibilisation sur l'enfance maltraitée, notamment sur les violences intrafamiliales à caractère sexuel, est inscrite dans l'emploi du temps des élèves des écoles, des collèges et des lycées. Ces séances, organisées à l'initiative des chefs d'établissement, associent les familles et l'ensemble des personnels, ainsi que les services publics de l'État, les collectivités locales et les associations consacrées à la protection de l'enfance.* » (art. L.542-3 du code de l'éducation).

<sup>114</sup> Arrêté du 1<sup>er</sup> juillet 2013 cité en annexe 3.

généralisée, traitée comme une priorité, ce n'est pas le cas de la visite de la sixième année qui, pourtant, est placée à un moment clé du parcours scolaire.

Même si l'organisation du service médical en faveur des élèves vise à dépister, diagnostiquer, prendre en charge les problèmes avant l'entrée au collège, il est devenu impossible quasiment partout d'assurer pour tous les élèves la visite de la sixième année pour des raisons diverses qui se cumulent. Il y a d'abord un manque de personnels alors même qu'existent les emplois (cf. *supra*, partie 2.1.2). Mais il faut aussi prendre en compte la concurrence entre des obligations quand le temps fait défaut, la visite complète telle que les textes la prévoient<sup>115</sup> pouvant prendre une heure (estimation avancée par des praticiens expérimentés). Les médecins n'ont pas vraiment le choix et reportent leurs priorités vers des publics ciblés par leur orientation scolaire (élèves mineurs soumis à des travaux réglementés dans une voie de formation technologique ou professionnelle), par les troubles ou difficultés spécifiques qui les affectent et qui justifient des projets individualisés prévus par la réglementation (situations de handicap notamment), par les urgences de situations de danger (examens à la demande en faveur d'enfants pour qui existe une suspicion de maltraitance, d'adolescentes mineures enceintes,...).

En outre, des équipes locales de médecins ont alerté la mission sur des explications d'ordre qualitatif : les situations plus variées aujourd'hui des élèves examinés sont souvent complexes et chronophages parce qu'elles exigent des concertations avec des partenaires au sein de l'institution mais aussi avec des services de soins spécialisés.

Plusieurs solutions sont mises en œuvre pour tenter de réaliser les examens de la sixième année :

- les infirmiers voient systématiquement les élèves pour vérifier vue et audition et alertent les médecins sur les enfants à recevoir pour un bilan médical complet ; cela peut se heurter à l'opposition d'infirmiers qui considèrent que cela ne relève pas de leurs missions ;
- les alertes sont exclusivement celles des enseignants suite à la passation d'évaluations censées révéler des indices de troubles des apprentissages ;
- seuls les élèves des écoles en éducation prioritaire sont vus de manière générale, et quelques autres pour lesquels des demandes circonstanciées sont transmises par les directeurs ;
- un des départements visités applique le principe d'universalisme proportionné : pour tous les élèves de grande section, des questionnaires renseignés par les enseignants d'une part, par les parents d'autre part, sont analysés par les médecins qui prennent en compte également des informations transmises en amont par la PMI pour déterminer sur cette base les enfants qu'ils verront en examen. Dans ce département, environ 30 % des enfants de grande section sont vus en bilan médical réel, quel que soit l'environnement ; les médecins notent une différence entre les élèves de l'éducation prioritaire et les autres en matière de suivi des préconisations de soins qu'ils peuvent faire (de 30 % à 40 % pour les uns, de 70 % à 80 % pour les autres d'après les données locales).

En l'absence d'examen médical et même quand des précautions ont été prises (questionnaires préalables), le risque de passer à côté de problèmes importants existe.

Plus généralement, dans le premier degré, les équipes pédagogiques en théorie pourraient être aidées par les personnels de santé ou sociaux, pour les actions éducatives comme pour le repérage de situations délicates. La disponibilité de ces personnels est trop faible pour qu'un investissement important en temps leur soit demandé. Une circulaire de 2017 prévoit l'intervention des assistants sociaux affectés en collège dans le premier degré seulement en réseau d'éducation prioritaire

---

<sup>115</sup> Cf. texte de l'arrêté en annexe 3.

renforcé (cf. annexe 3). Les équipes pédagogiques qui en bénéficient s'en félicitent, y voient une amélioration de leur travail avec les familles, un affinement de leur compréhension des problématiques éducatives qui affectent l'assiduité, les comportements ou la réussite scolaire des élèves ; les directeurs d'école ont enfin des conseils techniques avisés dans les cas difficiles voire un soutien réel dans des situations de tension. C'est aussi un gain de temps assuré dans le traitement des dossiers et une possibilité pour les pédagogues de se recentrer sur le pédagogique en confiant le social à plus expert qu'eux. Il est vraiment regrettable que le déploiement soit encore si peu avancé et restreint aux seuls REP +.

#### 2.2.1.4 La communication avec les parents, sous des modalités nouvelles parfois, s'est développée mais elle ne les touche pas tous

De manière généralisée, un accueil et une information des parents par les équipes pédagogiques sont aujourd'hui mis en place mais la difficulté est de mobiliser tous les parents même lorsque les écoles et établissements déploient des dispositifs qui se veulent ouverts, accueillants, aussi peu techniques que possible, sans prétention à une substitution des enseignants aux rôles parentaux. En dehors des convocations auxquelles d'ailleurs elles ne répondent pas toujours, les familles que l'on dit « éloignées » de l'École sont les moins présentes alors qu'elles auraient peut-être plus besoin que d'autres d'échanges autour de la scolarité, et plus largement de l'éducation, de leurs enfants, échanges entre elles et avec des professionnels qui ne sont pas seulement les enseignants. Le maître-mot souvent entendu par la mission est « *confiance* » : créer de la confiance, maintenir et ne pas trahir la confiance ; il s'agit, selon une directrice d'école, d'« *aider les familles pour aider les enfants empêchés dans le domaine scolaire* ». Il semble plus aisé d'instaurer de telles relations quand l'enfant fréquente la maternelle, parce que les parents peuvent être quotidiennement rencontrés par l'équipe pédagogique.

Des outils ont été diffusés qu'utilisent plus ou moins les équipes pédagogiques, notamment la « mallette des parents » constituée de ressources destinées aux acteurs de l'École pour les aider à définir des contenus de réunions pour les parents et à animer les échanges. Des « espaces-parents » ont été promus dans les écoles et établissements et un guide diffusé à l'intention des directeurs et des chefs d'établissement pour une aide à leur mise en place ; la réalisation reste balbutiante et tributaire de la disponibilité d'espaces et d'animateurs potentiels pour ces lieux particuliers. Afin d'intensifier les relations et de les faire évoluer sur un plan qualitatif, le ministère met en place des « référents-parents » en académie : ce sont en majorité des professionnels du service social qui sont appelés à jouer ce rôle consistant à animer, à l'échelle de l'académie, en partenariat avec des associations, le travail sur les divers territoires ; pour la DGESCO, il convient de développer un réseau de formateurs compétents sur ce sujet pour pouvoir mettre en place des actions intégrées au plan académique de formation, ce dont l'observation sur le terrain et la rencontre d'acteurs locaux confirme la nécessité tant les réalisations restent ponctuelles et loin, donc, de s'inscrire dans une perspective universelle.

## 2.2.2 Au sein des conseils départementaux, l'écart s'accroît entre la visée universaliste, même « proportionnée », des services de PMI, et la réalité de leur action

Tous les interlocuteurs de la mission soulignent les atouts des services de PMI en matière de prévention : proximité avec l'usager en raison d'un réseau d'implantations territoriales étendu<sup>116</sup> ; diversité des modes d'actions, à caractère individuel ou collectif ; pluridisciplinarité des équipes à caractère médical et médico-social ; gratuité... Pour autant, tous soulignent les limites majeures que rencontrent ces services dans la réalisation de leurs missions de prévention « universelle » :

- la « couverture » que ces services assurent des différentes consultations et entretiens prévus dans le suivi médical de la mère et de l'enfant (notamment l'entretien prénatal du quatrième mois de grossesse, le suivi postnatal, les visites médicales réglementaires prévues durant toute la petite enfance) tend à se réduire – même si l'on ne connaît pas avec certitude leur taux de réalisation par les services de PMI au plan national (cf. *infra*, partie 2.4). Les visites à domicile des puéricultrices en post-natal sont en pratique aujourd'hui entièrement ciblées sur des familles présentant des critères de risques (eux-mêmes variables d'un département à l'autre)<sup>117</sup>. Pourtant obligatoire, la transmission des trois certificats de santé<sup>118</sup> à la PMI, mais également celle des extraits d'actes de naissance, semble en outre imparfaite, limitant mécaniquement l'exploitation que les services peuvent en faire. Les services de PMI ne sont pas toujours en mesure, à cet égard et en raison des insuffisances des échanges d'information avec le système de médecine libérale et hospitalière (cf. *infra*, partie 3.1.3), de repérer des carences majeures dans le suivi de l'état de santé des enfants<sup>119</sup>;
- le bilan de santé de la quatrième année en école maternelle est très majoritairement réalisé par des puéricultrices ou des infirmières, qui n'orientent vers le médecin qu'en cas de difficulté repérée<sup>120</sup>, et qui se limite le plus souvent à un simple dépistage visuel et auditif. Une évaluation de cette organisation serait souhaitable pour en apprécier l'impact ;
- le nombre d'interventions à caractère collectif (ateliers, actions d'information...), utiles pour atteindre les familles réticentes à un suivi individuel, tend à diminuer. Selon les témoignages recueillis par la mission, de telles interventions sont quasiment inexistantes sur certains territoires.

Les causes de ces évolutions sont à rechercher notamment dans :

- les tensions très fortes sur les moyens dont disposent les services de PMI, en particulier l'insuffisance de ressource médicale ; les difficultés de recrutement de médecins de PMI sont mises en avant par l'ensemble des interlocuteurs rencontrés par la mission. Cela confirme la baisse déjà enregistrée par la DREES du nombre de médecins de PMI entre 2007 et 2012<sup>121</sup> ;

<sup>116</sup> Selon l'étude de la DREES d'avril 2015, on dénombrait en 2012 plus de 5100 points fixes de consultation de la PMI sur le territoire national.

<sup>117</sup> Voir notamment l'étude de l'agence des nouvelles interventions sociales et de santé (ANISS) : « *Les PMI, un formidable potentiel préventif qui appelle à davantage d'investissement* », publiée en juillet 2018.

<sup>118</sup> Certificats correspondants à l'examen du huitième jour, du neuvième mois et du vingt-quatrième mois.

<sup>119</sup> La décision du Défenseur des droits n°2017-338 met largement en évidence ces carences et leur impact dans le cas d'une famille de quatre enfants (absence de procédure efficace de transmission des extraits d'actes de naissance par l'officier d'état civil – les services de PMI n'ayant alors pas connaissance des enfants dépendants de sa circonscription ; absence de suivi de la grossesse, absence de transmission des certificats de santé obligatoires).

<sup>120</sup> Dans certains départements, selon les témoignages recueillis par la mission, le pourcentage d'enfants vus par un médecin lors du bilan de la quatrième année est estimé à 10 %.

<sup>121</sup> « *Les services de PMI : plus de 5000 sites de consultations en 2012* », Etudes et résultats, 2015, DREES. Le nombre de médecins en position d'activité est passé de 2210 en 2007 à 2090 en 2012 ; en revanche, le nombre des autres professionnels a augmenté sur la période.

- le poids croissant des mesures de protection de l'enfance auxquelles la priorité est donnée, ces mesures étant perçues comme « obligatoires ». Selon certains interlocuteurs de la mission, ce glissement de l'activité des services de PMI est parfois d'autant plus net que ces derniers ont été regroupés avec les services sociaux et les services de l'ASE dans le cadre de démarches de pluridisciplinarité (cf. *infra*, partie 3.1.1) ; le risque pointé est alors que l'action soit réduite au « plus petit dénominateur commun », par exemple le suivi des familles bénéficiant d'actions éducatives à domicile, avec un déport de l'activité sur les situations de risque voire de danger avéré. Le temps de travail consacré à la participation des puéricultrices et des infirmières de PMI à l'évaluation des IP est également pointé.

Cette situation est parfois durement ressentie au sein des services de PMI, source de multiples tensions. Elle alimente le débat très vif chez les professionnels concernés sur la visée universelle ou ciblée de leur action. De nombreux acteurs soulignent à cet égard, en l'état actuel de l'organisation des services de PMI et de leurs relations avec le système de santé de « droit commun » (cf. *infra*, partie 3.1.3), les limites de l'approche de leurs missions en termes d'universalisme « proportionné », consistant à « garantir l'accès de la PMI à tous, tout en portant une attention particulière aux personnes démunies ou en situation de précarité »<sup>122</sup> : ils pointent le risque que la PMI n'atteigne *in fine* ni l'objectif d'universalisme, ni celui de prise en charge des publics les plus vulnérables, en raison de l'insuffisance des moyens dont ils disposent mais également de celle des outils de repérage et de ciblage de ces publics (cf. *infra*, partie 2.3.1).

### 2.2.3 Malgré la réaffirmation du principe d'universalisme du soutien à la parentalité, les dispositifs CNAF sont dans les faits orientés vers les familles les plus fragiles

Dans la stratégie de la CNAF, le soutien à la parentalité est conçu comme un outil de prévention à visée universaliste, approche réaffirmée également par le rapport de l'IGAS «*Évaluation de la politique de soutien à la parentalité*<sup>123</sup> » et par la récente stratégie nationale de soutien à la parentalité<sup>124</sup> qui pose l'universalisme comme principe fondamental. À l'exception de certains dispositifs portant sur le maintien des liens que sont les espaces de rencontre et la médiation familiale destinés à des familles déjà fragilisées, les dispositifs de soutien à la parentalité sont ouverts à toutes les familles<sup>125</sup>. Cependant cet objectif d'universalisme trouve ses limites :

- l'universalisme supposerait une offre suffisante et calée sur les besoins ; or la création de REAAP et LAEP reposant sur des cofinancements d'acteurs divers reflète davantage des dynamiques locales qu'une volonté de mailler le territoire ;

---

<sup>122</sup> Cf. le rapport « *Protection maternelle et infantile, soutien à la fonction parentale, protection de l'enfance et mode d'accueil* » piloté par la direction générale de la cohésion sociale (DGCS).

<sup>123</sup> [http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/RM2013-015P\\_-TOME\\_I\\_DEF.pdf](http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/RM2013-015P_-TOME_I_DEF.pdf).

<sup>124</sup> Assurer l'accès universel au soutien à la parentalité.

<sup>125</sup> La charte des REAAP affiche cet universalisme : « *il convient de veiller à ce que les actions s'adressent à toutes les familles quelles qu'elles soient* » (circulaire du 21/12/2008).

- comme l'ont montré le rapport du Haut conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge (HCFEA)<sup>126</sup> et le rapport précité d'évaluation de la COG de la CNAF, les REAAP sont dans les faits orientés vers les familles qui en ont le plus besoin (sans emploi, monoparentales, et jeunes parents). La fluctuation de la cible exprimée dans la COG (cible visée 30 % des familles bénéficiaires d'une action REAAP en 2017, diminuée à 11 % ce qui est encore très au-dessus de la réalisation) interroge sur la vocation universaliste du dispositif. Il en va de même pour les LAEP, quant à eux, ciblés sur certains territoires et sur une tranche d'âge précise (enfants de 0 à 6 ans) ;
- si ces deux types de dispositifs (REAAP ou LAEP) accueillent toutes les familles, de plus en plus de familles y sont orientées « en attendant » une prise en charge d'un autre niveau : plusieurs associations ont mentionné à la mission l'orientation de familles dans l'attente d'un rendez-vous en centre médico-psychologique (CMP) ou d'une prise en charge par la PMI ou le service social du département, « *les équipes de ces services étant elles-mêmes débordées* ».

### 2.3 Trop tardives, trop peu nombreuses et intensives, les interventions ciblées peinent à répondre efficacement au besoin d'étayage et d'accompagnement des familles vulnérables, dont le repérage reste insuffisant

#### 2.3.1 Le repérage des familles vulnérables se heurte à de multiples obstacles

La capacité à identifier le plus précocement possible les familles présentant des vulnérabilités ou des risques justifiant une action préventive ciblée est déterminante. Elle l'est d'autant plus que certaines familles peuvent être très isolées physiquement (cf. *infra*, partie 3.2), ou avoir tendance à « fuir » le contact avec les institutions, souvent par manque de confiance en elles, ou par peur d'être repérées et surtout jugées. En filigrane, la peur du placement, parfois transmise de manière intergénérationnelle, peut être présente, avec une image très négative des services sociaux, d'abord perçus comme des services « placeurs d'enfants ». Cette peur alimente une méfiance vis-à-vis des institutions et constitue un obstacle majeur à la mise en œuvre d'une démarche de prévention par les acteurs institutionnels, qui évoquent souvent les « *portes fermées* ». Au-delà du repérage, l'enjeu consiste alors à savoir « aller vers » ces familles pour les amener à entrer dans des dispositifs de prévention ciblées (cf. *infra*, partie 2.3.4).

Or le repérage des familles vulnérables se heurte à de multiples difficultés et intervient souvent trop tardivement, par le canal d'une IP voire d'un signalement, alors que leur situation s'est considérablement dégradée.

##### 2.3.1.1 Le repérage précoce des « signaux faibles d'alerte », en amont de toute IP, reste limité

L'organisation institutionnelle de ce repérage présente de nombreuses insuffisances.

D'une part, les outils de repérage des vulnérabilités mis en place par les différentes institutions restent limités et peu opérationnels.

---

<sup>126</sup> « *Les dispositifs et les actions de soutien à la parentalité s'adressent à l'ensemble des parents* » in Stratégie nationale de soutien à la parentalité 2018-2022. [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/180702\\_-\\_dp\\_-\\_strategie\\_nationale\\_2018-2022vf.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/180702_-_dp_-_strategie_nationale_2018-2022vf.pdf).

Comme indiqué en partie 1, très peu de conseils départementaux ont mis en place des diagnostics des vulnérabilités territorialisées permettant de cibler des actions de prévention sur des familles.

L'exploitation des informations détenues par les différents services, qui pourrait permettre le repérage de familles à risques à partir de critères d'alerte pré-identifiés, reste en outre limitée :

- dans le cadre de la périnatalité, certains services de PMI ont mis en place des systèmes informatisés de repérage de familles à partir de l'analyse automatisée des déclarations de grossesse et des avis de naissance : le plus souvent, en cas d'alerte sur un des « clignotants » correspondant à un facteur de risque (mère isolée, parents inactifs ou très jeunes, prématurité de l'enfant, naissances multiples), une proposition de visite à domicile est adressée par courrier à la famille, avec en général un mécanisme de relance si la famille ne répond pas, voire un déplacement d'un professionnel du service de PMI qui va « frapper à la porte ». Cependant, outre les limites liées à l'absence de transmission effective de ces documents à la PMI dans certains cas, les services rencontrés par la mission indiquent qu'en l'absence de tout caractère contraignant, aucune suite n'est souvent donnée à la proposition. Par ailleurs, au-delà de la période périnatale, les informations contenues dans les certificats de santé obligatoires transmis à la PMI semblent très peu exploitées à des fins de repérage (la transmission effective de ces certificats étant elle-même très inégale, notamment pour les certificats des neuvième et vingt-quatrième mois – cf. supra) ;
- de manière générale, le cloisonnement des systèmes d'information utilisés, notamment au sein des conseils départementaux, par les différents services (PMI – service social de secteur – aides financières – service de l'ASE...) ne facilite pas les recoupements systématiques d'informations qui pourraient pourtant alerter sur une situation donnée ;
- l'offre de service proposée par les CAF en cas de survenue d'un fait générateur (séparation, décès d'un enfant, décès d'un parent, impayé de loyer, impayé accession, non décence du logement, RSA majoré) n'intègre pas de façon explicite le repérage des familles à risque en termes de protection de l'enfance ;
- enfin, le service d'accueil téléphonique 119 « Allo enfance en danger » qui fonctionne 24 heures sur 24 est peu connu dans l'ensemble de la population. Le plan de lutte contre les violences faites aux enfants<sup>127</sup> a déjà pointé cette méconnaissance en se fondant sur une enquête réalisée par l'institut Harris en 2015 et qui montre qu'un Français sur deux estime ne pas être suffisamment informé sur le sujet.

D'autre part, et surtout, le repérage se heurte de manière générale à l'insuffisance des échanges et de la communication entre les différents services, qui ne prennent souvent pas le temps de partager les signaux d'alerte perçus par les uns et les autres et de les relier entre eux<sup>128</sup>.

Enfin, plusieurs interlocuteurs de la mission mettent en avant les conséquences de l'évolution des modes d'action des travailleurs sociaux, et notamment des assistants sociaux « généralistes » de secteur. Comme développé en partie 2.3.4, la segmentation croissante de leur travail, la charge de gestion liée à la complexité des dispositifs, l'augmentation de la taille des portefeuilles de personnes suivies limitent leur capacité à repérer sur la base de « signaux faibles » les familles vulnérables dans le champ de la protection de l'enfance. La tendance à la diminution des visites à domicile, qui s'observe chez les assistants sociaux de secteur mais également dans d'autres services, notamment la PMI, constitue un point d'alerte particulier : tous les professionnels soulignent le caractère souvent déterminant de telles visites en protection de l'enfance.

---

<sup>127</sup> Premier plan triennal de lutte et de mobilisation contre les violences faites aux enfants.

<sup>128</sup> Voir la décision du Défenseur des droits du n°2017-338 précédemment citée, qui pointe notamment le traitement cloisonné des demandes d'aides financières, en dehors de toute approche d'ensemble de la situation et des besoins des familles concernées, qui seule permettrait d'identifier la nécessité d'intervenir en protection de l'enfance.

### 2.3.1.2 Le repérage intervient largement par le canal des IP, qui reste lui-même trop tardif et à plusieurs égards défailant

Le dispositif des CRIP constitue, de l'avis de la grande majorité des interlocuteurs de la mission, l'un des outils les mieux « appropriés » de la loi de 2007. Les résultats de l'enquête menée début 2017 par l'ODAS et le Journal des acteurs sociaux (JAS) montrent que plus de 86 % des acteurs concernés par la protection de l'enfance évoquent la présence d'une CRIP dans leur territoire. Le déploiement du dispositif s'est en outre accompagné d'un approfondissement réel du partenariat entre les principaux réseaux, notamment les conseils départementaux et l'éducation nationale (cf. *infra*, partie 3.1.2).

Pour autant, le repérage par le canal des IP se heurte à des difficultés persistantes, les IP arrivant trop tardivement au regard de l'objectif d'une intervention en prévention ciblée<sup>129</sup>.

L'insuffisante mobilisation, pour de multiples raisons, de certains acteurs apparaît comme une des principales difficultés : manque de formation, de sensibilisation, d'information<sup>130</sup> ; méconnaissance du circuit de la CRIP et des procédures mises en place à l'échelle départementale ; crainte de se tromper, et d'être en « porte à faux » vis-à-vis des familles ; crainte de stigmatiser les familles et d'être à l'origine d'un placement ; crainte, dans certains cas, de représailles des familles, sous des formes diverses – violences verbales, mise en cause judiciaire... Ces freins ressortent nettement des témoignages des personnels de l'éducation nationale, qui sont pourtant, de loin, les premiers « pourvoyeurs » d'IP. Ils sont particulièrement présents dans certains secteurs, notamment la santé (hôpital et médecine libérale) qui n'est à l'origine que d'une très faible part des IP<sup>131</sup> :

- les causes invoquées ressortent tant de l'insuffisance de formation initiale et continue des médecins, de leurs incertitudes quant au diagnostic à poser au regard de certains signes cliniques (en dépit des outils mis en place par la Haute autorité de santé (HAS)<sup>132</sup>), que de leur crainte des conséquences pour la famille ;
- au-delà, la capacité des médecins libéraux, notamment généralistes, à repérer des signaux d'alerte est mise en cause au regard de l'évolution des consultations elles-mêmes : plus courtes, plus « cadrées », elles se limitent souvent à l'examen du seul motif médical, indépendamment de toute prise en compte du contexte social. La diminution du nombre des visites à domicile des médecins généralistes limite également leur capacité de repérage ;
- en milieu hospitalier également, l'alerte tarde parfois à être donnée, les services pouvant, selon les témoignages recueillis par la mission, avoir tendance à se renvoyer la responsabilité de la décision. Comme l'a souligné récemment le Défenseur des droits<sup>133</sup>, l'absence de désignation d'un référent « protection de l'enfance » dans les établissements hospitaliers<sup>134</sup>, qui permettrait aux médecins d'échanger avec l'un de leurs pairs spécialisé dans ce domaine, est à cet égard préjudiciable.

Au-delà, le processus même d'organisation et de fonctionnement des CRIP reste perfectible :

<sup>129</sup> Voir notamment le rapport sénatorial d'information sur la protection de l'enfance établi par Mmes Muguette Dini et Michelle Meunier (juin 2014).

<sup>130</sup> Le questionnaire adressé par la mission aux conseils départementaux montre que les actions de formation sur les IP mises en œuvre par ces derniers concernent principalement leurs propres agents (PMI, service social) - seuls un tiers des répondants ayant mis en place des actions en direction des personnels de santé ou des professionnels de la petite enfance (crèches, assistantes maternelles) et de l'enfance (centres de loisir).

<sup>131</sup> Il n'existe pas de source nationale permettant de connaître l'origine des IP (cf. *infra*, partie 2.4).

<sup>132</sup> HAS, fiche mémo : « *maltraitance chez l'enfant, repérage et conduite à tenir* », juillet 2017.

<sup>133</sup> Voir le rapport annuel 2018 du Défenseur des droits : « *De la naissance à 6 ans, au commencement des droits* ».

<sup>134</sup> La désignation d'un référent « protection de l'enfance » dans chaque établissement hospitalier constitue une recommandation du plan interministériel relatif aux violences faites aux enfants 2017-2019.

- si, dans la majorité des cas, le délai légal de trois mois pour réaliser l'évaluation de l'IP semble respecté<sup>135</sup>, de nombreux interlocuteurs soulignent qu'il peut être très variable et dans certains cas très supérieur à trois mois, notamment pour les situations les plus complexes. L'insuffisance du suivi de ce délai est également largement pointée ;
- de manière générale, subsistent de très nombreuses variations de pratique et de « doctrine » sur le processus d'évaluation lui-même, liées tant à l'absence de cadre de référence partagé par l'ensemble des conseils départementaux (cf. *infra*, partie 2.4)<sup>136</sup>, qu'aux différences dans l'organisation de l'évaluation au sein des CRIP (pluridisciplinarité plus ou moins effective, association ou non de personnels externes aux départements tels que les assistants sociaux de l'éducation nationale,...) ;
- le suivi des suites des IP est parfois insuffisant, notamment lorsque celles-ci débouchent sur un simple renvoi à un accompagnement social de secteur, et non à une mesure déterminée (AED, AEMO) : plusieurs interlocuteurs de la mission indiquent que l'effectivité de ce suivi n'est pas toujours assurée ;
- sans en remettre en cause le bien-fondé, les professionnels rencontrés (notamment les personnels de PMI, les assistants sociaux au sein des conseils départementaux mais également de l'éducation nationale) soulignent enfin le poids croissant de l'évaluation des IP dans leur charge de travail, au détriment parfois du temps consacré à l'accompagnement<sup>137</sup>.

En raison de ces limites au repérage des familles vulnérables, de nombreuses situations qui le nécessitent ne sont pas évaluées, ou passent inaperçues et se dégradent jusqu'à ce qu'un signal « majeur » finisse par donner l'alerte. Sans que ce constat puisse être étayé par des données précises, de nombreux acteurs relèvent par exemple qu'il faut souvent attendre l'entrée à l'école élémentaire pour que l'on découvre, par le canal d'une IP, des problématiques socio-éducatives lourdes qui se répercutent sur les apprentissages de l'enfant, fréquemment associées à d'importants troubles du comportement.

### 2.3.1.3 Les limites du repérage des familles vulnérables au sein de l'éducation nationale, pourtant de loin le principal « pourvoyeur » d'IP, illustrent ces difficultés

Dans le système scolaire, les problèmes existent surtout dans le premier degré. Dans les collèges et lycées, la mobilisation des personnels éducatifs, de santé ou sociaux aux côtés des professeurs facilite, du fait de leur formation et leur positionnement professionnel, le tri des situations qui paraissent problématiques en première approche. Dans les écoles où le recours aux enseignants spécialisés du RASED, aux personnels sociaux et de santé est possible mais rarement immédiat et souvent compliqué, les équipes pédagogiques sont souvent démunies, et encore plus dans les petites écoles où l'échange entre pairs est réduit. Les enseignants constatent des comportements perturbés et souvent perturbateurs mais l'interprétation qu'ils en font est soumise aux limites de leur formation et ils doutent souvent de leur légitimité à intervenir face à des problématiques qui relèvent de choix parentaux ou de contraintes qui s'exercent sur les familles (précarité par exemple). Rares sont les contextes où les directeurs d'école peuvent avoir des conseils avisés dans des délais réduits ; c'est le cas dans le Nord où des « directeurs de vie scolaire » ont un rôle

<sup>135</sup> Selon les résultats du questionnaire d'état des lieux de la mise en œuvre des dispositifs créés ou renforcés par la loi du 14 mars 2016 réalisé par la DGCS en partenariat avec l'association nationale des directeurs d'action sociale et de santé (ANDASS), les conseils départementaux indiquent réaliser l'évaluation de l'IP dans le délai de 3 mois à compter de sa réception dans 77 % des cas.

<sup>136</sup> A noter en particulier les nombreuses interrogations qui existent sur la qualification même des IP, notamment lorsque celles-ci sont considérées comme non fondées en amont même du processus d'évaluation.

<sup>137</sup> Sont notamment pointés les risques « d'engorgement » du système liés au traitement d'IP qui ne nécessitent pas d'intervention (les « faux positifs »).

d'accompagnement de leurs pairs sur demande de ceux-ci. Ce sont des directeurs en poste – trois pour le département - qui bénéficient d'un temps de décharge supplémentaire pour exercer leur fonction spécifique. L'objectif premier est la prévention de risques dans les relations avec les parents notamment et de gros problèmes avec les élèves. Ils ne rendent pas compte de leurs actions dans le détail aux autorités hiérarchiques mais peuvent alerter en cas de problème majeur ; cela semble une condition de bonne collaboration avec leurs pairs.

Par ailleurs, pour engager une démarche à visée de diagnostic ou d'aide, consultation d'un psychologue, proposition de rencontre avec un médecin ou un assistant social, il faut le consentement préalable des parents ou une implication minimale de leur part. La crainte des réactions est parfois un obstacle pour intervenir, notamment quand la famille a déjà un passé de relations – parfois un passif - avec les institutions ou les services sociaux. Plusieurs témoignages font état de menaces ou de réactions agressives caractérisées. C'est souvent quand il y a matière pour les enseignants d'entrer dans le dispositif des informations préoccupantes que se cristallisent les difficultés relationnelles avec la famille.

Les directeurs d'école recourent aux aides les plus aisément disponibles : soit celles des psychologues scolaires (plus rarement des assistants sociaux), soit celle de l'inspecteur chargé de la circonscription. Les premiers peuvent installer une confiance minimale pour que s'enclenchent des démarches nécessaires, par un dialogue plus distancié que celui que les directeurs ou enseignants peuvent mener quand ils sont déjà très voire trop impliqués dans des tensions. Les inspecteurs, outre la validation explicite des propositions des enseignants qui témoignent d'un soutien, peuvent jouer de leur position institutionnelle pour rappeler les règles quand des limites ont été franchies, préciser les prérogatives de l'Ecole en matière de protection de l'enfance, inciter à entrer dans une collaboration avec l'équipe pédagogique dans l'intérêt des enfants. Ce n'est pas toujours suffisant.

Que ce soit dans le premier ou le second degré, la responsabilité qui incombe aux acteurs de l'institution scolaire en matière d'alertes (informations préoccupantes) ou de signalements à la justice est comprise. Il y a eu une adaptation aux évolutions des règles en la matière mais les circuits d'information ne sont pas toujours clairs aux yeux des acteurs ou pas encore bien organisés, parfois à l'intérieur de l'éducation nationale (faut-il ou non adopter la voie hiérarchique, par exemple). Des formations ont eu lieu, les ressources à destination des équipes éducatives mises en ligne par la DGESCO ont été exploitées et restent à disposition. Des apports plus méthodologiques seraient nécessaires pour les équipes pédagogiques du premier degré qui ne sont souvent pas préparées au recueil de la parole des enfants d'une part et, d'autre part, à la transcription de cette parole pour le passage par l'écrit qu'exige toute transmission d'alerte.

S'il est parfois difficile à assumer, le signalement à la justice perçu comme répondant à une situation d'urgence (perception d'un danger avéré) est moins dépendant des sentiments ou scrupules personnels.

### 2.3.2 Les interventions en direction des parents et des enfants sont trop tardives

#### 2.3.2.1 Si le caractère déterminant de certaines périodes (périnatalité, adolescence) est bien repéré, les interventions ciblées des conseils départementaux à d'autres périodes de la petite enfance et de l'enfance restent globalement insuffisantes

L'importance d'agir en prévention est bien repérée par l'ensemble des acteurs institutionnels rencontrés par la mission à deux moments clés :

- la périnatalité, une période à la fois difficile (bouleversement des équilibres familiaux et conjugaux, impact des troubles maternels de l'attachement et des dépressions du postpartum, isolement et/ou jeunesse de certains parents, risques spécifiques tels que le syndrome du bébé secoué...) et déterminante, au regard de la vulnérabilité évidente des bébés, et de l'enjeu pour l'enfant d'acquiescer le plus précocement possible, au travers de la relation parentale, une sécurité de base, physique et psychique ;
- l'adolescence, en raison des problématiques et des risques propres à cette période.

Pour autant, de nombreux acteurs soulignent l'insuffisance des interventions en direction de la petite enfance, notamment entre la période de périnatalité et l'entrée à l'école maternelle à trois ans, et surtout de l'enfance, en direction des enfants de six à onze ans scolarisés à l'école élémentaire, alors que de nombreux indicateurs alertent sur l'augmentation des troubles les concernant (cf. *supra*, partie 1.1). De fait, situés en dehors du champ de la PMI et de nombreux dispositifs de soutien à la parentalité<sup>138</sup> d'une part, des dispositifs ciblés sur les adolescents (maison des adolescents, prévention spécialisée) d'autre part, les enfants de cette tranche d'âge bénéficient peu des principaux dispositifs de soutien à domicile ciblés pilotés par les conseils départementaux, notamment les AED et les AEMO, et les AED et les AEMO « renforcées » pour lesquelles des bornes d'âge minimum (13-14 ans) ont pu être fixées dans certains départements. Plusieurs interlocuteurs de la mission soulignent que les situations suivies en AEMO comme en AED arrivent le plus souvent en étant déjà trop « dégradées », ce qui ne permet pas ou peu d'empêcher le placement.

Certains interlocuteurs de la mission soulignent à cet égard « l'invisibilité politique » relative de ces enfants par rapport aux adolescents, sur lesquels les moyens sont parfois concentrés – notamment dès lors qu'apparaissent des enjeux de troubles à l'ordre public et de délinquance - alors qu'une intervention plus précoce serait plus efficace. De nombreux acteurs soulignent en particulier le moment « charnière » que constitue l'entrée au collège dans le parcours des enfants et des préadolescents, et l'importance d'agir en amont de cette étape, dès qu'une difficulté est repérée (absentéisme ou déscolarisation par exemple), l'intervention éducative en direction d'adolescents de 14-15 ans, dont le suivi s'arrêtera à leur majorité, s'avérant beaucoup plus difficile.

De nombreux conseils départementaux ont engagé une réflexion sur le renforcement de leurs interventions sur ces tranches d'âge. Ainsi, le conseil départemental de Loire-Atlantique a retenu dans son schéma « enfance et famille » adopté en juin 2017, les enfants de 6 à 12 ans comme l'une des cibles prioritaires de ses interventions en prévention. À ce titre, il prévoit notamment d'étendre le champ des actions de soutien à la parentalité au bénéfice d'enfants âgés de plus de 6 ans.

### 2.3.2.2 Au sein de l'éducation nationale, les moyens restent insuffisants à l'école maternelle et à l'école élémentaire, au regard de la précocité croissante des troubles qui y sont repérés

Dans le système scolaire, les interlocuteurs locaux (enseignants mais aussi personnels de santé) insistent sur le nombre croissant d'enfants dont le comportement alerte dès le début de l'école maternelle (inhibition importante, insécurité durable, comportements perturbés avec agressivité, forte instabilité...). Ils notent que les membres d'une fratrie manifestent parfois tous les mêmes perturbations, ce qui est vécu comme la preuve de l'inefficacité de ce qui a été tenté avec la famille lors de l'accueil des aînés, comme la preuve d'une impuissance à changer le cours des choses. Moins nombreux mais il y en a, sont ceux qui notent des signaux d'alerte dans les propos de parents

---

<sup>138</sup> Il existe une limite d'âge à 6 ans pour les LAEP.

démunis dans l'éducation de leurs jeunes enfants (par exemple, la demande d'intervention d'un éducateur).

Actuellement, à l'école maternelle, il n'y a plus guère d'intervention des personnels spécialisés (maîtres G notamment) pour compléter, affiner les observations effectuées par les professeurs des écoles et relativiser éventuellement ce qui doit être rapporté à un moment délicat d'adaptation à un environnement nouveau, ou pour alerter sur des problèmes plus ancrés qui exigeraient des investigations approfondies et peut-être des soins ou un suivi de l'enfant voire de la famille. Leur action, comme celle des autres membres des RASED, a été recentrée sur le cycle 2 quand leur nombre s'est restreint, au détriment de l'école maternelle, période fondamentale pour la prévention en toute matière qu'il s'agisse de la croissance de l'enfant, des acquisitions motrices et cognitives ou du développement psychoaffectif.

Les récentes « assises de l'école maternelle » organisées par le ministère de l'éducation nationale ont permis d'explicitier l'importance du besoin de sécurité, base de confiance de l'enfant pour explorer le monde et aller vers les autres, accroître son autonomie, affronter des univers d'apprentissage nouveaux. Sur la base du consensus qui existe dans ce domaine, il reste à installer une culture favorable de l'ensemble des personnels pour la prise en compte de cette dimension, donc une formation à ces problématiques au service de la réussite de l'adaptation et de la réussite scolaire.

### 2.3.2.3 Au sein des conseils départementaux, l'insuffisance des places disponibles et les délais d'attente parfois considérables contribuent à la tardiveté des interventions, notamment concernant les actions éducatives

L'ensemble des interlocuteurs de la mission pointe l'existence de délais parfois très importants dans la mise en place effective des mesures d'intervention à domicile, notamment les actions éducatives (AED, AEMO), liés à l'insuffisance des places disponibles. Les systèmes d'information des conseils départementaux ne permettent pas d'objectiver ces délais<sup>139</sup>, qui sont vraisemblablement assez variables d'un territoire à l'autre mais ne font l'objet d'aucun suivi ni d'aucun pilotage. Les témoignages convergent cependant pour souligner leurs conséquences, à deux niveaux :

- ces délais d'attente font très largement perdre le sens des mesures lorsqu'elles sont mises en œuvre : la « période de latence » qui en découle vient souvent interrompre une dynamique qui a été longue à construire avec les familles au cours des phases d'évaluation et de préparation de la décision, et entraîne parfois un délitement de leur adhésion, d'autant plus que ce délai n'est en général pas « géré » en lien avec celles-ci<sup>140</sup>. Ce processus est particulièrement délétère, car il décrédibilise la parole du juge comme du travailleur social en charge du suivi, et se traduit parfois par une réaction négative de la famille vis-à-vis de ce dernier, dont les compétences individuelles peuvent être remises en cause ;

<sup>139</sup> Les témoignages recueillis par la mission font état, dans de nombreux cas, de délais de plus de 6 mois pour la mise en œuvre d'une AEMO. De tels délais sont également pointés dans des rapports récents de contrôle de certains services d'aide sociale à l'enfance par l'IGAS, notamment le Pas de Calais.

<sup>140</sup> Certains départements s'engagent à cet égard dans des expérimentations visant à « contenir » et organiser ce délai d'attente en mettant précocement en relation le service prestataire et la famille, afin d'évaluer « l'urgence de la situation » et « d'inscrire la mesure à venir dans l'environnement de la famille » - voir par exemple le dispositif « DALA » (dispositif alternatif à la liste d'attente) mis en place dans le Calvados.

- de manière encore plus problématique, les acteurs intègrent largement la contrainte liée aux listes d'attente dans leur décision : cette contrainte biaise souvent le choix de la mesure, en faisant opter pour tel ou tel dispositif plutôt que tel autre. Un délai d'attente très élevé pour une AEMO renforcée va ainsi par exemple conduire un juge à ordonner plutôt une mesure de placement ou à retarder une sortie de placement ; à l'inverse, l'insuffisance des places en établissement va le conduire à ordonner une intervention à domicile alors qu'un placement, ou a minima une mesure de placement à domicile, aurait été préférable<sup>141</sup>. Le risque qui en résulte parfois pour l'enfant est pointé par de nombreux acteurs. Enfin, les délais de mise en œuvre des mesures ont un effet sur leur durée, certains juges pouvant avoir tendance à ordonner des mesures plus longues pour anticiper leur délai de lancement.

#### 2.3.2.4 Les dispositifs de maintien du lien (espaces de rencontre et médiation) se judiciairisent

En théorie destinée à toute famille ayant besoin d'une aide extérieure pour résoudre un conflit, la médiation familiale tend à se déporter vers les situations les plus graves. L'augmentation du nombre de médiations dans le cadre judiciaire (19 % en 2013, 42 % en 2016 selon la CNAF) se fait au détriment des médiations « volontaires » et contrarie la visée préventive de ce dispositif. Ce déport est renforcé dans certains départements comme en Loire Atlantique du fait d'une expérimentation à l'œuvre depuis avril 2018 imposant le recours obligatoire à la médiation dans des départements du Grand Ouest pour désengorger les tribunaux judiciaires.

À l'origine exclues du référentiel, les visites médiatisées dans le cadre de l'ASE constituent l'essentiel de l'activité des espaces de rencontres. En 2016, sur les 15 000 mesures nouvelles, 88 % résultent d'une orientation judiciaire dont 80 % via les juges aux affaires familiales (chiffres CNAF). Les visites relevant de l'ASE nécessitant la présence d'un tiers demandent davantage de moyens, ce qui pose aussi la question du financement identique quel que soit le contexte de la visite.

### 2.3.3 Les interventions sont insuffisamment intensives pour être réellement efficaces au regard des difficultés rencontrées par la famille

#### 2.3.3.1 L'insuffisance des étayages en périnatalité est largement pointée

Au regard des enjeux propres à cette période, les interventions des services de PMI restent limitées pour étayer les situations parentales les plus à risques dès la naissance - les puéricultrices n'ayant le plus souvent pas les moyens de mettre en œuvre de telles interventions, qui supposent des déplacements réguliers au domicile et un accompagnement précoce et intensif à la parentalité<sup>142</sup>. La diminution des visites à domicile réalisées par les services de PMI est à cet égard particulièrement illustrative : entre 2009 et 2015, le nombre de ces visites (en régie directe ou non) a baissé de 17 %<sup>143</sup>.

<sup>141</sup> Selon l'étude de l'observatoire de l'AEMO du Pas de Calais réalisée en 2016, 31 % des AEMO ont été mises en place dans des situations où une qualification de maltraitance est avérée (dont 18 % de négligences graves, 7 % de maltraitements physiques, 5 % de maltraitance psychologique et 3 % de maltraitance sexuelle), « *ce qui pose le problème des limites à l'AEMO* », sachant que dans 18 % des cas le signalement ne préconisait pas une AEMO mais plutôt une mesure judiciaire d'investigation éducative (MJIE), un placement ou une autre mesure non précisée.

<sup>142</sup> Selon l'étude précitée de l'ANISS, 84 % des services de PMI indiquent que les professionnels intervenant à domicile ont moins de deux journées par semaine pour réaliser cette tâche, qu'ils sont en grande majorité chargés d'autres missions (bilans scolaires, évaluation d'IP, agréments des assistants maternels). La même étude indique que l'intervention à domicile se fait dans 81 % des cas sans référentiel d'aide à l'action et dans 45 % des cas sans supervision.

<sup>143</sup> Ce chiffre a été calculé par la mission à partir de données DREES issues de l'enquête Aide sociale <http://www.data.drees.sante.gouv.fr/ReportFolders/reportFolders.aspx>. Celles-ci comportant de nombreuses valeurs

Dans un contexte également caractérisé par l'insuffisance des places dans les centres maternels<sup>144</sup> et parentaux<sup>145</sup> gérés par les Conseils départementaux<sup>146</sup>, ceci conduit à des placements souvent jugés trop fréquents, dès le plus jeune âge . En 2012, la DREES comptait 75 établissements ayant des sections d'accueil mère-enfant soit 1286 places<sup>147</sup>.

Tous les interlocuteurs rencontrés par la mission pointent cette insuffisance dans le champ de la périnatalité, peu de conseils départementaux ayant, semble-t-il, mis en place des dispositifs renforcés en la matière, en raison des contraintes de moyens qui obèrent l'action des services de PMI. La mission a cependant eu à connaître de dispositifs particulièrement intéressants, notamment l'équipe mobile périnatalité d'Onnaing mise en place dans le département du Nord.

---

manquantes, le champ a été restreint aux départements dont la donnée est renseignée à la fois en 2009 et 2015 soit un peu plus des trois quarts des départements.

<sup>144</sup> Les centres maternels sont des établissements d'hébergement accueillant des femmes enceintes ou accompagnées d'enfants de moins de trois ans au titre de la protection de l'enfance.

<sup>145</sup> Les centres parentaux, longtemps « expérimentaux », ont vu leur existence « officialisée » par la loi du 14 mars 2016. Ils peuvent accueillir les enfants de moins de trois ans accompagnés de leurs deux parents lorsqu'ils ont besoin d'un soutien éducatif, ou deux futurs parents pour préparer la naissance de leur enfant.

<sup>146</sup> Concernant les centres parentaux, selon l'enquête précitée conduite par la DGCS en partenariat avec l'ANDASS relative à la mise en œuvre de la loi du 14 janvier 2016, 37 % des départements ne disposent pas de centre parental sur leur territoire. Concernant les centres maternels, à titre d'illustration, seuls 3 centres existent dans le département du Pas de Calais, ce qui est jugé largement insuffisant par les acteurs intervenant en périnatalité (cf. rapport précité de contrôle de l'aide sociale à l'enfance dans le Département du Pas de Calais, IGAS, juillet 2018).

<sup>147</sup> Donnée brute issue de l'enquête sur les établissements et services conduite en 2012 par la DREES.

**Encadré 2 : Une équipe mobile périnatale (EMP), conçue comme un outil de prévention précoce pour prévenir les troubles de la parentalité – UTPAS<sup>148</sup> d'Onnaing (59)**

L'objectif de l'équipe mobile est de prévenir les troubles de la parentalité, les dysharmonies relationnelles précoces, sources de problèmes ultérieurs voire de pathologie pour l'enfant.

Le dispositif vise à atteindre des mères vulnérables : mères mineures, monoparentalité, isolement familial, grossesses non désirées, dénis de grossesse, dépressions postnatales... Peuvent apporter leurs analyses pour déterminer les bénéficiaires tous les professionnels de l'UTPAS qui connaissent les familles ou les mères seules et ont ainsi des occasions d'observation différentes.

L'EMP est constituée d'une psychologue et d'une puéricultrice fonctionnant en binôme mais pouvant intervenir séparément (elles sensibilisent aussi les autres professionnels à la détection de la vulnérabilité de manière à ce que chacun puisse agir) ; l'intervention a toujours lieu au domicile. La démarche de la psychologue est très outillée : elle détermine une mesure du niveau de souffrance, notamment pour que le binôme ne s'engage pas dans un suivi qui excéderait ses compétences (cas psychiatriques lourds en particulier).

La problématique est précisée, explicitée et doit répondre aux besoins de la famille, discutés avec elle ; cette mise en mots est jugée importante (forme de démystification de l'action des psychologues dont les intentions sont parfois obscures pour les familles, incomprises et inquiétantes).

La période couverte va de la grossesse à l'âge de 18 mois de l'enfant mais peut être plus courte. Le rythme des rencontres est défini avec la famille et peut varier au cours du suivi. Le cheminement dans le temps doit permettre de trouver des voies de sortie afin qu'un accompagnement adapté prenne le relais du suivi selon les besoins persistants.

Durant le suivi, tous les appuis possibles sont mobilisés en plus de l'intervention de l'EMP : des professionnels mais aussi des ressources familiales ou du voisinage. Il peut y avoir des coopérations avec les professionnels libéraux (sage-femme, médecin...). Le suivi long permet aussi de mobiliser les CMP de telle façon qu'au moment où l'accompagnement s'arrêtera il y ait un relais possible, si nécessaire, sans différer puisqu'on aura anticipé.

Les effets constatés sont divers : placement évité ; dépressions dépassées ; développement global du bébé satisfaisant dans des situations qui paraissaient compromises ; resocialisation de mères isolées ; amélioration de l'estime de soi quand les compétences parentales sont reconnues par les intervenants et, surtout, dans les cas où des défaillances antérieures avaient été constatées (premier enfant placé récupéré et deuxième enfant correctement pris en charge par exemple).

Les vecteurs d'efficacité tels qu'identifiés par l'équipe locale de l'UTPAS sont les suivants : le « moment clé » en prévention, la grossesse et la naissance d'un enfant constituant une période particulière où beaucoup de problèmes deviennent évidents ; des interventions rapprochées et dans la durée ; l'outillage théorique apporté par des formations spécifiques ; l'interdisciplinarité ; le réseau, l'identification des relais ; le suivi de l'action.

La formation est importante (sur le temps de travail) et aussi la méthodologie du travail en équipe au sein de l'UTPAS : cela passe par des échanges d'information, le partage d'acquis de formations, une co-analyse des situations, facteur de construction de compétences au sein du collectif amené à travailler sur le même secteur. L'équipe recourt à la méthodologie du « ciné-débat » : on regarde un film choisi en fonction du problème à traiter, entre professionnels et on en discute ensuite, outillés par des supports théoriques. Le support a un effet-miroir de la vie de chacun qui débloque la parole. L'équipe insiste sur le « levier de la culture » pour travailler avec le public cible de l'UTPAS ; la culture favorise « le pas de côté » qui permet d'entrer en communication autour de problématiques personnelles partagées.

Autre dispositif notable, le projet PANJO<sup>149</sup>, piloté par Santé Publique France, est en cours d'expérimentation dans plusieurs départements.

---

<sup>148</sup> Unité territoriale de prévention et d'action sociale.

### Encadré 3 : Le projet PANJO

Le projet PANJO est une recherche-action soutenue par Santé Publique France, en partenariat avec l'Agence des Nouvelles Interventions Sociales et de Santé (ANISS). Il est dérivé du « *Nurse Family Partnership* » mis en œuvre et évalué aux États-Unis, et issu des données de la littérature scientifique qui montrent que pour être efficaces, les interventions préventives à domicile doivent être précoces et durables, avoir des objectifs définis et être menées par des intervenants formés et supervisés. Il a pour but de comprendre comment mieux accompagner les futurs parents se sentant seuls ou trop peu entourés lorsqu'ils se préparent à accueillir leur premier enfant.

En cours d'expérimentation dans onze départements volontaires<sup>150</sup>, ce projet vise les femmes enceintes qui se sentent isolées ou trop peu soutenues (avec une cible de 500 femmes accompagnées dans le cadre de l'expérimentation). Celles-ci bénéficient d'au moins six visites à domicile, dont deux pendant la grossesse, et quatre après la naissance jusqu'aux six mois de l'enfant. Les échanges lors des visites sont centrés sur le développement des liens d'attachement précoces et le renforcement des comportements favorables à la santé, dans un climat de bienveillance. La qualité de l'intervention est essentielle, chaque visite devant inclure une période d'observation d'au moins 20 minutes. Ces interventions sont menées uniquement par des professionnels de PMI ayant bénéficié d'un dispositif spécifique d'harmonisation des pratiques (formation PANJO, référentiel commun d'intervention et supervisions).

#### 2.3.3.2 Les dispositifs de soutien à la parentalité ne sont pas à la hauteur des besoins d'accompagnement de certaines familles

De nombreux témoignages de professionnels soulignent l'importance des besoins en matière de soutien à la parentalité, jugés « énormes » au vu des « carences psycho affectives » souvent anciennes et très ancrées de certaines familles, qui plus est lorsqu'elles sont isolées, jeunes, d'une « grande immaturité », et sans aucun appui de la part de la famille « élargie » avec laquelle les liens sont souvent rompus : « *il faudrait pouvoir accompagner au quotidien ces familles, les autonomiser, en commençant par les faire sortir de chez elles, où la télévision, allumée en permanence, constitue leur seul environnement. Il faudrait pour ces familles une « école des parents » ou des « parents pour les parents »* ».

Peu de dispositifs permettent d'apporter des réponses à la hauteur de ces besoins d'accompagnement. Des expérimentations se développent cependant, avec des portages divers.

Certains départements ont structuré des réponses en s'appuyant sur les ressources internes du service social, en mettant en place des accompagnements intensifs orientés sur le soutien à la parentalité par des travailleurs sociaux, sur une période définie. D'autres s'appuient sur le secteur associatif : on peut citer à cet égard la quinzaine de « maisons des familles », développées depuis 2010 par un collectif inter-associatif, qui proposent un accueil de jour à des familles en situation de vulnérabilité au sein de « maisons » ; l'accueil y est convivial, gratuit, sans aucune formalité, avec, au choix des familles, des entretiens individuels, des projets collectifs, des groupes de parole, des activités parents-enfants, etc. D'autres encore se sont engagés dans la mise en place de dispositifs combinant un service d'accueil de jour des enfants (cf. *infra*, partie 2.3.5) avec un dispositif d'aide au renforcement des compétences parentales, dans un cadre individuel ou collectif. À titre d'illustration, le dispositif mis en place dans le Puy de Dôme et présenté ci-dessous fonctionne en lien avec une association employant des assistantes maternelles.

<sup>149</sup> Programme de « *Promotion de la santé et de l'attachement des nouveau-nés et de leurs jeunes parents : un outil de renforcement des services de PMI* ».

<sup>150</sup> Les Landes, la Loire-Atlantique, le Lot, le Maine-et-Loire, la Mayenne, la Moselle, les Pyrénées Atlantiques, le Haut-Rhin, le Rhône, la Sarthe, la Vendée.

**Encadré 4 : Le service de soutien parental et d'accueil de jour mis en place dans le Puy de Dôme**

Instauré en décembre 2016, ce service propose la mise en place d'un accueil de jour, sur décision du service de l'ASE<sup>151</sup> et avec l'accord des parents, pour des enfants de moins de 3 ans, avec un objectif préventif visant à accompagner les parents présentant des carences éducatives dans la prise en charge de leur(s) jeune(s) enfant(s). L'enfant est accueilli, sur des temps variables, chez une assistante maternelle recrutée par l'association prestataire ARAMIS<sup>152</sup>, et proche du domicile des parents, afin de le stimuler dans son développement, de travailler sur la séparation et de préparer son entrée à l'école maternelle. En parallèle, les parents sont accompagnés à domicile par une professionnelle de l'association, pour renforcer leurs compétences parentales.

Ce dispositif implique la participation directe des parents à la définition du mode de prise en charge de leur enfant. Il permet de les rendre acteurs – ce sont notamment eux qui vont déposer leur enfant chez l'assistante maternelle et viennent le rechercher au terme de la période convenue. Le dispositif est souple et doit permettre une adaptation à l'évolution des compétences parentales.

Enfin, quelques dispositifs se mettent en place pour répondre aux besoins de soutien global des familles les plus précarisées, confrontées en particulier à des problèmes de logement. Très limités en nombre, de tels dispositifs présentent l'intérêt d'articuler étroitement aide au logement, soutien socio-économique et soutien à la parentalité et à la famille dans son ensemble.

**Encadré 5 : Le dispositif de relais familial mis en place en Loire-Atlantique (Nantes) en partenariat avec la Fondation Apprentis d'Auteuil**

Ce dispositif expérimental de « relais familial » a été mis en place en partenariat entre le conseil départemental et la fondation Apprentis d'Auteuil. Il s'agit de proposer un relogement provisoire à des familles exposées à des vulnérabilités multiples et rencontrant des difficultés éducatives. Le relogement se fait en proximité immédiate d'un service éducatif et social pour des interventions intensives de trois à douze mois au sein de la famille, ce qui permet de travailler à « *refaire famille* » sans passer par le placement du ou des enfants. Prévu pour durer six ans, le projet permettra de suivre au total jusqu'à 68 enfants et 24 familles. Chaque relais se composera de cinq appartements familiaux et d'une plateforme de soutien à la parentalité.

**2.3.3.3 Les interventions à domicile financées par les conseils départementaux sont trop peu intensives pour être réellement efficaces, notamment dans le cadre des actions éducatives**

De très nombreux acteurs expriment une interrogation sur la portée et l'efficacité des interventions à domicile, notamment dans le cadre des AED ou des AEMO, en raison de leur caractère trop peu intensif pour réellement transformer les comportements parentaux. Il n'existe actuellement aucune norme d'intervention à caractère légal, réglementaire, ou qui soit issue d'un cadre de référence partagé (cf. *infra*, partie 2.4), permettant de garantir une intensité minimale d'accompagnement des familles dans le cadre des AED comme des AEMO. En pratique, la norme d'intervention est donc variable, en fonction du rapport entre les ressources des prestataires des mesures (le nombre de conseillers éducatifs) et le nombre des mesures mises en œuvre. Si les systèmes d'information ne permettent pas de connaître la norme d'intervention moyenne, ni sa variabilité d'un territoire et

<sup>151</sup> Après une évaluation réalisée par la PMI et/ou le service social.

<sup>152</sup> Les assistantes maternelles intervenant dans le dispositif sont sensibilisées par leur employeur sur les difficultés qui pourraient apparaître dans le cadre de cette prise en charge spécifique au titre de la protection de l'enfance.

d'un prestataire à l'autre, des normes de plus de 30 mesures suivies par travailleur social sont, au vu des témoignages recueillis, manifestement courantes<sup>153</sup>.

Or, ceci ne permet pas un accompagnement suffisamment intensif au regard de la complexité des situations auxquels les conseillers sont confrontés, d'autant plus que, selon plusieurs interlocuteurs de la mission, seul un tiers de leur temps de travail est effectivement consacré aux interventions auprès des familles (les deux autres tiers étant consacrés à la gestion des « interfaces » avec les partenaires institutionnels – justice, Ecole..., et à des tâches administratives<sup>154</sup>). Si ces ordres de grandeur ne peuvent être précisément établis dans le cadre des systèmes d'information actuels, il est couramment indiqué que les conseillers en charge d'une AEMO ne passent en moyenne qu'une heure par mois au domicile des familles accompagnées.

Cette insuffisance de l'intensité de l'accompagnement est mise en avant concernant les AED et les AEMO, mais également les TISF. Tous les acteurs soulignent la pertinence de leur action, mettant en avant leur capacité d'observation<sup>155</sup> et de dialogue avec les familles dont elles sont jugées proches, avec le « bon langage », et leur capacité d'étayage, parce qu'elles « font » avec les familles. Ils pointent cependant les limites de leur action, en termes de durée notamment – celle-ci étant souvent à la fois trop restreinte et mal « répartie », la plupart des TISF n'étant pas en mesure d'intervenir sur les temps de présence au domicile des enfants scolarisés (soirée, mercredi, weekend). Plusieurs interlocuteurs soulignent à cet égard les difficultés de recrutement auxquelles sont confrontées les associations prestataires, notamment lorsqu'elles sont de petite taille ou situées dans des territoires isolés.

Conscients des limites de ces interventions à domicile, de nombreux conseils départementaux ont mis en place des mesures dites d'AEMO ou d'AED « renforcées », s'accompagnant d'une norme d'intervention plus intensive<sup>156</sup>. Les témoignages recueillis par la mission mettent cependant en évidence tant l'intérêt perçu de ces dispositifs – une intervention intensive, même sur courte période, étant vue comme souvent plus efficace qu'une intervention excessivement diffuse et étirée dans le temps -, que l'insuffisance des places généralement ouvertes.

À noter, également, des expérimentations visant à faire intervenir des TISF de manière plus intensive dans les familles les plus en difficulté, notamment dans les Deux-Sèvres où l'action engagée présente en outre l'intérêt d'être ciblée sur des parents en situation de handicap mental ou psychique, ainsi que sur les parents bénéficiant d'une mesure de protection judiciaire.

---

<sup>153</sup> À titre d'illustration, selon les données de l'observatoire de l'AEMO du Pas de Calais, la norme d'intervention des trois opérateurs d'AEMO et d'AED intervenant sur le département s'élève à 36,7 mesures par conseiller pour le premier, 37,6 pour le deuxième, et 39 pour le troisième.

<sup>154</sup> La charge d'instruction liée aux IP, très individualisées et étayées, et qui s'est considérablement accrue, est dans ce cadre souvent pointée.

<sup>155</sup> De nombreux interlocuteurs soulignent que l'intervention des TISF permet souvent aux référents du conseil départemental d'avoir un « premier regard » sur la situation de la famille sur des questions souvent très concrètes, par exemple les conditions de sécurité dans lesquelles évolue l'enfant.

<sup>156</sup> 40,8 % des Conseils départementaux ayant répondu au questionnaire de la mission indiquent avoir mis en place de tels dispositifs.

Encadré 6 : L'intervention des TISF en soutien intensif à la parentalité dans les Deux-Sèvres

Opérationnel depuis le 1<sup>er</sup> avril 2016, ce dispositif vise les parents reconnus handicapés par la MDPH et souffrant d'un handicap mental ou psychique, ainsi que les personnes vulnérables bénéficiant d'une mesure judiciaire de protection. Une concertation préalable associant l'ensemble des intervenants auprès de la famille (assistant social, PMI, CESF..) et le référent du service médico-social « handicap » (SAVS, SAMSAH, ESAT...) ou le référent de la mesure de protection judiciaire permet de définir le projet de soutien à la parentalité et de préciser les modalités d'intervention de tous les acteurs auprès de la famille, en particulier celles du TISF – dont l'intervention présente un caractère soutenu et intensif, avec un minimum de 6 heures hebdomadaires, pouvant aller jusqu'à un maximum de 15 heures. La durée de prise en charge est d'une année, renouvelable une fois, le cas échéant sur un mode dégressif, ce qui permet une projection plus construite. L'accompagnement est renforcé, les TISF intervenant en binôme auprès de la famille.

2.3.3.4 Les aides financières des départements sont trop diffuses pour créer un réel effet de levier en termes de prévention

Les aides financières que les départements peuvent verser, dans le cadre de la protection de l'enfance, aux familles ne disposant pas de ressources suffisantes, peinent à avoir un réel impact sur les situations de précarité. Si les données de la DREES ne permettent ni de connaître le montant global de ces aides, ni leur évolution, les témoignages recueillis par la mission mettent en évidence un risque de « saupoudrage ». En outre, ces aides sont parfois difficiles à mobiliser par les travailleurs sociaux, en raison d'un processus d'instruction des demandes et de contractualisation avec la famille assez lourd, entraînant dans certains cas une sous-consommation des lignes budgétaires concernées<sup>157</sup>. Les conditions d'articulation entre ces aides « ASE », et les aides du fonds de secours d'urgence départemental, n'apparaissent enfin pas toujours claires, le recours aux secondes étant parfois privilégié par les travailleurs sociaux.

2.3.3.5 Les étayages sont insuffisants en direction des parents confrontés à des situations particulières, notamment ceux en situation de handicap

Le handicap, notamment psychique ou mental, est un facteur de vulnérabilité repéré en protection de l'enfance (cf. *supra*, partie 1.1). Pour autant, peu « d'interfaces » existent entre les dispositifs et les acteurs de l'accompagnement médico-social à domicile des personnes handicapées, notamment les services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS), les services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH), et les dispositifs et acteurs de la protection de l'enfance.

Des expérimentations intéressantes peuvent cependant être relevées : ainsi, en Lozère, un dispositif expérimental a été mis en place avec une association regroupant plusieurs établissements médico sociaux, pour accompagner les parents déficients dans leur parentalité et éviter des placements d'enfants dès la naissance.

---

<sup>157</sup> Voir notamment le rapport précité de l'IGAS de contrôle de l'aide sociale à l'enfance du Département du Pas de Calais.

## 2.3.4 Certains modes d'actions montrent leurs limites, notamment dans le cadre du travail social

### 2.3.4.1 L'évolution des modes d'action des services sociaux tend à limiter leur contribution à la prévention en protection de l'enfance

Par leur mission d'accompagnement social et par la taille de leur réseau<sup>158</sup>, les assistants sociaux « généralistes », qu'ils interviennent dans le cadre de la polyvalence de secteur au sein des conseils départementaux, ou dans d'autres institutions (CAF, CCAS, CIAS), ont un positionnement clé dans le repérage et la prévention en protection de l'enfance. Pour autant, certaines évolutions de leurs modes d'action tendent à limiter leur capacité à être de réels « vecteurs de prévention ».

D'une part, dans un contexte d'augmentation des « files actives » des personnes suivies<sup>159</sup>, le temps consacré à l'accompagnement social lui-même s'est réduit ; à l'issue d'une enquête effectuée auprès de 80 départements en 2009<sup>160</sup>, l'ODAS estimait ainsi que les assistants de service social ne pouvaient consacrer qu'un tiers de leur temps à la cette fonction, en raison de la place croissante du temps consacré à l'accueil et à l'orientation des personnes<sup>161</sup>, dans un environnement de plus en plus complexe, et par le travail consacré à l'évaluation et au diagnostic des situations et des demandes (notamment dans le champ du RSA, et dans celui des informations préoccupantes).

D'autre part, les représentants des assistants sociaux pointent la segmentation croissante de leur travail, qui est de plus en plus structuré et « contraint » par la gestion des dispositifs, mais également l'évolution de leur « posture » telle que perçue par les familles, qui ressort de plus en plus de celle d'un « gestionnaire de prestations », dans une logique de « guichet », voire de contrôle<sup>162</sup>.

Ces évolutions sont particulièrement problématiques dans le champ de la protection de l'enfance et notamment de la prévention, car elles limitent la capacité des assistants sociaux à repérer les situations de vulnérabilité, et ne favorisent pas l'établissement du dialogue ni du lien de confiance et d'adhésion nécessaires aux actions de prévention. Trois enjeux prennent une dimension particulière :

- **la tendance à la diminution des visites à domicile**, que la mission n'a pu étayer par des données précises, mais qui ressort nettement des témoignages des personnes rencontrées ;
- **l'impact des changements de poste des travailleurs sociaux**, qui peut se traduire par des ruptures dans la prise en charge des familles, confrontées à la nécessité de devoir à chaque fois « répéter leur histoire » ;

---

<sup>158</sup> Voir le rapport « *Elément de cartographie de l'offre d'accompagnement social et socio-professionnel* » de C. Branchu et J.-L. Dumas, IGAS, novembre 2016, qui estime que les missions d'accompagnement social en polyvalence de secteur mobilisent environ 8500 assistants de service social (ETP) pour un coût de l'ordre de 378 M€ (départements et CCAS).

<sup>159</sup> Les travailleurs sociaux rencontrés par la mission mettent en avant des files actives de l'ordre de 150 personnes suivies.

<sup>160</sup> Cf. La lettre de l'ODAS, novembre 2010.

<sup>161</sup> Les travailleurs sociaux rencontrés par la mission pointent également le temps passé à aider les personnes à gérer les interfaces numériques permettant d'accéder à leurs différents droits.

<sup>162</sup> Notamment dans le cadre du RSA.

- **les limites des modes d'intervention « traditionnels » du service social**, centrés sur la relation individuelle dans une logique d'aide à la personne plus que d'intervention globale sur la famille et son milieu de vie. Or, l'ensemble des acteurs rencontrés par la mission mettent en avant la nécessité de diversifier les modes d'interventions pour agir en prévention dans le champ de la protection de l'enfance, notamment :
- en développant les actions collectives, qui sont des leviers d'actions puissants et mobilisent souvent les familles de façon positive, y compris lorsqu'elles sont combinées à une prise en charge individuelle. Or, ces approches restent limitées dans la pratique des travailleurs sociaux<sup>163</sup> ;
  - en développant les approches permettant d'« aller vers » les familles les plus isolées, ou les plus réticentes à tout contact avec les institutions, dans le cadre de démarches « actives », et en s'appuyant, le cas échéant, sur des relais associatifs ;
  - en renforçant la place donnée à la famille et à son environnement dans la résolution des difficultés et dans les interventions. Il serait à cet égard utile de s'inspirer de certaines pratiques mises en œuvre dans d'autres pays, telles que les conférences familiales présentées dans l'encadré ci-dessous, et expérimentées dans certains départements (notamment en Ardèche<sup>164</sup>).

#### Encadré 7 : Le dispositif des « conférences familiales »

La conférence familiale est un processus de prise de décision collective qui mobilise la famille (parents, enfants, grands-parents, beaux-parents, oncles, tantes...) et son réseau social (amis, voisins, personnes « significatives » en qui les membres de la famille ont confiance,...).

Les participants cherchent à apporter, ensemble, une réponse à une question concrète posée par la personne qui les a invités. L'objectif de la conférence familiale est l'élaboration d'un plan d'actions par et pour la famille concernée. Elle est préparée par un coordinateur ou facilitateur indépendant, qui identifie et pose en début de processus des « règles du jeu » (écoute mutuelle, confidentialité...) que chacun s'engage à respecter.

Tout en ayant leur propre protocole, les conférences familiales puisent dans plusieurs référentiels (développement social local, médiation, soutien par les pairs, travail social communautaire, « empowerment »,...).

Les conférences familiales (*family group conferencing*) sont couramment pratiquées dans certains pays, notamment les Pays-Bas, le Canada, l'Australie, la Nouvelle-Zélande et l'Angleterre, dans des situations très diverses : difficultés intra familiales, divorce conflictuel, décrochage scolaire ou problèmes comportementaux à l'école, violences conjugales, risque de placement... Le dispositif a fait l'objet d'évaluations notamment aux Pays-Bas et au Canada<sup>165</sup>.

Les interlocuteurs de la mission soulignent enfin, au regard de la complexité de la posture des professionnels en matière de protection de l'enfance, et de l'équilibre qu'ils doivent trouver vis-à-vis des familles, l'insuffisance de la formation des assistants sociaux, et surtout l'insuffisance de leur accompagnement dans leur pratique professionnelle. Ils mettent en évidence un enjeu de « sécurisation » de ces derniers, avec un rôle clé de l'encadrement pour les aider à « prendre confiance », à « trouver la bonne distance » dans l'accompagnement des familles, et à savoir « quand il faut passer le relais ».

<sup>163</sup> Selon l'étude précitée de l'ODAS, le temps consacré aux actions collectives des assistants sociaux ne représente que 6 % de leur temps de travail.

<sup>164</sup> Voir l'article « *Les conférences familiales en Ardèche, premiers pas d'un coordinateur* », publié par F. Alföldi, dans la revue Les Cahiers de l'Actif, n°504-505, n°506-507 en mai-août 2018.

<sup>165</sup> Voir les travaux de J. Pennel et G. Burford, « *Family group decision-making and family violence, new directions in community-centered child and family practice* », Canada, 2000.

Au sein de l'éducation nationale, le service social en faveur des élèves est tiraillé entre des missions diverses au sein de secteurs d'intervention larges, ce qui affecte son efficacité auprès des familles. Les personnels disent « *courir derrière les urgences* », devoir réagir parfois à chaud pour aider un élève en grande souffrance ou une équipe pédagogique démunie et, parce que cela ressortit des obligations normales aussi, assurer les actions d'information autour de la parentalité pour tous, accompagner les familles dont la fragilité a été détectée, effectuer un suivi quand le relais a été passé à d'autres professionnels (mise en œuvre d'AED ou AEMO par exemple). La dispersion entre plusieurs établissements (un à six selon les secteurs et les départements) prive les assistants sociaux de l'éducation nationale d'une bonne connaissance des partenaires alors que le lien est essentiel pour le travail social ; l'éloignement empêche le dialogue direct, ce que l'écrit ne compense pas vraiment du fait de ses caractéristiques (nécessité d'une autre formalisation que ce que l'oral suppose, permanence...).

#### 2.3.4.2 De nombreux freins limitent la mobilisation et la portée des actions éducatives à domicile (AED)

Alors que la loi de 2007 affirmait le principe de la subsidiarité entre les mesures relevant du juge, et celles relevant des conseils départementaux, celle-ci reste en pratique loin d'être mise en œuvre dans le champ des actions éducatives à domicile.

Selon les réponses au questionnaire adressé par la DGCS et l'ANDASS aux conseils départementaux, 50 % des acteurs concernés par la protection de l'enfance évoquent ainsi l'échec du rééquilibrage des mesures en faveur de « l'administratif », quand 35 % seulement perçoivent une évolution positive à ce sujet. De fait, la part des AED dans le total des actions éducatives n'a augmenté que de 4 points entre 1996 et 2016 (passant de 27 % à 31 %), et elle tend à stagner depuis 2010. Alors que les conseils départementaux mettent largement en avant l'objectif de « déjudiciarisation » des actions éducatives dans leurs schémas départementaux, ce même constat d'échec ressort des témoignages des interlocuteurs départementaux rencontrés par la mission<sup>166</sup>.

De nombreux freins sont mis en avant, à commencer par l'insuffisance des moyens et du temps dont disposent les travailleurs sociaux des services de l'ASE, souvent en charge directe de la mise en œuvre des AED, celles-ci étant significativement moins souvent confiées à des associations prestataires que les AEMO<sup>167</sup>. Lorsque ces travailleurs sociaux ne sont pas affectés exclusivement à la mise en œuvre des AED, mais qu'ils assurent en sus le suivi d'enfants placés en établissement, ou bénéficiant d'une AEMO, leur charge de travail et la « gestion des urgences », leur laissent parfois peu de disponibilité pour mener à bien les accompagnements, certains conseils départementaux réfléchissant à cet égard à une remise en cause de la « polyvalence » des travailleurs sociaux des services de l'ASE et à leur spécialisation sur les AED.

Surtout, les témoignages recueillis mettent en avant des freins liées à la posture des travailleurs sociaux en charge des AED, à leurs représentations et à leurs « savoir-faire » : persistance d'une certaine « culture du judiciaire » et difficulté à dépasser le modèle de « l'aide contrainte » qui reste d'ailleurs bien sûr nécessaire dans certains cas ; difficulté à obtenir la confiance et l'adhésion de la famille, accrue par l'image de l'ASE qui reste globalement négative, celle d'un service « *qui place et*

<sup>166</sup> Voir également le rapport de l'IGAS précité de contrôle du service d'aide sociale à l'enfance du Pas de Calais selon lequel l'AED, très faiblement mobilisée dans le département, fait figure de « *chaînon manquant* » dans la mobilisation des outils visant à la prévention du placement.

<sup>167</sup> Selon les répondants au questionnaire adressé par la mission aux conseils départementaux, les AED sont totalement externalisées dans 18,4 % des cas, et partiellement externalisées dans la même proportion ; ces pourcentages sont respectivement de 71,4 % et 10,2 % des cas pour les AEMO.

*prend les enfants plus qu'il n'aide les familles* » (alors que l'image du juge est parfois plus nuancée, à la fois « *recours et menace* »)<sup>168</sup> ; difficulté objective à apprécier la situation de la famille et à distinguer entre collaboration réelle des parents et collaboration « de surface », et à prendre la « juste part » de risque vis-à-vis de l'enfant.

D'autres acteurs mettent enfin en avant des problèmes d'organisation et notamment la lourdeur et la complexité de la procédure de mise en place des AED parfois prévue par les conseils départementaux, notamment dans les étapes de pré-contractualisation et de contractualisation<sup>169</sup>.

Dans certains départements, des suivis sociaux spécialisés « enfance », portés par les assistants sociaux polyvalents, ont été mis en place en amont des AED ; certains des interlocuteurs de la mission indiquent qu'en permettant de « contourner » une partie des obstacles liés aux AED – notamment par leur caractère moins stigmatisant vis-à-vis des familles (qui ne sont pas « *étiquetées ASE* ») et leur moindre formalisme -, ils se substituent en partie à elles. Sans remettre en cause la pertinence de cet investissement « amont » au regard des enjeux de la prévention dans le cadre de l'accompagnement social « classique », ceci peut cependant créer un risque de confusion entre dispositifs ou des redondances dans les interventions en direction des familles, et justifie le cas échéant une réflexion sur une bonne articulation entre les deux dispositifs<sup>170</sup>.

#### 2.3.4.3 Confrontés aux limites de leurs interventions et de leurs modes d'action, de nombreux travailleurs sociaux alertent sur la dégradation de leurs conditions de travail et les risques psychosociaux qu'elle induit

Les témoignages et contributions des représentants de travailleurs sociaux<sup>171</sup> contactés par la mission convergent pour souligner la situation de tension parfois extrême générée par leurs conditions de travail : augmentation de la charge de travail liée à celle du nombre de jeunes accueillis à moyens humains constants, avec des problématiques plus lourdes, pour lesquelles ils ne sont pas nécessairement formés (violences, troubles du comportement, handicaps...) ; urgence du traitement des situations de risque voire de danger avéré ; frustration, sentiment d'impuissance voire « *perte de sens* » liés à la conscience de n'avoir dans ce contexte souvent pas les moyens de mettre en place un accompagnement préventif de qualité ; difficulté à « prioriser » les situations ; « *crise éthique* » pour certains en lien avec l'accueil des MNA, qui a contribué à « *bouleverser les équilibres* »...

De nombreux interlocuteurs de la mission pointent à cet égard une situation de risques psychosociaux avérés, y compris de risques d'épuisement professionnel, qui peut se traduire dans des indicateurs tels que le turnover et les difficultés de recrutement dans certains services, ainsi que dans l'évolution des arrêts de travail et de l'absentéisme.

---

<sup>168</sup> Cf. Rapport de la mission d'évaluation de la gouvernance de la protection de l'enfance (dans le cadre de la modernisation de l'action publique), P. Bruston, P. Naves, B. Descoubes, F. Simon-Delavelle – IGAS, IGSJ, juillet 2014.

<sup>169</sup> Voir notamment le rapport précité de contrôle de l'aide sociale à l'enfance du département du Pas de Calais.

<sup>170</sup> Voir notamment le rapport de l'IGAS de contrôle de l'aide sociale à l'enfance du département de l'Yonne, septembre 2015.

<sup>171</sup> La mission s'appuie notamment sur une contribution écrite approfondie transmise par la fédération CFDT des services de santé et des services sociaux.

### 2.3.5 Les cadres d'interventions sont trop rigides au regard du besoin d'accompagnement « global » des familles et de la diversité des situations

#### 2.3.5.1 Les réponses apportées dans le cadre des aides à domicile sont insuffisantes au regard du caractère « multidimensionnel » des difficultés rencontrées par les familles

Les difficultés pointées ci-dessus sont d'autant plus problématiques que l'ensemble des interlocuteurs rencontrés par la mission soulignent le caractère multidimensionnel des difficultés rencontrées par les familles (cf. *supra*, partie 1.1), et la nécessité d'y apporter une réponse globale. Deux éléments sont en particulier pointés :

- **les limites des actions éducatives à domicile (AED et AEMO) lorsqu'elles sont mobilisées seules et sans prise en compte des difficultés autres qu'éducatives que rencontre la famille**, et notamment ses difficultés matérielles : tous les interlocuteurs de la mission pointent qu' « *une famille dont le frigidaire est vide, ou dont l'électricité vient d'être coupée* », ne peut avoir la disponibilité nécessaire pour investir un travail sur le champ éducatif ni même en percevoir l'enjeu. Ils témoignent de ce que, dans des situations de pauvreté et d'isolement parfois extrêmes, les conditions matérielles d'existence ont un impact majeur sur les modes de fonctionnement familiaux : constamment dans l'urgence, les parents sont incapables de se projeter dans l'avenir pour leurs enfants. Certains interlocuteurs de la mission indiquent à cet égard qu'au regard de l'importance croissante des problématiques de précarité auxquelles sont confrontés les prestataires d'aides éducatives, ceux-ci sont conduits à intervenir dans des situations de plus en plus complexes et « *leur travail, autrefois centré sur les carences éducatives, psychologiques et affectives, a changé et s'est déplacé sur le terrain des conditions matérielles d'existence et notamment des problématiques de logement* », la résolution de ces difficultés matérielles étant souvent la clé pour établir une relation de confiance avec la famille ;
- **l'insuffisante mobilisation, dans ce contexte de précarité importante, des outils d'aide à la gestion budgétaire, dans le cadre administratif comme judiciaire**. Celle-ci tient à de multiples causes : réduction des enveloppes budgétaires<sup>172</sup>, technicité perçue des mesures, et insuffisante connaissance qui conduisent à ce que, dans certains départements, le dispositif soit devenu « *confidentiel* » et très peu inscrit dans les « *réflexes* » des assistants sociaux de secteur comme de l'ASE. Ce dispositif est pourtant perçu, de manière quasi unanime, comme très pertinent en termes de prévention, au regard de l'approche « *pragmatique et concrète* » des CESF<sup>173</sup>.

De nombreux interlocuteurs de la mission pointent à cet égard le manque de pilotage des interventions à domicile dans leur ensemble (AED-AEMO ; AESF-MAGBF ; TISF), parfois mises en œuvre dans une logique de silos, pouvant dans certains cas se traduire par des interventions non coordonnées au sein d'une même famille<sup>174</sup>. Ils mettent en cause une articulation parfois complexe entre les dispositifs eux-mêmes, dont la complémentarité peut être insuffisamment perçue et organisée<sup>175</sup>. Enfin, nombre d'entre eux soulignent qu'en pratique, les intervenants peuvent être

<sup>172</sup> Celle-ci a été rapportée par de nombreux interlocuteurs mais n'a pu être documentée par la mission.

<sup>173</sup> Selon le rapport précité de contrôle du service de l'ASE du Pas de Calais, « *la résolution des difficultés de gestion du budget repose sur un constat plus objectif et moins culpabilisant que la carence éducative ; elle peut recueillir plus facilement l'adhésion des familles, permettre le dénouement de situations familiales complexes et enclencher un processus d'accompagnement plus global des familles.* »

<sup>174</sup> A titre d'illustration, une TISF peut intervenir sans coordination avec le prestataire d'une AEMO, le cas échéant ; une mesure de MAGBF peut être mise en place sans coordination avec une AED ou une AEMO en cours dans la même famille.

<sup>175</sup> A cet égard, on peut noter l'effort de réflexion conjointe mené par le CNAEMO (carrefour national de l'action éducative en milieu ouvert) et le CNDPF (carrefour national des délégués aux prestations familiales) qui ont coproduit en mars

amenés à prendre en charge des missions ne relevant en principe pas de leur champ de compétence (notamment des TISF qui, à défaut d'AED ou d'AEMO, vont être amenés à intervenir sur des problématiques socioéducatives ou dans des situations de crises familiales pour lesquelles elles ne sont pas nécessairement formées).

### 2.3.5.2 Le cloisonnement des dispositifs, entre les interventions à domicile et le placement, ne permet pas de répondre à la diversité et à la complexité des situations

De nombreux interlocuteurs de la mission pointent les limites du cloisonnement entre interventions à domicile et placement, qui renvoie souvent à la vision d'une frontière « nette » entre logique de prévention et logique de protection. Ils y opposent l'idée d'une « modularité » et d'une complémentarité plus grande des dispositifs, plus à même de répondre à la diversité et à la complexité des situations, plus favorable à la mise en œuvre d'une réelle « logique de parcours », et visant à maintenir une visée préventive à toutes les étapes, y compris dans le cadre de la protection. À titre d'illustration, un placement précoce peut être nécessaire pour travailler de manière intensive sur le renforcement des compétences parentales, sans mise en danger du bébé ou du très jeune enfant, dans une logique préventive. À l'inverse, dans de nombreux cas, un maintien à domicile dans le cadre d'une intervention à visée préventive ciblée ne peut être mise en œuvre et fonctionner que s'il est possible de basculer très rapidement sur un placement. De nombreux acteurs soulignent également l'intérêt de ces formules mixtes par rapport aux actions éducatives renforcées, qui peuvent parfois présenter un caractère trop « intrusif » pour les familles.

De fait, dans le prolongement de la loi du 5 mars 2007, de nombreux dispositifs à caractère « mixte », mis en place soit dans un cadre administratif, soit dans un cadre judiciaire, se développent dans les départements, autour :

- **du « placement à domicile »** : sous des appellations variables en fonction des départements<sup>176</sup>, celui-ci consiste le plus souvent dans la mise en œuvre d'une AEMO renforcée avec accès garanti, à tout moment et en cas de besoin, à une place en structure d'hébergement : 41 % des départements répondants au questionnaire de la mission indiquent avoir mis en place un tel dispositif ;
- **des dispositifs d'accueil de jour ou d'accueil modulaire**, qui permettent d'accueillir l'enfant pendant tout ou partie de la journée, dans un service ou établissement habilité situé, dans la mesure du possible, à proximité du domicile des parents, qui bénéficient de leur côté d'un soutien à domicile dans l'exercice de leur fonction parentale.

Le recul est insuffisant pour apprécier l'impact de ces dispositifs, qui se développent en dehors de tout cadre juridique précis, de manière inégale sur le territoire, à une échelle encore souvent expérimentale, mais parfois significative<sup>177</sup>. L'absence de tout dispositif de suivi robuste de leur déploiement au niveau national, et l'absence de tout référentiel d'action partagé ne peut à cet égard qu'être regrettée (cf. *infra*, partie 2.4). Pour autant, leur variété, l'effort d'innovation qui les caractérise illustrent par eux-mêmes l'enjeu de développer une offre plus modulaire. Le retour « qualitatif » des acteurs de terrain sur le placement à domicile, en particulier, est positif

---

2018 un guide pour contribuer au « décloisonnement » des AED-AEMO d'une part, des AESF-MAGBF d'autre part : « AED-AEMO / AESF-MJAGBF : Quelles modalités de coopération ? ».

<sup>176</sup> Telles que SERAD (service éducatif renforcé à domicile), en Moselle ; SEMO (service éducatif en milieu ouvert) dans le Calvados ; DIA (dispositif d'accueil intermédiaire) dans l'Allier ; DMAD (dispositif de maintien et d'accompagnement à domicile) et DARF (dispositif d'accompagnement au retour en famille) dans le Pas-de-Calais.

<sup>177</sup> Dans le Pas de Calais par exemple, le placement au domicile parental dans le cadre du DMAD et du DARF représente un quart du nombre global de places en établissement.

notamment au regard de la capacité de ces dispositifs à éviter un placement « classique », s'ils sont mobilisés « à bon escient » ; ces acteurs soulignent notamment que la simple possibilité d'un hébergement, à tout moment, en dehors de la famille, suffit à faire « *retomber la pression* » et que le dispositif est particulièrement utile pour dans familles et pour certains adolescents traversant des périodes de crise.

La dimension économique est à cet égard loin d'être neutre, ce que reconnaissent les représentants des conseils départementaux ayant développé ce type de dispositif. Selon les interlocuteurs de la mission, le coût d'un « placement à domicile » est ainsi évalué aux alentours de 45 euros par jour, ce qui est certes supérieur à celui d'une AEMO « classique » (de l'ordre de 8 euros par jour), mais nettement inférieur au coût d'un placement en établissement (qui peut aller jusqu'à 250 euros par jour).

La mission souligne enfin que dans certains départements, la réflexion sur le développement de modes alternatifs de prise en charge des enfants s'oriente autour des internats scolaires qui permettent un éloignement de la famille en semaine, sans rupture des liens qui se rétablissent le weekend, et qui favorisent la stabilité du parcours scolaire de l'enfant.

## 2.4 La mobilisation des dispositifs souffre d'une absence quasi totale de référentiels et d'évaluation

### 2.4.1 Au niveau local, les actions de prévention ne sont pas systématiquement adossées à un diagnostic documenté et quand elles le sont celui-ci est peu relié aux actions

Seuls 45 % des 49 départements ayant répondu au questionnaire de la mission déclarent que leurs actions de prévention sont adossées à un diagnostic formalisé des vulnérabilités. Au vu des réponses au questionnaire et de l'examen de quelques schémas, le diagnostic consiste selon les cas :

- en une identification des territoires vulnérables au moyen d'indicateurs socio-économiques, démographiques et sanitaires tels que le taux de chômage, le nombre d'allocataires CAF, le taux de naissances, le taux de prématurité, le nombre de placements, le taux de familles monoparentales ;
- en une identification des périodes de vulnérabilité parentale et familiale : 1000 premiers jours, 6-12 ans, début d'adolescence.

Pour les actions de soutien à la parentalité, 71 % des 49 départements ayant répondu au questionnaire de la mission déclarent que les actions de soutien à la parentalité sont fondées sur un diagnostic partagé écrit des besoins et sur une cartographie d'implantation des structures. La mission reprend les constats du rapport d'évaluation de la COG CNAF déjà cité qui pointait la faiblesse du lien entre le besoin objectif de prise en charge et la déclinaison de l'offre de soutien à la parentalité. Notamment, ce rapport montrait que rien ne permettait d'assurer que les dispositifs tels que les REAAP ou les LAEP touchaient les publics qui en avaient le plus besoin. Ces dispositifs, de même que les espaces de rencontre, se sont développés de façon aléatoire bien plus en fonction de la mobilisation d'acteurs locaux que d'un ciblage des besoins (cf. partie 3.2.1.1 et annexe 7).

Qu'il concerne le diagnostic des vulnérabilités ou, plus largement, le soutien à la parentalité, le diagnostic se réduit à un agrégat de données, nombreuses mais non mises en relation avec une stratégie de déploiement des dispositifs.

La création des ODPE<sup>178</sup>, effective dans les trois quarts des départements interrogés par la mission, n'a pas permis de renforcer leur capacité de diagnostic car ceux-ci ont trop peu de ressources pour jouer un véritable rôle dans la production de données et l'éclairage des politiques (cf. détail en annexe 6).

## 2.4.2 Très peu de référentiels existent pour guider l'action, ce qui rend incertaine l'adéquation besoin/dispositif

### 2.4.2.1 Concernant l'évaluation des situations et besoins et le repérage peu de référentiels existent

#### ➤ **Un référentiel des besoins fondamentaux de l'enfant est en cours de construction**

La démarche de consensus sur les besoins fondamentaux de l'enfant<sup>179</sup> n'a pas à ce stade fait l'objet de déclinaison opérationnelle dans les départements ni fourni des outils d'évaluation et des repères pour les professionnels. S'il n'existe pas de référentiel national, une réflexion a été ébauchée sous l'égide de l'ONED<sup>180</sup> mais, selon les professionnels, le seul référentiel qui a été finalisé est celui du CREA<sup>181</sup> Rhône-Alpes. Dans les réponses au questionnaire de la mission, un petit nombre de départements déclarent travailler sur la création de référentiels.

#### ➤ **En périnatalité il existe quelques outils de repérage des vulnérabilités construits *ad hoc***

La plupart des PMI ont développé, en lien avec les maternités, des indicateurs permettant de repérer, généralement à partir de la déclaration de grossesse et du certificat du huitième jour, les familles à risque (cf. *supra*, partie 2.3.1). Si ces grilles ont été conçues dans chaque département sans concertation avec les autres, elles semblent reposer sur des critères pour la plupart communs que sont l'âge de la mère, son insertion professionnelle, le nombre d'enfants déjà présents. Selon les départements, ce repérage est informatisé ou non. Cependant, cet outil ne peut être considéré comme un référentiel en tant que tel et repose sur des critères très larges. À partir de ce ciblage, des interventions (visites à domicile) sont proposées. S'il est difficile de dire si ce repérage est effectif dans toutes les maternités de tous les départements, les visites sur le terrain et le questionnaire que la mission a adressé aux départements<sup>182</sup> laissent penser qu'il est déployé dans une proportion importante de maternités.

### 2.4.2.2 Le contenu des dispositifs n'est que rarement normé par un référentiel

#### ➤ **Les actions des dispositifs de soutien à la parentalité sont rarement définies par des référentiels**

<sup>178</sup> Instaurés par la loi du 5 mars 2007.

<sup>179</sup> Confiée à un comité d'experts présidé par M.-P. Martin-Blachais, cette démarche prévue par la feuille de route 2015-2017 du gouvernement en matière de protection de l'enfance visait à « *asseoir un corpus scientifique partagé définissant le périmètre, le contenu, voire les outils d'analyse contribuant à l'appréhension des besoins fondamentaux, universels et spécifiques de l'enfant en protection de l'enfance, à l'aune des pratiques institutionnelles et professionnelles, pour une évaluation rigoureuse des situations, en vue d'une réponse adaptée au mineur et à sa famille* ».

<sup>180</sup> Le compte-rendu d'une journée d'étude ONED CREA<sup>181</sup> en 2012 (« *Des référentiels pour évaluer en protection de l'enfance : quelles démarches ? Quelles méthodes ?* ») montre quelques exemples de démarches évaluatives.

<sup>181</sup> Centre régional d'études, d'actions et d'informations en faveur des personnes en situation de vulnérabilité.

<sup>182</sup> 39 d'entre eux sur les 49 répondants déclarent qu'un suivi particulier a été mis en place pour certaines familles présentant des risques particuliers, repérées par exemple à partir des déclarations de grossesse et avis de naissance.

31 % des 49 départements ayant répondu au questionnaire de la mission déclarent avoir un cahier des charges ou un référentiel intégrant la question de la prévention en direction des LAEP, et 33 % déclarent avoir un cahier des charges ou un référentiel intégrant la question de la prévention en direction des REAAP.

➤ **Les actions de la PMI ne s'appuient pas sur des référentiels**

Seuls 13 des 49 départements ayant répondu au questionnaire de la mission déclarent que leur service de PMI est doté d'un référentiel. À l'exception des actions de visites à domicile à destination des mères vulnérables (dans le cadre du programme PANJO ou non - cf. *supra*), les actions de la PMI sont peu normées en termes de contenu. En outre, les normes minimales d'activité et de moyens concernant la couverture de la PMI définies dans le Code de la santé publique<sup>183</sup> sont inégalement respectées. En 2006, près de la moitié des départements étaient en dessous des normes en matière de consultations prénatales et infantiles<sup>184</sup>. Les visites à domicile, quant à elles, ne sont pas normées. Et la réflexion sur la cible souffre de la tension entre la vocation universelle et la réalité d'un ciblage contraint par les moyens.

➤ **Malgré une ébauche de réflexion, les mesures d'accompagnement à domicile s'appuient peu sur des référentiels**

Les mesures d'accompagnement à domicile, qu'elles soient administratives ou judiciaires, répondent à la volonté d'intervenir au plus près des besoins des enfants et des parents, en partant de leur contexte de vie. Pour cela la mise en œuvre d'une mesure est précédée d'une évaluation<sup>185</sup> portant sur « *l'état du mineur, la situation de la famille et les aides auxquelles elle peut faire appel dans son environnement*<sup>186</sup> ». L'évaluation permet à la fois de définir les actions à conduire envers l'enfant et la famille et également de vérifier la bonne exécution de la mesure. Si une certaine marge de manœuvre doit être laissée aux évaluateurs pour coller au mieux aux besoins et aux ressources mobilisables par la famille et pour tenir compte des spécificités de chaque contexte de vie, l'absence de référentiel qui guiderait la définition des actions à mettre en place en fonction des situations pose question. Le contenu des mesures n'est normé ni en quantité ni en qualité. Les AEMO renforcées sont, selon les professionnels auditionnés, un peu plus normées et comportent parfois des protocoles d'intervention locaux.

Selon certains interlocuteurs de la mission, cette absence de référentiel a notamment deux conséquences : la sélection des prestataires se fait moins dans une logique de cahier des charges que sur des considérations tarifaires ; les associations prestataires proportionnent leurs actions en fonction de la contrainte de moyens et non en s'appuyant sur des références.

➤ **L'action de la prévention spécialisée ne s'appuie que rarement sur un référentiel**

Si quelques départements se sont dotés d'un cadre de référence pour l'action de la prévention spécialisée, la nécessité de construire un référentiel fait débat auprès des professionnels.

---

<sup>183</sup> Article R. 2112-6 du Code de la santé publique.

<sup>184</sup> Cf. le rapport de l'IGAS « *Etude sur la protection maternelle et infantile en France* » D. Jourdain-Menninger, B. Roussille, P. Vienne et C. Lannelongue, 2006.

<sup>185</sup> C'est la loi du 5 mars 2007 qui introduit une double obligation d'évaluation : l'évaluation préalable à la mise en place de toute prestation de protection de l'enfance (article 19) et l'évaluation en cours de mesure pour tout enfant bénéficiant d'un accompagnement (article 18).

<sup>186</sup> Article 223-1 du CASF.

### 2.4.3 L'observation, le suivi et l'évaluation des dispositifs de prévention sont peu développés

#### 2.4.3.1 Au niveau local, les mesures ne font que rarement l'objet d'un reporting ou d'une évaluation

Faute de nomenclature homogène, les informations relatives aux mesures contenues dans les rapports d'activité des associations prestataires d'intervention à domicile ne font pas l'objet d'une agrégation et d'une analyse ni au niveau départemental, ni au niveau national. Le constat est le même pour les dispositifs des CAF pour lesquels il n'existe pas de synthèse permettant de caractériser les actions et les publics touchés.

Il n'existe pas de travaux solides sur l'impact des mesures. Les difficultés méthodologiques à conduire ce type d'évaluation expliquent cet état de fait. Pour évaluer une mesure, il faut un consensus sur ce qu'est le bien-être de l'enfant, son mieux-être et discerner l'apport propre de l'intervention. On se heurte aussi à la question de la transférabilité : pour qu'une pratique ayant démontré son efficacité puisse être transférée avec succès, il faut identifier précisément les leviers auxquels on peut imputer cette réussite. Cette problématique fait écho à celle plus générale de l'évaluation dans le travail social. La complexité méthodologique que revêt l'évaluation des mesures justifierait une mutualisation des expériences et un appui au niveau national. Or, celui-ci n'outille pas suffisamment les départements en analyses.

#### 2.4.3.2 Au niveau national, la politique menée est insuffisamment étayée en raison d'un système de données défaillant

Le défaut de connaissance quantitative et qualitative des besoins, des populations et des parcours en protection de l'enfance a déjà été pointé par divers rapports (cf. annexe 6). Cette carence concerne à la fois les données de suivi sur les mesures, les déterminants du placement et les parcours.

#### ► **L'organisation de l'observation de la politique et du suivi des mesures est centrée autour de deux acteurs principaux, la DREES qui produit des données et l'ONPE qui les consolide**

- La DREES est le principal producteur de données de suivi de la protection de l'enfance

La principale source de données concernant les mesures de protection de l'enfance est l'enquête Aide sociale de la DREES. Depuis le milieu des années 1980, la DREES recueille chaque année auprès des conseils départementaux des informations sur les bénéficiaires des aides sociales, les personnels techniques de ces collectivités, et les dépenses relevant de l'aide sociale départementale (cf. annexe 6 pour plus de détails).

Concernant le nombre de mesures, la qualité de ces données de suivi est bonne avec quelques insuffisances cependant :

- le nombre de mesures de TISF et AESF n'est pas correctement recensé même si les dépenses associées sont censées apparaître parmi les dépenses totales d'ASE, amalgamées dans les « autres dépenses » (qui sont toutefois hors dépenses de personnel) ;
- un léger doute subsiste sur le décompte des MNA dans les mesures de placement.

Concernant les dépenses, l'estimation citée en première partie est hors dépenses de personnels, ce qui pose problème quand une partie des actions est réalisée par les agents des départements et non externalisées.

Par ailleurs, les grandes enquêtes du système statistique public n'intègrent que rarement dans leurs variables d'analyses le fait d'être un ancien enfant de l'ASE.

Notons que les ressources affectées à la protection de l'enfance à la DREES sont de l'ordre d'un ETP à un ETP et demi. Un si petit effectif est absorbé par la production de statistiques et ne peut exploiter la totalité des sources : la majorité des informations fournies par l'enquête Aide sociale ne font l'objet d'aucune publication.

- Le rôle de consolidation de l'ONPE

Créé par la loi n°2004-1 du 2 janvier 2004 relative à l'accueil et à la protection de l'enfance, l'Observatoire national de la protection de l'enfance (ONPE) a pour mission principale la mise en cohérence de données chiffrées portant sur la protection de l'enfance. En matière d'information statistique, l'activité de l'ONPE comporte une publication annuelle sur les chiffres clés en protection de l'enfance et des travaux de méthode faisant le point sur l'information disponible sur certains sujets (cf. annexe 6). Notons qu'à la suite de la création de l'ONPE, l'observatoire national de l'action sociale (ODAS) s'est retiré du champ sans que son analyse exhaustive des signalements ne soit reprise.

- **Le taux de réalisation des examens et bilans de santé n'est pas connu de manière fiable**

La DREES recueille les données sur les certificats de santé délivrés lors de l'examen préventif obligatoire effectué dans les huit jours suivant la naissance (CS8), l'examen effectué au cours du neuvième mois (CS9) et celui du vingt-quatrième mois (CS24). Les données sont collectées auprès des services de PMI des départements à qui le médecin envoie le certificat. Environ 70 % des départements envoient leurs trois certificats de santé et les taux de couverture moyens nationaux atteignent respectivement 60 %, 30 % et 30 %<sup>187</sup>.

Les données sur le bilan de santé des enfants de trois à quatre ans, confié à la PMI, proviennent de l'enquête Aide sociale de la DREES conduite auprès des départements et qui recueille le nombre d'enfants ayant fait l'objet d'un bilan en milieu scolaire ou non et quelque soit le professionnel. On ne peut en déduire un taux de réalisation car il manque le dénominateur pour estimer le nombre d'enfants concernés, et de plus tous les départements ne renvoient pas les données.

Les quelques données départementales recueillies pas la mission mettent en évidence des taux de réalisation variables, en fonction des moyens et de la stratégie de la PMI.

Concernant les bilans de santé en classes de grande section de maternelle, 6<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup>, les données de l'éducation nationale remontant des départements sont très inégalement renseignées et, de ce fait, non exploitables. La DREES effectue une enquête tous les deux ans pour un niveau, ce qui signifie que chaque niveau est enquêté tous les six ans. L'enquête porte sur un échantillon d'élèves appartenant à un échantillon d'établissements, ce qui permet d'avoir une image relativement fidèle de la santé des élèves mais pas de calculer un taux de couverture par la médecine scolaire.

---

<sup>187</sup> Les taux de couverture des certificats de santé sont calculés en rapportant le nombre de certificats remplis reçus et saisis par les PMI, dont les données sont transmises à la DREES aux effectifs d'enfants concernés (données INSEE sur les enfants domiciliés).

➤ **Peu d'éléments existent sur les déterminants conduisant au placement**

S'il existe une connaissance « de terrain » des contextes fragilisant la famille et l'enfant et pouvant dégénérer en danger, il existe peu d'études récentes et solides sur les raisons du placement, les données existantes reposent toutes sur des sources partielles.

En 2007, l'ODAS avait publié une analyse des signalements adressés aux départements en 2006 qui montrait que les carences éducatives des parents étaient à l'origine de près de la moitié des signalements (voir le détail en annexes 2 et 6). Il existe des études plus récentes réactualisant ces résultats mais celle-ci ne portent plus que sur des sources partielles, l'analyse des appels au 119 et le bilan des CRIP.

Le SNATED produit une analyse qui contient notamment des éléments sur la répartition des différents types de dangers (cf. graphique 2 en partie 1). Mais elle ne porte que sur les IP passant par le 119 et rien ne permet d'affirmer qu'elles sont représentatives de l'ensemble des IP. De même, il ressort de l'analyse des données alimentant le rapport de l'ONPE de 2016 que celles-ci sont très hétérogènes selon le département et par conséquent difficilement interprétables tant que les définitions des variables remontant des conseils départementaux ne sont pas stabilisées (cf. détail en annexe 2).

La mission reprend à son compte la préconisation de l'ONPE : « *Il apparaît essentiel de préciser dans chaque département la définition retenue pour l'IP et le périmètre précis de l'observation lorsque des chiffres sont produits* ».

➤ **L'analyse des parcours au niveau national est embryonnaire**

La difficulté à recueillir des données de longue période sur les parcours explique le relatif désintérêt de la recherche en sciences sociales sur ces questions. Les quelques études existantes reposent sur des monographies à partir d'un échantillon plus ou moins large. Pour pallier ce manque, l'ONPE s'est vu confier la mise en place d'un système d'information analysant les parcours : « Observation longitudinale, individuelle et nationale en protection de l'enfance » (OLINPE). Les travaux préparatoires<sup>188</sup> conduisent à s'interroger sur la possibilité de construire un système d'information concernant les parcours des enfants, en raison de l'extrême hétérogénéité des systèmes d'information et des données recueillies dans les départements (cf. détail en annexe 6). L'analyse des trajectoires et de la succession des différentes prises en charge est pourtant nécessaire pour mieux comprendre les problématiques à l'origine de l'intervention en protection de l'enfance, les effets des réponses apportées et étayer les orientations de la politique de prévention.

---

<sup>188</sup> [https://www.onpe.gouv.fr/system/files/publication/premier\\_rapport\\_olinpe.pdf](https://www.onpe.gouv.fr/system/files/publication/premier_rapport_olinpe.pdf).

### 3 LE SYSTEME D'ACTEURS EST INSUFFISAMMENT COORDONNE ET PILOTE, ENTRAINANT COMPLEXITE ET RUPTURES DANS LES INTERVENTIONS EN DIRECTION DES FAMILLES, ET DE FORTES INEGALITES TERRITORIALES

#### 3.1 Au niveau opérationnel, les partenariats nécessaires restent souvent inaboutis en raison de cloisonnements institutionnels

Au regard de la complexité de la situation des familles les plus vulnérables, des difficultés multiples qu'elles rencontrent, et de la diversité des acteurs susceptibles d'intervenir, il est fondamental d'assurer une continuité et une coordination sans faille dans les interventions, voire de mettre en place des dispositifs de prise en charge globale, avec référent stable et unique. Or, de nombreux cloisonnements persistent, à tous les niveaux. Ils sont sources de complexité et de ruptures particulièrement préjudiciables dans le champ de la prévention en protection de l'enfance.

##### 3.1.1 En dépit d'un réel volontarisme pour accroître la transversalité inter services, des cloisonnements internes limitent l'efficacité et la portée de l'action des principaux acteurs institutionnels

###### 3.1.1.1 L'action de prévention des conseils départementaux en direction des familles se heurte à des cloisonnements internes persistants, en dépit de démarches visant à accroître la pluridisciplinarité

#### ➤ **L'amélioration de la coordination des interventions des services sociaux, des services de l'ASE et de la PMI est un enjeu majeur bien repéré par les départements**

Cette coordination reste souvent insuffisante, la mission ayant reçu plusieurs exemples d'interventions parallèles et non coordonnées de ces trois services au sein d'une même famille. Elle se heurte à de multiples obstacles : organisation du travail trop cloisonnée, souvent fonctionnellement et géographiquement ; absence de moyens et surtout de temps prévu pour échanger entre services ; réticences « culturelles » à aller vers un trop grand rapprochement (par exemple entre services de PMI et de l'ASE) ; déploiement insuffisant voire inexistant des outils informatiques permettant d'assurer cette transversalité, en ayant une vision complète des interventions en cours dans une famille donnée, dans le respect du secret professionnel.

Face à ces difficultés, deux types de réponses s'observent dans les départements :

- la mise en œuvre d'une pluridisciplinarité plus forte avec rapprochement des équipes dans de mêmes locaux, souvent dans le cadre d'une réforme de la carte des implantations territoriales du département. La mission a eu connaissance de plusieurs démarches particulièrement abouties, par exemple en Moselle. Dans ces démarches, la proximité physique et les contacts quotidiens des équipes entre elles, regroupées au sein des centres départementaux sous l'autorité d'une même direction de territoire, est vue comme un facteur positif, qui favorise une approche globale des familles. Des commissions pluridisciplinaires ont été mises en place et permettent aux agents d'échanger régulièrement sur des situations complexes, autour du traitement des IP, mais également en amont, sur des situations jugées à risques en dehors de toute IP ;

- la mise en œuvre de dispositifs d'accompagnement « global », associant en tant que de besoin des personnels des trois services concernés, parfois autour d'un référent unique pour la famille, à l'instar du dispositif d'accompagnement social et d'aide à la parentalité (ASAP) mis en place dans le Pas de Calais.
- **L'insuffisante coordination des différents prescripteurs et opérateurs des mesures**, notamment le juge et le prestataire d'AEMO d'une part, le service de l'ASE du conseil départemental d'autre part, limite la portée des interventions.

La difficulté des relations entre les départements et les prestataires d'AEMO est fréquemment pointée, et constitue souvent une source de défiance, voire un point de crispation. Les conseils départementaux déplorent un manque voire une absence totale de visibilité sur les mesures<sup>189</sup>, et un rôle réduit à celui de simple financeur. De fait, la mise en œuvre d'une AEMO semble se traduire, dans de nombreux cas, par un « désinvestissement » du conseil départemental<sup>190</sup>, et les échanges d'information entre les services du département et les prestataires restent très limités. Dans ce contexte, la capacité des prestataires d'AEMO à mobiliser, outre leurs ressources internes, l'ensemble des ressources du territoire, est parfois mise en cause. De manière plus générale, l'insuffisance du pilotage de ces prestataires est fréquemment soulignée.

- **Trop peu d'interfaces existent au sein des conseils départementaux entre les services « enfance familles » et les autres services, en charge notamment du handicap et de l'insertion.**

Selon le questionnaire de la mission, seuls 45 % des départements répondants ont mis en place des coopérations régulières entre le service « enfance familles » et le service en charge des personnes handicapées, ce qui semble faible au regard des besoins d'étayage spécifiques des parents handicapés. Les relations avec les MDPH<sup>191</sup> apparaissent également insuffisantes. De même, seulement 33 % des départements répondants ont mis en place de telles coopérations entre le service « enfance familles » et le service et le service en charge de l'insertion. Dans les départements ayant mis en place une pluridisciplinarité des équipes, celle-ci semble rarement aller jusqu'à intégrer, ou au moins renforcer, le lien avec ces services, comme cela a été fait par exemple en Moselle.

### 3.1.1.2 Au sein de l'éducation nationale, l'existence de multiples instances et acteurs exigerait une meilleure synergie

Le risque quand de nombreux personnels sont en situation de repérer des signaux d'alerte et d'intervenir est celui de collaborations erratiques dont la mise en œuvre serait dépendante de l'implication des individus. L'institution a explicitement prévu des instances qui rassemblent toutes les personnes qui ont à connaître de la situation d'un élève et/ou de sa famille pour prendre des décisions collégialement en leur faveur, accompagnement, soins, signalement si nécessaire.

---

<sup>189</sup> La transmission des informations prévues par les textes n'est souvent pas mise en œuvre – en particulier concernant le bilan de fin de mesure : selon le questionnaire de la mission, seuls 49 % des Départements répondants indiquent que ces bilans sont systématiquement transmis.

<sup>190</sup> Selon l'étude de la Sauvegarde du Pas de Calais précédemment citée, « le pourcentage de mineurs concernés par le travail de partenariat et de collaboration entre les services d'AEMO et les services du département reste faible – les services du conseil départemental ne maintiennent une intervention auprès de la famille en cas d'AEMO que pour 6 à 13 % des situations avec la PMI, pour 4 à 10 % des situations avec le service social départemental, pour 6 à 9 % avec l'ASE ».

<sup>191</sup> Maison départementale des personnes handicapées.

Dans le premier degré, c'est le cas des « équipes éducatives » au niveau des écoles et des « pôles-ressources » à l'échelle des circonscriptions<sup>192</sup>. L'équipe éducative est « réunie par le directeur chaque fois que l'examen de la situation d'un élève ou d'un groupe d'élèves l'exige qu'il s'agisse de l'efficacité scolaire, de l'assiduité ou du comportement » ; elle est composée des personnes qui ont à connaître du cas concerné et les parents sont invités à y participer. Quant au pôle-ressource, autour de l'inspecteur responsable de la circonscription, il regroupe en théorie tous les personnels, y compris de santé ou sociaux, qui peuvent « répondre aux demandes émanant d'un enseignant ou d'une école » ; le texte qui le prévoit le met au service de la prévention ou de la remédiation des difficultés afin d'améliorer la réussite scolaire.

Dans le second degré, autour du chef d'établissement ou sous sa responsabilité, interviennent bien sûr les conseils de classe, mais aussi les réunions de l'équipe éducative (enseignants, CPE, personnels de santé et sociaux, psychologue, partenaires extérieurs le cas échéant), les cellules de veille et groupe de prévention du décrochage scolaire évoqués plus haut, lieux de croisements d'informations et de prise de décision pour des élèves dont les comportements alertent.

À ce niveau existent aussi les comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC) dont la finalité est de « donner cohérence et lisibilité à la politique de l'école et de l'établissement, sur la base de diagnostics de territoires et grâce à une construction des partenariats nécessaires dans une démarche globale et fédératrice » (circulaire n°2016-114 du 10-08-2016). L'intérêt de ces instances réside notamment dans leur travail avec et pour les parents. Des CESC interdégradés sont aussi prévus qui permettraient l'action en continuité au long du parcours école-collège mais ils restent très rares, à l'état de projets quand leur besoin est ressenti.

Les personnels amenés à collaborer au sein de ces dispositifs et tout au long des actions déployées dans le système éducatif pourraient sans doute le faire plus efficacement si les formations prévues à leur intention<sup>193</sup> étaient mises en place ; de celles-ci, la mission n'a jamais entendu parler faute sans doute qu'aient été élaborées les conventions nécessaires à leur réalisation.

La juxtaposition des actions ou dispositifs liée aux instructions de l'administration centrale et aux responsables pour le suivi de ces problématiques au niveau académique ou départemental (souvent personnels de santé et sociaux, notamment les conseillers techniques des directeurs académiques) fait perdre de vue leur finalité commune liée aux interactions entre réussite des apprentissages et conditions de vie des enfants, la reconnaissance de telles interactions n'excluant pas que les situations d'apprentissage sont, en elles-mêmes parfois, la première source des difficultés scolaires. La conception non intégrée de la protection de l'enfance fait qu'elle est souvent perçue comme l'affaire des professionnels du social et de la santé, y compris par les responsables locaux.

De manière générale, il existe un manque de fluidité dans les communications entre le monde des enseignants, celui des personnels sociaux et celui des professionnels de santé pour des raisons variées, notamment la disponibilité des uns et des autres, compte tenu de la vacance de certains emplois et des temps libres non concomitants pour des rencontres. Les malentendus viennent aussi d'une conception différente du temps : il faut du temps pour installer la confiance et faire évoluer les situations pour les assistants sociaux ou les psychologues, des délais pour les soins, et parfois des mois d'attente qui font penser aux parents que la pression mise parfois par l'École était inutile, alors qu'il y a un ressenti d'urgence pour les enseignants quand des comportements d'enfants troublent la classe et leurs pairs, quand ils sont témoins d'une aggravation de la situation.

<sup>192</sup> Cf. extraits des textes officiels en annexe 3.

<sup>193</sup> Cf. articles L. 542-1 et D. 542-1 du code de l'éducation repris en annexe 3.

La problématique du « secret professionnel » est souvent mise en avant également pour expliquer des insatisfactions du côté des enseignants dans leur dialogue avec des professionnels du social et de la santé.

### 3.1.2 Les partenariats entre les principaux réseaux, notamment les conseils départementaux, l'éducation nationale et les CAF, se sont renforcés mais restent à certains égards inaboutis

#### 3.1.2.1 La qualité du partenariat entre conseils départementaux et éducation nationale est déterminante

La tendance au renforcement de ce partenariat est manifeste dans l'ensemble des départements visités par la mission. Il reste cependant très variable selon les territoires, et souvent inabouti :

- **de manière générale, subsiste fréquemment, au niveau des personnels « de terrain », une méconnaissance réciproque** très préjudiciable à la circulation des informations, et à la continuité des interventions en direction des familles : l'absence de référent identifié au niveau du conseil départemental est ainsi pointée dans de nombreuses écoles, d'autant plus que les organisations des services départementaux varient selon les territoires ; à l'inverse, les conseils départementaux pointent un manque d'interlocuteur identifié, notamment en l'absence d'assistant social, côté éducation nationale. De manière pratique, les coordonnées des référents, de part et d'autres, ne circulent pas de manière suffisamment organisée entre les deux réseaux au niveau opérationnel ;
- **les relations restent très dépendantes de l'implication personnelle des agents, et de leur « bonne volonté ».** Si des protocoles ont été largement conclus sur la question du traitement des IP, seule une minorité d'entre eux dépassent cette question<sup>194</sup> et organisent, notamment dans le champ de la prévention, des coopérations (par exemple concernant le traitement des situations complexes, l'organisation de réunions communes au niveau du siège du département comme des territoires, l'organisation de formations conjointes ou d'actions collectives,...). A noter, concernant les IP, le point de crispation récurrent lié au trop faible retour des conseils départementaux en direction de l'éducation nationale, concernant les suites données aux IP : l'insuffisance de ce retour est, de manière quasi unanime, pointé par les personnels de l'éducation nationale comme un frein majeur dans leur dialogue avec les familles et dans la régulation de leurs propres comportements (la suite donnée à l'IP instruit en effet sur la pertinence de l'alerte et peut donc permettre pour l'avenir de mieux se positionner dans des cas semblables). La différence de temporalité, bien que comprise, est également mal vécue par les professionnels de l'éducation nationale : pour eux, il y a les urgences du quotidien (l'enfant est là chaque jour avec ses problèmes qui troublent parfois le fonctionnement d'une classe entière) ; pour les professionnels à l'extérieur, il faut du temps pour documenter et expertiser la situation, constituer un dossier solide, prendre une décision ;

---

<sup>194</sup> Selon le questionnaire de la mission, un protocole formalisé sur le traitement des IP a été conclu dans 80 % des départements répondants ; ce protocole ne « dépasse » la question du traitement des IP que dans 40,8 % des cas.

- **les assistants sociaux de l'éducation nationale sont demandeurs d'une clarification quant au travail partenarial avec leurs homologues des conseils départementaux.** Ils souhaitent « *une feuille de route plus claire* » notamment sur leur participation à l'évaluation des situations suite au recueil d'informations préoccupantes, considérant pour certains que leur implication dans l'accompagnement des familles est peu compatible avec l'évaluation attendue. Sur ce point, les différences de situations entre départements leur apparaissent comme des inégalités. Ils regrettent aussi le manque de liens avec les services de l'ASE et les juges sur le suivi de la scolarité des enfants placés : la scolarité est, à leurs yeux, insuffisamment prise en compte au moment des décisions de placement, la rupture scolaire ajoutant une rupture supplémentaire, mais également dans la communication avec les parents alors que le suivi de la scolarité des enfants est un attribut de l'autorité parentale. S'il y a des éléments de coordination qui relèvent d'un accord entre direction départementale des services de l'éducation nationale et conseil départemental, il existe d'autres difficultés qui ressortissent à des cultures professionnelles qui pourraient être rapprochées par des partages d'informations ou des formations communes (notamment quant à l'interprétation du cadre légal et partant des limites du « secret professionnel ») ;
- de nombreux acteurs soulignent, de manière générale, **l'insuffisance des partenariats entre les services du département et l'école élémentaire** – alors que la présence des assistants sociaux dans les établissements du secondaire facilite naturellement les échanges, et que des partenariats plus nombreux existent ou se mettent en place (concernant par exemple les interventions du planning familial ou la prévention spécialisée – cf. *infra*).

De nombreuses expérimentations se développent cependant pour rapprocher, sur le plan opérationnel, les deux réseaux. En particulier, selon le questionnaire de la mission, plus de 18 % des départements répondants ont organisé la présence d'agents du conseil départemental (travailleurs sociaux ou éducateurs spécialisés) dans les établissements scolaires, sous des formes variables. L'ODAS mène à cet égard avec plusieurs départements<sup>195</sup> une recherche-action sur trois ans (2018-2020) visant à expérimenter des « relations nouvelles entre l'école et le soutien à l'enfance et à la famille », notamment en affectant des travailleurs sociaux des départements dans les écoles pour permettre l'organisation de permanences d'animation sociale<sup>196</sup>.

#### **Les relations entre PMI et médecine scolaire présentent les mêmes caractéristiques :**

- de nombreuses actions sont menées en partenariat entre les deux services, les personnels de PMI intervenant fréquemment dans les écoles<sup>197</sup>. La réalisation du bilan de la quatrième année par les services de PMI constitue un point central dans les relations entre équipes ; parfois préparée en amont par un travail conjoint entre PMI et équipe enseignante, elle donne souvent lieu à une réunion annuelle entre services permettant d'en faire la synthèse, et de repérer les situations d'enfants vulnérables. Des réunions et des transmissions d'informations ponctuelles sont en outre organisées quand les situations le rendent utile, c'est-à-dire en cas de problème diagnostiqué et de préconisations faites auprès des parents ;

<sup>195</sup> Haute-Loire, Loire-Atlantique, Meurthe-et-Moselle, Moselle, Nord, Pyrénées-Atlantiques, Sarthe, Haute-Savoie.

<sup>196</sup> L'expérimentation vise également à susciter une mobilisation et des partenariats accrus avec les villes, et le mouvement associatif, dans la prévention en protection de l'enfance. Cf. <http://odas.net/Projet-de-recherche-action-Soutien-educatif-et>.

<sup>197</sup> Notamment pour mener des actions collectives d'information et d'éducation à la santé dans des domaines divers (nutrition, écrans, vie affective et sexuelle...).

- cependant, peu protocolisées<sup>198</sup>, ces relations reposent beaucoup sur la bonne volonté des acteurs et sur l'état des ressources disponibles (notamment en termes de médecins), et elles sont insuffisamment outillées – la transmission « papier » des bilans de santé de la quatrième année, qui limite naturellement leur exploitation dans une logique de parcours de santé, est notamment pointée, faute d'outil informatique commun.

### 3.1.2.2 Le partenariat entre les CAF et les conseils départementaux, mais également l'éducation nationale, pourrait être renforcé

Structuré dans le cadre des schémas départementaux de service aux familles (SDSF – cf. *infra*, partie 3.3.1), le partenariat entre CAF et conseils départementaux est majoritairement jugé plutôt satisfaisant par les interlocuteurs de la mission. De nombreux points d'amélioration sont cependant identifiés :

- sur le soutien à la parentalité, la mission a pu constater que dans certains départements, le réseau des structures intervenantes, le plus souvent cofinancées par la CAF et le conseil départemental, était peu piloté – certains départements, estimant disposer d'une très faible visibilité en la matière, s'étant même lancés dans des démarches de cartographie de « l'offre » existante. Non sans lien avec ce constat, plusieurs interlocuteurs soulignent l'insuffisance de la connaissance mutuelle et des liens entre services de PMI et structures de soutien à la parentalité. Enfin, l'insuffisance de la réflexion conjointe sur des référentiels partagés pour guider l'action des structures cofinancées, et pour l'évaluer (cf. *supra*, partie 2.4)<sup>199</sup>, est fréquemment soulignée ;
- l'insuffisante articulation des interventions à domicile cofinancées par les deux réseaux, notamment celles des TISF. Selon les réponses au questionnaire de la mission, un protocole de coordination précisant la nature des interventions ayant vocation à être financées par l'un ou l'autre des réseaux n'a été mis en place que dans 22 % des départements répondants. Les conditions de mobilisation des TISF restent à cet égard complexes pour certains personnels de terrain.

Du côté de l'éducation nationale, de nombreux interlocuteurs de la mission appellent à une coordination renforcée avec les porteurs de dispositifs de soutien à la parentalité. De nombreux directeurs d'école n'ont en effet aucune information sur les ressources existantes, vers lesquelles ils pourraient orienter des parents en demande ou pour lesquels ils s'interrogent eux-mêmes. Or, la capacité à orienter les familles vers des lieux extérieurs aux écoles, qu'il s'agisse de centres socio-culturels ou d'associations (telles que le réseau des Écoles des parents) sur des thématiques en lien avec l'éducation (écrans, sommeil par exemple) est essentielle : elle permet un « pas de côté » par rapport à l'institution scolaire, très opportun sur certains sujets non strictement scolaires pour bien marquer que l'éducation nationale n'est pas là pour donner des instructions, des règles de vie aux familles ; les thèmes de ces réunions gagneraient à cet égard être arrêtés lors de réunions qui associent l'inspecteur de l'éducation nationale – parlant alors en fonction d'une analyse de besoins partagée avec les directeurs d'école - aux instances organisatrices.

---

<sup>198</sup> Selon le questionnaire de la mission, un protocole de coordination a été conclu entre le service de PMI et le service de la médecine scolaire dans seulement 28,6 % des départements répondants.

<sup>199</sup> Selon le questionnaire de la mission, seuls 30,6 % des départements répondants indiquent avoir mis en place un référentiel ou un cahier des charges conjoints intégrant la question de la prévention en direction des LAEP, et 32,7 % en direction des REAAP.

### 3.1.2.3 La question du traitement des « situations complexes » illustre les limites de la coordination entre ces réseaux

Les « situations complexes » sont des situations inédites et graves, ou des situations dans lesquelles les multiples variables qui interviennent ne peuvent être traitées que dans une collaboration de professionnels qui pourront mobiliser des systèmes d'intervention relevant de prescripteurs ou financeurs différents, conseil départemental, éducation nationale, communes, CAF....

#### ➤ **La multiplicité des instances de coordination au sein des REP + et des quartiers en politique de la ville peut être source de difficultés**

Les instances d'appui parfois mises en place par différentes institutions (le conseil départemental, la commune, et l'éducation nationale) pour échanger sur ces situations, se recoupent parfois dans leur objet et induisent divers problèmes : les délais de traitement s'allongent (il peut n'y avoir de réunion qu'une fois par mois par exemple) et les parents se trouvent face à des interlocuteurs différents qu'ils repèrent mal, contraints de raconter de nouveau leur histoire et parfois soumis à des propos contradictoires.

Pour les équipes pédagogiques, l'objectif est de répondre le plus rapidement possible à des situations difficiles d'enfants en aménageant si nécessaire leur parcours (ce qui est parfois fait avec excès quand le nombre d'heures en milieu scolaire se réduit fortement sans aides compensatoires, ni soins faute de réponses immédiates) et d'orienter les familles vers des structures ou dispositifs qui peuvent prendre en charge les problèmes que l'école ne sait ni ne peut résoudre. Ce qui a pu faire dire à une inspectrice parlant de ce « mille-feuilles » : « on est très nombreux à vouloir du bien », propos complété par une directrice : « et malgré tout, il y a des fuites ».

#### ➤ **Les liens entre l'éducation nationale et les collectivités locales restent parfois insuffisants dans la prise en charge de l'absentéisme, du décrochage et de la déscolarisation**

L'École se mobilise pour les enfants qu'elle perd de vue, de manière ponctuelle ou durable, qu'il s'agisse d'absentéisme, de décrochage ou de déscolarisation. Elle le fait essentiellement en restant dans le registre de ses finalités : une fréquentation scolaire assidue (ou une instruction régulière à la maison) nécessaire pour un parcours d'apprentissages satisfaisant, l'accès à une qualification donnant de meilleures chances d'intégration sociale et professionnelle ; la contribution qu'elle peut apporter à la prévention en protection de l'enfance n'apparaît pas clairement dans les procédures mises en œuvre.

La prévention de l'absentéisme relève pourtant pleinement d'une stratégie de prévention en protection de l'enfance : manquer la classe ou les cours, quand ce n'est pas pour des motifs réputés légitimes identifiés par la loi, crée un préjudice pour la formation de l'élève et suppose, soit qu'il se soustrait volontairement à une obligation dès lors qu'il est inscrit dans une école ou un établissement (c'est plus fréquemment le cas après l'école primaire), soit que ses parents consentent à son absence ou ne peuvent assurer les conditions d'une fréquentation assidue (se lever assez tôt par exemple ou assurer le transport). Il y a alors carence ou négligence éducative.

Dans le respect des dispositions réglementaires en application de la loi<sup>200</sup>, les trois phases de la procédure en cas d'absentéisme sont mises en œuvre : rappel de la loi fait aux familles, entretiens, saisine du Procureur de la République si le problème persiste. Les démarches achoppent parfois

---

<sup>200</sup> Articles L. 131-8 et R. 131-7 du code de l'éducation reproduits en annexe 3.

dans la phase terminale quand la situation s'est enkystée et que le dossier est transmis à la justice, laissé sans suite, au grand regret des acteurs qui ont conduit la procédure avec persévérance. Dans le premier degré, le contact prévu avec les responsables de la protection de l'enfance<sup>201</sup> n'est pas systématiquement établi sauf si l'assistant conseiller technique du directeur académique s'en charge ; l'assistant social dans l'établissement concerné ou le responsable du service social auprès de l'inspecteur d'académie assure cette liaison pour les élèves du second degré.

Le décrochage scolaire se greffe souvent sur une expérience antérieure de l'absentéisme notamment quand les adolescents s'émancipent de la tutelle des parents qui ne parviennent plus à endiguer le phénomène comme ils pouvaient tenter de le faire avec des enfants plus jeunes. La qualité de l'environnement familial et celle des soins dispensés dans les premières années de la vie sont considérées comme des facteurs favorables pour préserver de ces problèmes qui se rencontrent plus souvent au sein de familles monoparentales et/ou familles nombreuses, quand les parents – surtout la mère – n'ont pas de diplôme voire pas d'emploi<sup>202</sup>.

Des réponses ont été apportées tant au niveau de la prévention que de la remédiation en associant l'ensemble des partenaires, notamment avec les plates-formes de suivi et d'appui aux décrocheurs (PSAD), mode de coordination partenarial des acteurs locaux de la formation, de l'insertion et de l'emploi, et d'autres professionnels susceptibles de contribuer à la prise en charge des jeunes concernés. L'objectif est de « raccrocher » les jeunes concernés soit à un parcours aménagé de scolarisation, soit à une formation adaptée. Les liens avec les problématiques familiales et avec une politique de prévention en protection de l'enfance ne sont pas explicites dans le fonctionnement des dispositifs en place alors même qu'au sein des groupes de prévention du décrochage scolaire (GPDS), les regards croisés (assistant social, PsyEN, infirmier, CPE, enseignants, partenaires extérieurs) permettent de mener une analyse qualitative de la situation du jeune décrocheur, de l'appréhender de manière globale. Le GPDS peut permettre d'alerter sur des situations personnelles relevant de la protection de l'enfance ; la mission n'a pu s'assurer que c'était régulièrement fait.

Plusieurs responsables locaux au sein de l'éducation nationale assurent que le phénomène des ruptures scolaires toucherait plus fortement les élèves relevant de l'ASE, en rupture de scolarisation et confrontés à des parcours chaotiques, amenés à subir des changements de domicile fréquents qui génèrent presque inévitablement des temps de déscolarisation plus ou moins longs en fonction de la mobilisation des différents acteurs et du circuit de communication établi.

---

<sup>201</sup> Extrait de l'article L. 131-8 du code de l'éducation : « *Le directeur de l'établissement d'enseignement informe les collectivités territoriales et les autorités concernées par la protection de l'enfance des mesures prises dans l'établissement scolaire contre l'absentéisme et le décrochage scolaire. Il est l'interlocuteur de ces collectivités et de ces autorités et doit être informé, en retour, du soutien dont il peut bénéficier afin de mener à bien les missions d'accompagnement des personnes responsables de l'enfant et de prévention de l'absentéisme.* »

<sup>202</sup> Cf. CNESECO, 2017, cité *supra*.

**Encadré 8 : Une attention particulière aux élèves pris en charge par l'aide sociale à l'enfance**

Dans un des départements visités, les élèves concernés font l'objet de parcours particuliers (dits dérogatoires ; empruntant parfois le passage par des dispositifs-relais) que suit une coordinatrice départementale (professeure des écoles ayant une formation spécialisée) ; elle fait le lien entre l'éducation nationale, l'établissement de placement et le conseil départemental pour aider à la rescolarisation des enfants et adolescents soumis à l'obligation scolaire. Une commission pluri-professionnelle est réunie régulièrement pour traiter de ces cas et une relation est possible avec la maison des adolescents du département, parfois avec la MDPH.

Dans un autre département, dans l'objectif de renforcer la politique de prévention du décrochage et de prévenir les risques de déscolarisation, une attention toute particulière a été portée à ces enfants, formalisée par la signature d'un protocole de collaboration entre le département et la direction des services départementaux de l'éducation nationale dans le champ de l'enfance, de la famille et de la prévention jeunesse ; ce protocole a pour objectif de coordonner les interventions entre l'ensemble des services départementaux en charge de la protection et les services de l'éducation nationale afin d'améliorer la cohérence des parcours scolaires des enfants confiés à l'ASE. Il semblerait que les différents acteurs se soient approprié les différents outils de liaison de manière très inégale selon les territoires. Aucune évaluation objective n'a été mise en place.

Enfin, phénomène en croissance, la déscolarisation suscite des alertes diverses. Le rapport de la « mission flash » conduite par deux parlementaires et remis en juillet 2018<sup>203</sup> fait un point complet sur le sujet en alertant sur ce phénomène qui concerne environ 0,12 % de la population scolarisable (pourcentage des enfants dits instruits à domicile sans appui autre<sup>204</sup>) mais qui est en augmentation (ce qui peut être le fait d'une mesure meilleure et pas nécessairement d'un nombre de cas plus élevé). Il rappelle les obligations des maires (enquête sociale) et de l'éducation nationale (contrôle de l'instruction reçue) ; il énonce des recommandations que l'on peut résumer ainsi : améliorer le recensement et le suivi, améliorer les enquêtes en mairie, élaborer pour les inspecteurs chargés du contrôle des procédures-types et des formations<sup>205</sup>. Les liens avec les services du département ne sont pas explicitement prévus alors qu'ils seraient nécessaires quand des dysfonctionnements sont observés.

La mission a rencontré, dans deux départements notamment, des acteurs de l'éducation nationale qui alertent sur l'augmentation du phénomène dans certains quartiers plus particulièrement mais aussi sur d'autres formes de déscolarisation : l'instruction dans la famille avec appui sur les cours du centre national d'enseignement à distance qui exerce alors un suivi au nom du ministère de l'éducation nationale dans une « scolarisation réglementée ». La situation est alors moins inquiétante sur le plan strictement scolaire que sur le plan de l'épanouissement des enfants ou adolescents concernés, privés parfois de relations sociales et soustraits aux observations qui pourraient garantir leurs droits car il n'y a plus alors de rencontres avec ces élèves.

Sur l'ensemble de ces sujets, des liens systématiques entre l'éducation nationale, les services du département et, souvent, des communes, sont indispensables ; le réflexe du relais avec le conseil départemental reste à acquérir. L'intégration de la préoccupation scolaire au suivi des familles s'il est en place serait facilitée et si les familles ne sont pas alors connues par d'autres biais,

<sup>203</sup> Mission conduite par A. Brugnera et G. Pau-Langevin pour la commission des affaires culturelles et de l'éducation de l'Assemblée nationale ; communication du 18 juillet 2018.

<sup>204</sup> D'après les données de la DGESCO et citées par les parlementaires, 24 878 enfants ou adolescents étaient en 2014-2015 (0,3 % de la population de référence) instruits à domicile mais parmi eux, certains bénéficient d'un suivi par le Centre national d'enseignement à distance. Ces nombres étaient en augmentation de 32,3 % depuis l'année scolaire 2010-2011.

<sup>205</sup> Ce contrôle sera encore plus délicat pour l'instruction des enfants de moins de six ans.

l'information sur les « ruptures » avec l'École, sous leurs formes diverses, constituerait un signal fort.

### 3.1.3 L'insuffisance des partenariats avec les acteurs de « droit commun » se traduit par des ruptures majeures de prise en charge, notamment dans le champ de la santé

#### 3.1.3.1 L'insuffisance de l'articulation et des passages de relais entre PMI et médecine scolaire d'une part, médecine libérale et hospitalière d'autre part, est largement pointée

Cette insuffisance s'observe à de multiples niveaux :

Dans la période périnatale, la mission a pu constater l'existence de liens importants entre services de PMI et hôpitaux et maternités : passages réguliers des équipes de PMI au sein des maternités ; outils de travail communs dans certains cas<sup>206</sup> ; participation des personnels de PMI aux « staffs » maternité<sup>207</sup>, pédiatriques ou gynécologiques, permettant d'identifier les publics les plus vulnérables et de définir un mode de prise en charge à la sortie de maternité ; réunions mensuelles d'équipes... Ces partenariats restent cependant souvent fragiles<sup>208</sup> et très aléatoires, variant parfois sensiblement d'une maternité à l'autre y compris au sein d'un même département<sup>209</sup>. Au-delà, la PMI semble, dans la plupart des départements, très inégalement identifiée au sein des réseaux de périnatalité<sup>210</sup> – une des difficultés mises en avant étant la difficulté d'articuler le cadre départemental d'action des services avec le niveau régional d'action du réseau.

De manière plus générale, l'intervention des services de PMI comme celle des services de médecine scolaire se heurte à la pénurie de ressources médicales dans de nombreux territoires. Les délais de prise en charge par les CMP, les CMPP et les CAMSP constituent une difficulté majeure, de même que l'insuffisance de ressources en pédopsychiatrie. Si des bonnes pratiques se développent sur certains territoires, au travers de la mise en place de réseaux regroupant différents professionnels du champ médical et médico-social, notamment dans le domaine de la petite enfance et de l'adolescence, les partenariats restent globalement très insuffisants, voire inexistant, pour limiter les effets de ces pénuries. Dans ce contexte, l'absence totale de suivi des recommandations et orientations de la PMI comme de la médecine scolaire (par exemple vers des consultations d'orthophonie) interroge sur l'effectivité de leur action dans le cadre des consultations ou des bilans de santé de la quatrième et de la sixième année.

---

<sup>206</sup> Fiches de liaison, boîtes mails conjointes et dédiées, chartes conjointes pour les staffs en néo-natalité...

<sup>207</sup> Ces staffs sont composés de médecins (gynécologues, obstétriciens, pédiatres), de psychologues, d'infirmières, de puéricultrices, de sages-femmes et dans certains cas d'assistantes sociales.

<sup>208</sup> Selon le questionnaire de la mission, 51 % des départements répondants indiquent avoir conclu des protocoles avec les maternités. Le protocole semble parfois se limiter à la question des enfants nés dans le secret.

<sup>209</sup> Certains conseils départementaux ont à cet égard engagé un travail de « cartographie » pour identifier l'état des coopérations entre chaque service territorial de PMI et les maternités relevant de son secteur.

<sup>210</sup> Parfois anciens, les réseaux de périnatalité réunissent des professionnels d'établissements publics et privés (hôpitaux, cliniques, maternités) et des professionnels libéraux (médecins, pédiatres, sages-femmes...). Ils sont chargés de coordonner le suivi et la prise en charge des femmes enceintes et des nouveau-nés, d'informer et de former les professionnels de tous les secteurs. Leur action a été précisée par un cahier des charges publié en 2006, complété par une instruction DGOS du 3 juillet 2015, dans l'objectif notamment d'améliorer la couverture nationale des réseaux et de privilégier un réseau unique régional avec éventuellement des antennes pour agir au plus près des territoires.

Au-delà, les conditions d'intervention de ces différents acteurs sont insuffisamment articulées et coordonnées dans le cadre du parcours de santé de l'enfant :

- les pratiques d'échanges d'information et de coopération entre PMI et médecine scolaire d'une part, médecine libérale d'autre part, sont rares, au-delà des relations interpersonnelles qui peuvent s'établir sur un territoire donné. Les obstacles invoqués sont multiples : les médecins libéraux sont perçus comme « *en retrait* » sur la protection de l'enfance, en raison des freins évoqués plus haut ; le secret médical est parfois mis en avant comme rendant impossible tout échange d'information – des difficultés majeures sont à cet égard constatées concernant certaines spécialités médicales, notamment les psychiatres, perçus comme très réticents à toute communication avec les médecins de PMI sur les incidences possibles des pathologies de leurs patients adultes sur la sécurité de leurs enfants ;
- comme indiqué plus haut, la transmission des informations prévues entre médecine libérale et PMI n'est pas toujours effective. L'absence d'outil informatique commun permettant une traçabilité du parcours de santé du bébé ou de l'enfant constitue à cet égard, de manière évidente, une limite majeure à la continuité de la prise en charge par les différents professionnels ;
- la mise en œuvre du programme de retour à domicile précoce (PRADO) porté par l'assurance maladie illustre l'insuffisante organisation du « qui fait quoi » dans la prise en charge des mères et de leurs bébés en sortie de maternité. Ce programme a en effet pu créer des tensions entre sages-femmes libérales et sages-femmes de PMI, en raison d'un sentiment de redondance, voire de concurrence dans les interventions, et d'une organisation insuffisante des liens et des passages de relais – sources de confusion possible au sein des familles sur les responsabilités respectives des différents intervenants dans le suivi périnatal.

Enfin, plusieurs départements mettent en avant une insuffisante intégration du service de PMI et de la médecine scolaire dans la stratégie régionale de prévention en santé publique. Les relations avec l'ARS sont, dans de nombreux cas, considérées comme distantes, les besoins de la PMI n'apparaissant pas suffisamment pris en compte dans le cadre du programme régional de santé (PRS).

Les départements peinent, légitimement, à apporter à eux seuls une réponse en termes de coordination à ces multiples difficultés. Il est à cet égard symptomatique qu'un grand nombre d'entre eux n'aient pas encore désigné le médecin référent en protection de l'enfance prévu par la loi du 14 mars 2016, chargé de coordonner l'action des professionnels de santé – médecins scolaires, libéraux et hospitaliers, et de la CRIP ; selon le questionnaire de la mission, 43 % des départements répondants n'ont pas encore désigné ce médecin – et lorsque celui-ci l'est, il s'agit semble-t-il très souvent du médecin chef du service de PMI, qui se voit donc chargé de cette mission en supplément de ses fonctions d'encadrement et de direction.

3.1.3.2 Les partenariats avec les autres acteurs de la petite enfance et de l'enfance, notamment au sein des municipalités, restent insuffisamment développés

➤ **L'insuffisance de l'accès des familles les plus vulnérables à des places en crèche est particulièrement dommageable dans une logique de prévention en protection de l'enfance**

À de multiples égards, les relations avec les assistantes maternelles et surtout les crèches<sup>211</sup>, ne sont pas assez investies dans le champ de la prévention en protection de l'enfance :

- les personnels des crèches et les assistantes maternelles ne sont pas assez informés et formés au repérage des vulnérabilités. Selon le questionnaire de la mission, 43 % des départements répondants indiquent n'avoir mis en place aucune action en la matière en direction des personnels des crèches, 47 % en direction des assistantes maternelles ;
- au-delà, de nombreux interlocuteurs regrettent l'insuffisance des échanges avec les crèches sur les questions de soutien à la parentalité, trop peu prises en compte dans les projets d'établissement – c'est la « qualité éducative » de ces projets qui est alors mise en cause. À noter des expérimentations qui se développent cependant, notamment pour favoriser l'établissement d'une relation de confiance entre la crèche et la famille, en « *ouvrant davantage la crèche aux parents et en leur permettant d'y passer du temps* » (dispositif d'« accueil nouvelles mamans » dans les Yvelines ; dispositif d'« accueil éveil », mis en place par la PMI en partenariat avec des crèches dans le Nord), ou encore pour renforcer la qualité éducative et favoriser le développement des enfants (avec en particulier le programme « parler bambin » visant à favoriser le développement langagier des enfants<sup>212</sup>).

Plus fondamentalement, tous les interlocuteurs rencontrés par la mission soulignent à quel point l'accès à un mode d'accueil collectif pour l'enfant peut contribuer à prévenir une dégradation de la situation familiale – concernant par exemple des mères isolées, vivant dans des logements très exigus, n'ayant aucune « *bouffée d'oxygène* » vis-à-vis de leur enfant et étant dans l'incapacité de chercher un emploi. L'insuffisance des places et le très faible accès de certaines familles, notamment les familles les plus défavorisées<sup>213</sup>, à ces modes d'accueil sont ainsi pointés comme une limite majeure des politiques de prévention en protection de l'enfance.

Les expérimentations dans lesquelles se sont engagés certains départements, qui visent à faciliter l'accès des jeunes enfants de familles vulnérables à des places en crèches, sont à cet égard particulièrement intéressantes. Dans l'Hérault, des places « prévention » sont réservées dans certaines crèches au bénéfice d'enfants de familles vulnérables dans un objectif de prévention en protection de l'enfance. En Saône-et-Loire, une pratique innovante se développe avec une association prestataire d'AEMO et d'AED, qui souhaite investir le domaine en créant une crèche

<sup>211</sup> La quasi-totalité des interlocuteurs rencontrés par la mission souligne que l'accueil individuel par les assistantes maternelles est moins aisé pour les familles les plus vulnérables que l'accueil collectif en crèche.

<sup>212</sup> Le programme « parler bambin » a été expérimenté au milieu des années 2000 au sein de crèches municipales de la ville de Grenoble, puis évalué par une équipe de chercheurs de l'université de Grenoble. Il a ensuite essaimé dans plusieurs autres villes à partir de 2011. Il part du constat qu'en crèche, on parle souvent peu aux enfants qui ne parlent pas et beaucoup aux enfants qui parlent déjà – ce qui ne fait que « *creuser l'écart* » entre les deux catégories. Des outils ont donc été développés pour encourager le développement du langage chez tous les enfants accueillis en crèche, y compris et surtout ceux qui ne parlent peu ou pas.

<sup>213</sup> Selon les données de l'enquête « *Modes de garde et d'accueil des jeunes enfants 2013* » de la DREES, en 2013, 88 % des enfants de moins de 3 ans appartenant aux 20 % des ménages les plus modestes sont gardés à titre principal par leurs parents. Seuls 5 % de ces enfants sont accueillis en crèche.

proposant un accueil à des enfants de familles vulnérables, doublé d'un dispositif de soutien parental et éducatif renforcé.

► **Le partenariat avec les communes reste très inégal et globalement insuffisant**

Comme indiqué en partie 2.1, les communes ont un rôle important à jouer en prévention en protection de l'enfance, au regard de leur proximité évidente avec les usagers, et des services nombreux qu'elles déploient, au-delà des crèches, en direction de l'enfance et de la famille, dans les champs socio-éducatifs, culturels, sportifs, notamment au sein des CCAS – services renforcés dans le cadre de la politique de la ville. Les interlocuteurs de la mission au sein des conseils départementaux soulignent cependant tous la difficulté à structurer des coopérations en la matière au regard de la multiplicité et de la dispersion des interlocuteurs concernés. Selon les réponses au questionnaire de la mission, seuls 43 % des départements répondants ont ainsi mis en place des partenariats formalisés ou contractualisés avec des communes dans le champ de la prévention spécialisée, cette proportion tombant à 35 % dans le champ de la petite enfance, et à 27 % dans le champ de la parentalité.

Des coopérations existent cependant bien sûr sous des formes très diverses, selon les orientations privilégiées par les élus des collectivités concernées, en étant parfois inscrites dans les contrats de territoires. Elles sont souvent favorisées, dans les quartiers « politique de la ville », par l'existence de moyens dédiés au financement de coordinations qui font sinon souvent défaut (cf. *infra*, partie 3.2).

L'expérimentation menée dans le département de Loire-Atlantique autour des « classes-passerelles », qui associe étroitement commune, inspection académique et conseil départemental, est particulièrement intéressante.

**Encadré 9 : Un espace-passerelle pour parents et enfants de deux à trois ans, avant la première scolarisation (Saint-Herblain)**

Ce dispositif spécifique est implanté dans une « école orpheline » c'est-à-dire une école qui présente des caractéristiques identiques à celles qui sont en réseau d'éducation prioritaire mais, qui, isolée, ne peut s'intégrer à un réseau.

Une convention formalise la coopération entre la ville, l'inspection académique pour l'éducation nationale, le conseil départemental.

L'accueil se déroule le mercredi, de mars à décembre avant l'entrée des enfants à l'école maternelle qui est échelonnée de septembre à janvier ; un temps suffisant de fréquentation de l'espace-passerelle précède l'entrée à l'école quand celle-ci se fait avant 3 ans. Les enfants accueillis (dix au maximum) ont deux ans révolus ; ils sont accompagnés d'un de leurs parents ou des deux.

Il y a toujours deux adultes pour encadrer le groupe d'enfants dont un professeur des écoles (PE). Les autres personnels qui interviennent sont un autre PE, un maître G du RASED ponctuellement, l'ATSEM, la coordinatrice du programme de réussite éducative, l'assistante sociale du centre médico-social, une puéricultrice appartenant à la PMI (parfois à un établissement d'accueil du jeune enfant). L'action intègre d'autres parents dont les enfants sont scolarisés régulièrement, ou/et des parents pouvant faire fonction de médiateurs linguistiques. L'emploi du temps de la journée se distingue de celui d'une classe ordinaire ; il s'agit de donner à vivre des ateliers divers au travers desquels il y a observation des enfants et de la relation enfant-parent(s).

Les objectifs sont divers : réussir un bon accrochage à l'école des enfants et des parents, faciliter la séparation mère-enfant pour des petits qui n'ont la plupart du temps connu aucun autre mode de garde, aménager la transition vers la scolarisation à plein temps.

Le repérage de difficultés de langage, de postures parentales peu favorables au bon développement des enfants débouchent sur des échanges avec les parents de la part de professionnels divers. La volonté d’instaurer des relations de confiance impose de ne pas renvoyer trop vite les parents vers des professionnels spécialisés.

### 3.1.3.3 La situation des services de prévention spécialisée illustre les insuffisances du pilotage et de la politique partenariale

#### ➤ **Les services de prévention spécialisée, dont le rôle est important sur certains territoires au regard des jeunes les plus en difficulté, ont pour nombre d’entre eux fait évoluer leurs modes d’action**

Par son ancrage territorial, sa capacité à « aller vers » les jeunes les plus en difficultés et/ou les plus isolés, la prévention spécialisée constitue un réseau important dans les politiques de prévention en protection de l’enfance. Si les interlocuteurs de la mission ont dans leur majorité réaffirmé leur attachement aux principes d’intervention de la prévention spécialisée (anonymat des jeunes, libre adhésion, absence de mandat institutionnel), nombre d’entre eux soulignent la diversification des modes d’action des services en cours dans les départements :

- la rue ne constitue plus le seul cadre d’intervention de la prévention spécialisée, dont l’action se déploie également dans des structures institutionnelles diverses ; selon le questionnaire de la mission, 53 % des départements répondants indiquent que la prévention spécialisée intervient au sein d’établissements scolaires, 45 % au sein de centres sociaux. Le renforcement des partenariats avec les collèges et les lycées est particulièrement net dans certains départements<sup>214</sup>, souvent en lien avec les dispositifs de lutte contre le décrochage scolaire ;
- les modes d’action ont évolué dans ce cadre, la prévention spécialisée mettant en œuvre des actions tantôt individuelles, tantôt collectives distinctes de celles menées traditionnellement dans le cadre du travail de rue ;
- de manière générale, l’action tend à s’inscrire dans un meilleur maillage institutionnel<sup>215</sup>. Les échanges d’information en direction des services départementaux semblent s’être renforcés. Dans certains cas, le changement de statut des services a contribué à ce rapprochement, comme en Loire-Atlantique<sup>216</sup>.

#### ➤ **L’action des services de prévention spécialisée fait cependant l’objet d’un pilotage incertain et de partenariats aléatoires**

Au-delà des évolutions ci-dessus, les interlocuteurs de la mission mettent en avant la grande hétérogénéité d’organisation et de fonctionnement de la prévention spécialisée, dépendant largement de la qualité du partenariat entre les conseils départementaux, les communes et les agglomérations<sup>217</sup>, dans le cadre de la politique de la ville.

<sup>214</sup> Dans le Département des Yvelines par exemple, douze « chargés de prévention » issus de la prévention spécialisée ont été déployés à temps plein dans les collèges.

<sup>215</sup> Des expérimentations ont été menées notamment à Versailles, où les éducateurs de la prévention spécialisée ont créé un réseau de partenaires institutionnels qui orientent des jeunes en difficultés. Ils ne font plus de travail de rue même s’ils restent « non étiquetés », se présentant comme des « coordinateurs d’action éducative » (vis-à-vis des parents) et comme des « animateurs spécialisés » (vis-à-vis des jeunes).

<sup>216</sup> La prévention spécialisée est passée d’un statut associatif à un statut unifié de GIP, associant le département et les quatre communes les plus importantes.

<sup>217</sup> La prévention spécialisée ayant été déléguée par certains départements à des métropoles dans le cadre de la loi « NOTRe » du 7 août 2015 portant nouvelle organisation territoriale de la République.

A cet égard, c'est un positionnement « *incertain* » et « *fluctuant* » de la prévention spécialisée qui est pointé, entre les enjeux de la protection de l'enfance portés par le conseil départemental, et ceux de la politique de ville portés par les communes – et, plus précisément, les enjeux de la lutte contre la délinquance, dans un contexte marqué par des mouvements de radicalisation. Selon le questionnaire de la mission, 47 % des départements répondants indiquent avoir mis en place un partenariat formalisé avec des communes sur la prévention spécialisée. Pour autant, les services soulignent la difficulté de ces acteurs institutionnels à mettre en place un pilotage global et décloisonné de leur action, et l'absence fréquemment ressentie de réel « *chef de file* ». Dans ce contexte, les équipes se disent « *sur-mobilisées* » par le travail de coordination et d'instruction administrative lié à la multiplicité des interlocuteurs et des sources de financements, notamment dans le cadre des appels à projet de la politique de la ville.

### 3.2 Au niveau territorial, la prévention en protection de l'enfance se caractérise par des inégalités majeures de prise en charge

#### 3.2.1 Les inégalités socio-économiques et les disparités d'organisation territoriale entre les départements sont à la source d'importants déséquilibres

Les inégalités socio-économiques sont, de manière évidente, à l'origine d'une forte hétérogénéité dans l'accompagnement des familles les plus vulnérables, au regard des marges de manœuvre plus ou moins contraintes des départements dans la mobilisation de tel ou tel dispositif. Le « taux de mesures » varie de 1 à 3,9 % des moins de 21 ans selon les départements sans qu'un lien puisse clairement être établi avec une prévalence de danger différentielle (cf. cartes et détails en annexe 7). Les pratiques d'accompagnement sont, elles aussi, très variables d'un département à l'autre : la part des mesures de placement parmi les mesures d'ASE varie entre 29 % et 65 %, la moitié des départements se trouvant entre 47 et 57 %. Là encore on peut se demander si des disparités si importantes reflètent des différences de gravité dans les situations ou des stratégies départementales plus ou moins dépendantes de la sensibilité à ces questions, de l'offre de structures et des moyens financiers disponibles.

Plusieurs interlocuteurs de la mission ont à cet égard évoqué des « *seuils de tolérance* » très variables, d'un département à l'autre, dans l'appréciation des situations en protection de l'enfance – variabilité par ailleurs favorisée par l'absence de référentiel partagé. Les enseignants notamment ont une perception différenciée de certains signaux d'alerte selon l'environnement dans lequel ils exercent, la récurrence des mêmes situations induisant une forme d'habitation : ce qui fait sens en certains lieux finit par ne plus être perçu dans d'autres.

La disparité des organisations territoriales entre les départements constitue un autre facteur d'hétérogénéité. Concernant la PMI, le constat formulé par l'IGAS en 2006<sup>218</sup>, pointant la très grande hétérogénéité des pratiques et des politiques des départements, semble toujours largement d'actualité. Au-delà, l'organisation territoriale des services des départements reste très variable en termes de nombres d'implantation et de stratégie de maillage du territoire.

Les dispositifs de soutien à la parentalité semblent aussi faire l'objet d'importantes disparités géographiques. L'étude des implantations territoriales des LAEP réalisée par la mission

---

<sup>218</sup> D. Jourdain-Menninger, B. Roussille, P. Vienne, C. Lannelongue, « *Etude sur la protection maternelle et infantile en France* », rapport IGAS, 2006.

d'évaluation de la COG de la CNAF<sup>219</sup> mettait en évidence un taux de couverture géographique national de 72,3 % mais avec des écarts importants entre départements tandis que la médiane (50<sup>ème</sup> département le mieux couvert) s'établissait à 62,5 % d'intercommunalités couvertes. Un quart des départements avaient un taux de couverture géographique inférieur à 41,8 % et un quart un taux supérieur à 77,2 % ; on trouvait même 10 % des départements sous le seuil des 26,2 % de couverture. Ces disparités entre départements se doublaient de disparités à l'intérieur même des départements, certaines zones étant surchargées en LAEP tandis que d'autres zones en sont dépourvues (cf. annexe 7).

Enfin, de nombreux interlocuteurs soulignent l'enjeu que représentent en protection de l'enfance les ruptures de prise en charge qui interviennent lorsque les familles changent de département ; les pratiques de très forte mobilité, subie ou parfois délibérée, de certaines familles, sont à cet égard sources de risques majeurs dans la mise en œuvre de toute stratégie de prévention.

### 3.2.2 Des lignes de fractures multiples s'observent au sein des territoires, entre milieux urbain, périurbain et rural

#### ► **En milieu urbain, de fortes disparités existent selon que s'y déploie ou non la politique de la ville et qu'existent ou pas des réseaux d'éducation prioritaires renforcés (REP+)**

En milieu urbain, il existe au sein de l'éducation nationale un important décalage entre les ressources à disposition des REP + et celles que peuvent mobiliser les autres secteurs, dont les REP. La concentration de familles dont les problèmes socio-économiques et socio-culturels sont nombreux et permanents ( familles qui restent ou familles qui se succèdent et qui présentent les mêmes problèmes), la précarité parfois extrême de nouveaux arrivants (logés dans les hôtels sociaux notamment et déplacés par les institutions) sont plus fortes dans les secteurs des REP+ mais ailleurs existent aussi des familles qui vivent les mêmes problèmes (précarité économique ; logement ; santé ; modes d'éducation...), certes en moins grand nombre.

Jouent dans le ressenti de ce qui est perçu comme une inégalité des facteurs très variés : le taux d'encadrement dans les écoles et collèges qui rend plus ou moins lourde la gestion des comportements perturbateurs, les obligations des enseignants en matière de temps de travail devant élèves et le temps de formation inclus dans le service pour les acteurs des REP+ (dont certains disent avoir trouvé « *du cousu main* » quand leurs besoins ont été traités), la présence d'un coordonnateur qui peut faire le lien avec l'extérieur, la présence d'assistants du service social plus dense en REP+ avec des incursions dans le primaire parfois.

Dans les quartiers qui bénéficient de la politique de la ville, ce qui est le plus souvent le cas pour les écoles et établissements REP+, des ressources liées aux dispositifs de réussite éducative<sup>220</sup> s'ajoutent à celles qu'offre l'éducation nationale. Des insatisfactions s'expriment chez les enseignants et inspecteurs du premier degré quant à la non-coïncidence des périmètres de la politique de la ville et des réseaux d'éducation prioritaire, ce qui génère des situations très mal supportées. Ainsi, les enfants d'une même classe, leurs familles, n'ont pas les mêmes droits selon leur adresse : des aides sont possibles pour les uns, et pas pour d'autres, à problèmes identiques.

De multiples acteurs soulignent enfin la situation difficile de certains quartiers situés en zone périurbaine : souvent en dehors du maillage REP, REP+ ou « QPV », les ressources y sont faibles

<sup>219</sup> Cf. rapport déjà cité.

<sup>220</sup> Ces dispositifs peuvent consister en accueil périscolaire, en aides au travail scolaire hors l'école, en accompagnement à des consultations spécialisées, ou à des soins orthophoniques ou psychomoteurs, ...

alors que les difficultés s'y « déplacent » parfois, notamment concernant l'adolescence, précisément parce qu'ils sont situés en dehors de ce maillage.

➤ **L'isolement des familles en milieu rural et l'insuffisance des moyens des principaux réseaux créent des situations de risque largement mises en exergue**

Tous les acteurs rencontrés par la mission soulignent l'acuité des difficultés rencontrées en milieu rural, et leurs conséquences en termes de risques en protection de l'enfance. Alors que ces territoires souffrent des mêmes difficultés socio-économiques que les territoires urbains (précarité, chômage, problèmes de logement...), s'y ajoutent les enjeux majeurs liés à la faible densité de population et d'habitat, à l'enclavement géographique, et à l'insuffisance des réseaux de transports en commun. L'isolement et la très faible mobilité des familles qui en résultent constituent une difficulté majeure dans la mise en œuvre d'actions de prévention, qui supposent une forte proximité avec l'utilisateur. L'insuffisance des équipements et services, dans tous les domaines (« déserts sanitaires », absence de prestataires d'interventions à domicile sur certains territoires, absence d'équipements sociaux en direction de l'enfance et de la jeunesse...) est durement ressentie, et la pratique des professionnels est elle-même entravée par les contraintes liées au temps de déplacement (notamment pour les déplacements au domicile). Des réponses se développent sur certains territoires (notamment les dispositifs ambulatoires à l'instar de l'équipe mobile périnatale - EMP - mise en œuvre dans le Nord, à Onnaing - cf. *supra*, 2.3.3) mais peinent à répondre à ces enjeux.

La perception de ces difficultés propres au milieu rural est particulièrement aiguë au sein de l'éducation nationale, qui reste parfois le seul réseau encore au contact des familles. Le terme souvent entendu est celui de « *dénuement* » : des équipes pédagogiques réduites et isolées d'autant plus sensibles aux menaces exprimées par des parents, des professionnels spécialisés de l'éducation nationale éloignés et peu disponibles ; des ressources partenariales également lointaines si elles existent (le « territoire de vie sociale » est rarement repéré), un habitat diffus dans lequel le voisinage ne peut alerter (on parle de violences intrafamiliales dont un inspecteur dira : « *l'exceptionnel devient plus fréquent* »). Les effets se font ressentir de plus en plus durement quand la précarité s'accroît dans certaines zones et quand une tension s'installe entre l'École et les parents. Il n'y a pas non plus de ressources de proximité pour des familles souvent peu mobiles, ce qui limite leurs possibilités de répondre aux orientations de l'école vers des consultations (orthophonie, ophtalmologie...) ; de ce fait, les problèmes des enfants subsistent ou s'aggravent, et donc l'École relance, ce qui est vécu comme du harcèlement par les familles... Cercle vicieux qui crée des tensions ou les avive. Les inspecteurs du premier degré sont souvent appelés au secours des équipes pédagogiques dans leurs interactions les plus délicates avec des familles opposantes ou menaçantes, ce à quoi ils accordent du temps.

### **3.3 Au niveau stratégique, l'existence de multiples cadres d'action brouille le pilotage par les conseils départementaux**

#### **3.3.1 De nombreux plans et schémas coexistent et sont déclinés localement**

L'action en faveur de l'enfance relève, suivant son objet, de plusieurs autorités. Elle est organisée au travers d'une pluralité de plans et schémas déclinés localement. Cette pluralité accroît les interfaces possibles ou nécessaires entre les divers acteurs. Si la planification et la coordination qui en résultent paraissent a priori souhaitables et vertueuses, elles sont également source potentielle de complexité et créent un risque de juxtaposition éloignant ces documents à portée programmatique de leur vocation d'outil opérationnel de pilotage.

Le schéma départemental de protection de l'enfance (SDPE) est établi par le président du conseil départemental. Il est un des quatre « schémas d'organisation sociale et médicosociale » prévus par l'article L. 312-5 du CASF, aux côtés des schémas établis par les ministres chargés des personnes âgées et handicapées, des schémas régionaux des préfets et des schémas régionaux des directeurs généraux d'ARS. Il définit la politique du conseil départemental, chef de file de la protection de l'enfance, en organisant, à partir d'un diagnostic partagé avec les différentes institutions, associations et les professionnels du département, les réponses à apporter aux grandes questions suivantes<sup>221</sup> :

- identification des usagers et de leurs besoins puis des politiques sociales y répondant ;
- disparités sur le territoire, égalité d'accès aux droits et homogénéité des actions ;
- organisation en découlant dans le département et mise en synergie des différentes compétences intervenant dans le champ en fonction de leur périmètre d'intervention.

Ce schéma doit être cohérent avec d'autres schémas locaux tels que le schéma directeur de la protection judiciaire de la jeunesse (PJJ) et le schéma départemental relatif aux personnes en situation de handicap dont une partie de la population relève des dispositifs de protection de l'enfance.

Par ailleurs un schéma départemental des services aux familles (SDSF) est élaboré sous l'autorité du préfet de département en concertation avec les organismes concernés par les politiques familiales (communes et intercommunalités). Ce schéma prend la forme d'une convention entre les partenaires, dont l'État, le conseil départemental, les CAF et les CMSA. Il associe les différents acteurs de la petite enfance et de la parentalité au déploiement d'une stratégie territoriale pour le développement des solutions d'accueil du jeune enfant (complémentarité des modes d'accueil, accès des familles vulnérables (familles précaires, monoparentales, confrontées au handicap) et des services de soutien à la parentalité (maillage progressif du territoire en matière d'offre d'accompagnement à la parentalité).

Enfin, le schéma régional de santé est une composante du projet régional de santé, document unique et transversal, qui regroupe les soins - hospitalier et ambulatoire -, la prévention et la prise en charge médico-sociale. Ce schéma fixe les objectifs quantitatifs et qualitatifs de l'offre des établissements et des services médico-sociaux, notamment ceux qui assurent une éducation adaptée et un accompagnement social ou médico-social aux mineurs ou jeunes adultes handicapés ou présentant des difficultés d'adaptation. Son périmètre est large et implique une transversalité forte avec tous les champs de la santé ainsi qu'avec les autres politiques publiques menées par l'État ou les collectivités locales.

### 3.3.2 Le nouveau protocole de mise en œuvre et de coordination des actions de prévention peine à trouver sa place dans le dispositif

Prévu par la loi du 14 mars 2016, un protocole doit être établi dans chaque département par le président du conseil départemental avec les différents responsables institutionnels (préfet, DPJJ, ARS, CAF, CPAM, directeur académique des services de l'éducation nationale, MSA...) et associatifs amenés à mettre en place des actions de prévention en direction de l'enfant et de sa famille. Il doit définir les priorités partagées par l'ensemble des acteurs, les hiérarchiser et, au besoin, les

---

<sup>221</sup> Cf. le rapport de l'ONED sur l'étude des schémas départementaux 2015.

compléter. Il doit faire référence aux accords de partenariat conclus entre les responsables mettant en œuvre des actions de prévention.

Les actions de prévention promues et impulsées par les protocoles doivent couvrir aussi bien les dimensions universelles et ciblées de la prévention<sup>222</sup> :

- soutenir et promouvoir le développement de l'enfant ou de l'adolescent (développement physique, affectif, intellectuel et social), dans le respect de ses droits et dans son intérêt ;
- prévenir les difficultés auxquelles l'enfant peut être confronté de nature à compromettre son développement ;
- promouvoir le soutien au développement de la fonction parentale ;
- prévenir les difficultés auxquelles les parents peuvent être confrontés dans l'exercice de leur fonction parentale et de leurs responsabilités éducatives.

A la date de réalisation du présent rapport, sur 49 répondants au questionnaire adressé aux conseils départementaux, 11 (soit 22 %) ont indiqué que ce protocole était en cours de réalisation. 10 (soit 20 %) n'ont pas renseigné cette rubrique, semblant signifier ne pas avoir connaissance de l'existence d'un tel protocole ou de travaux le concernant et 28 (soit 57 %) ont explicitement répondu que de tels travaux n'étaient pas en cours. Ces taux de réponses sont éclairés par les commentaires formulés par les répondants, corroborés par les auditions recueillies par la mission lors de ses déplacements ainsi que par l'examen des schémas départementaux de protection de l'enfance.

Ainsi, lorsque les travaux sont engagés ou vont l'être, c'est souvent en application d'une fiche-action du schéma départemental. Certains répondants indiquent que ce protocole viendra en fait formaliser des partenariats préexistants. Un département, la Manche, l'a réalisé dans un document commun, sur la base du pacte territorial pour l'insertion. Un autre, le Var, envisage de le loger dans un service dédié à la coordination de la prévention, de l'observation et de la prospective. La coordination semble par ailleurs souvent formalisée dans le cadre de partenariats bilatéraux, avec l'éducation nationale, l'ARS, une structure associative, un EPCI, etc.

Mais plusieurs répondants expriment explicitement leurs interrogations quant à l'utilité de réaliser « un énième outil qui s'empilerait aux autres outils (schéma enfance familles, schéma des services aux familles, protocoles et référentiels existants de coopération) ». En l'espèce, le répondant signale que le schéma des services aux familles, copiloté avec la CAF, constitue déjà « un excellent levier de coordination ». Un autre mentionne la « nécessité de clarifier les coordinations avec les différents schémas existants : redondances avec le schéma services aux familles notamment, avec une conception très "descendante" de sa déclinaison ». Ceci conduit parfois les départements à confier cette mission de coordination à une structure issue d'un autre schéma. C'est le cas des Yvelines avec le futur comité enfance-jeunesse prévu dans le cadre du schéma de l'organisation sociale et médico-sociale 2018-2022.

Ainsi, si le principe de la coordination n'est jamais mis en cause, le souci de cette dernière étant très présent dans les schémas départementaux, sa cristallisation dans un formalisme institutionnel souvent qualifié de chronophage et sa redondance avec de nombreux schémas sont souvent jugés peu productifs. Ces propos sont revenus fréquemment lors des auditions, les professionnels

---

<sup>222</sup> Le protocole de coordination de la prévention et la protection de l'enfance conclu en le président du conseil départemental de la Somme et les partenaires mobilisés a par exemple pour objet de formaliser le circuit des informations préoccupantes, leurs modalités de transmission et le rôle central de l'Espace des droits de l'enfant, lieu de convergence de toutes ces informations concernant un mineur en danger ou en risque de l'être.

appelant à plus de souplesse et surtout plus de temps libéré pour une coordination opérationnelle de terrain, quitte, par exemple, à ce qu'il leur soit demandé de rendre compte deux fois par an de l'effectivité qualitative des partenariats mis en place<sup>223</sup>.

### 3.3.3 Des modalités alternatives de pilotage et de coordination informelle, plus adaptées aux configurations locales, tendent à se développer

En dehors des lieux officiels, manifestement chronophages et peu opérationnels, des espaces de coordination existent mais s'avèrent plus informels et très « *personnes et lieux dépendants* ».

À rebours des commandes institutionnelles, les conseils départementaux semblent privilégier les partenariats bilatéraux ou « *ad hoc* » dont le périmètre d'intervention est circonscrit mais maîtrisable et sur lequel ils peuvent organiser une coopération à visée opérationnelle. Ces espaces « *ad hoc* » sont plus ou moins protocolisés mais sont très souvent cités, au titre du travail en concertation, par les départements interrogés sur les actions de prévention qu'ils jugent exemplaires<sup>224</sup>. Ils ont alors des configurations et des objets variés<sup>225</sup>.

Certains départements tentent aussi de combattre les cloisonnements ou la surabondance de plans et schémas locaux en procédant à leur fusion (SDSF et SDPE) ou en développant des approches globales ou transversales territoriales. On note ainsi l'émergence de « schémas uniques », en particulier dans des départements de petite taille, pouvant s'expliquer par le souci compréhensible de mutualisation des moyens et d'économies d'échelle. Ces approches s'inscrivent explicitement dans une logique d'égal accès de tous à des services favorisant la promotion de la santé, l'autonomie, etc. plutôt que de traitement des situations par les risques et les publics. Les auteurs escomptent « *une offre plus équitable pour la population* », une « *politique de prévention plus globale et moins segmentée par public/institutions/territoires* ». Au prix toutefois d'une moindre lisibilité des plans d'action et de l'offre de service, ce que l'ONED avait d'ailleurs déjà identifié dans son rapport 2015, et ce d'autant plus qu'en pratique, les solutions proposées dans les fiches-action de ces schémas ne se distinguent pas fondamentalement de l'offre classique.

---

<sup>223</sup> À l'inverse, certaines auditions ont mis en évidence la production de documents de *reporting* quantitatifs et qualitatifs détaillés, souvent volumineux, dont ils ignorent l'usage qui en est fait et sur la capitalisation et mise en commun desquels aucun retour ne leur est adressé.

<sup>224</sup> Cf. les réponses au questionnaire adressé aux conseils départementaux par la mission.

<sup>225</sup> À titre d'illustrations ont été cités des partenariats CAF/CPAM/CD ; CAF/MSA/CD ; ASE/PMI/secteur/insertion/psychologie ; CD avec 26 centres sociaux ; Justice/État/CAF/MSA/services associatifs/éducation nationale/prévention spécialisée/CD ; service de psychiatrie/PMI/LAEP, etc.

## 4 RECOMMANDATIONS POUR UNE STRATEGIE DE PREVENTION EN PROTECTION DE L'ENFANCE

### 4.1 Stabiliser un cadre de référence partagé sur la prévention en protection de l'enfance

L'absence de cadre partagé concernant la prévention nuit à la clarté des interventions. La mission considère qu'un préalable indispensable consiste à clarifier les approches conceptuelles et à adopter un modèle de prévention permettant :

- de mieux qualifier les actions de prévention en fonction de leur finalité (adopter une typologie adaptée au champ de l'enfance) ;
- d'identifier en conséquence les acteurs compétents et de répartir les missions entre eux (prioriser et planifier les objectifs assignés à chacun) ;
- de faciliter leur nécessaire coordination en partageant les mêmes concepts (faire système et ce faisant « faire prévention ») ;
- de concevoir une organisation et un outillage des services appropriés (allouer les ressources et moyens en conséquence).

L'adoption de ce cadre de référence pourrait, par exemple, prendre la forme d'une conférence de consensus réunissant les acteurs institutionnels, les professionnels, les scientifiques, les représentants des intérêts des enfants et des familles.

#### **Recommandation n°1 : Stabiliser un cadre de référence partagé sur la prévention en protection de l'enfance.**

D'autre part, la mission a constaté l'absence de recommandations, références destinées à aider les acteurs à évaluer au mieux les situations et à mettre en œuvre l'action pertinente.

#### **Recommandation n°2 : Elaborer des référentiels communs relatifs au repérage et à l'évaluation des situations, et au contenu des mesures.**

Concernant le repérage des vulnérabilités, la mission préconise de développer les référentiels métiers d'analyse des critères de vulnérabilité dans les principaux secteurs en lien avec l'enfance (maternités, PMI, structures de soutien à la parentalité...).

Concernant l'information préoccupante, la mission préconise que l'ONPE poursuive son travail d'élaboration de référentiels afin d'outiller les départements surs :

- la qualification de l'information préoccupante : actuellement les informations reçues par la CRIP font l'objet d'un tri, certaines étant qualifiées de préoccupantes, d'autres exclues du champ sans que cette exclusion ne se fonde sur des critères faisant consensus ;
- l'évaluation de l'information préoccupante, en consolidant les outils d'évaluation des situations individuelles par l'équipe pluridisciplinaire notamment à partir des travaux du CREAL.

Concernant le contenu des mesures mises en œuvre, qu'elles soient décidées par le juge ou non, la mission préconise de réaliser un guide permettant de mettre en regard les situations où le bien-être de l'enfant est mis en cause avec les réponses à apporter. Un travail sur l'intensité, la fréquence, le

contenu des mesures, le type d'intervenant est nécessaire, afin d'apporter la réponse la plus pertinente aux besoins de la famille et de l'enfant.

Enfin, il manque une expertise permettant d'évaluer l'impact des dispositifs mis en œuvre.

**Recommandation n°3 : Se doter d'un cadre d'évaluation de l'impact social en matière de prévention en protection de l'enfance.**

La mission préconise que l'ONPE lance un appel à projets visant à financer l'évaluation des dispositifs de prévention en protection de l'enfance et, une fois les résultats obtenus, de repérer les pratiques probantes et de favoriser leur capitalisation et leur mutualisation.

## **4.2 Concentrer les efforts en prévention universelle dans les dispositifs de droit commun, prioritairement dans les domaines de l'éducation, de la santé et de la petite enfance**

Les constats de la mission montrent à quel point les facteurs, les contextes et les situations susceptibles de porter atteinte au bien-être de l'enfant, et donc en lien avec les enjeux de la protection de l'enfance, sont multidimensionnels. Les « déterminants » sur lesquels il faut agir en prévention relèvent de nombreux domaines, éducatifs, sanitaires, mais également socio-économiques autour de la question des conditions de vie matérielle de l'enfant et de sa famille.

La mission considère que le renforcement des dispositifs de prévention à visée « universelle » est prioritaire pour agir sur ces déterminants, et que ces dispositifs doivent être portés par les acteurs de droit commun. Les conseils départementaux, dans un contexte de moyens très contraints, ne peuvent à l'évidence porter seuls ces enjeux, ni sur le plan du pilotage « stratégique », ni, *a fortiori*, sur celui de la mise en œuvre opérationnelle. L'enjeu est à cet égard de sortir la protection de l'enfance de ce que de nombreux acteurs qualifient « *d'angle mort des politiques publiques* », en l'inscrivant dans un cadre suffisamment global pour agir de manière simultanée sur ses nombreux déterminants. D'une certaine manière, pour reprendre les termes de l'un des représentants syndicaux auditionnés par la mission, « *la prévention en protection de l'enfance ne doit pas être une politique de plus, elle doit « infuser » toutes les politiques* ».

La mission n'a bien sûr pas passé en revue l'ensemble des politiques concernées, notamment celles relevant du logement, ou de la lutte contre la pauvreté. Ses recommandations ciblent prioritairement trois réseaux d'acteurs qui lui semblent en première ligne en matière de prévention universelle : l'éducation nationale, les acteurs en charge de la santé, et les acteurs en charge des modes d'accueil de la petite enfance et du soutien à la parentalité.

### **4.2.1 Clarifier la contribution de l'éducation nationale et mieux coordonner les interventions des professionnels de métiers variés**

Dans le système scolaire, les investigations de la mission ont mis en évidence que si les contributions des personnels de santé et sociaux sont claires dans les textes et assumées dans les faits sous réserve du temps qu'ils peuvent y consacrer, il n'en va pas de même des responsabilités qui incombent aux enseignants. Les enseignements qui portent sur les droits des enfants, les informations sur la maltraitance et l'éducation à la sexualité notamment, ne sont pas systématiquement assurés, en tout cas pas avec la régularité qui permettrait que les enfants construisent une culture de leurs droits et sachent les faire respecter, acquièrent aussi le sens des limites qui doivent s'attacher à leurs propres comportements.

Par ailleurs, les dispositions mises en œuvre pour lutter contre l'absentéisme et prévenir le décrochage scolaire, conçues comme des obligations administratives dont la portée éducative n'est pas toujours claire, mériteraient d'être mieux explicitées. Il ne s'agit pas d'ajouter de nouvelles charges mais de rendre effectives les contributions souvent invisibles qui incombent aux acteurs du système éducatif.

**Recommandation n°4 : Rendre plus lisibles et plus explicites au sein de l'institution scolaire les obligations qui contribuent à la prévention en protection de l'enfance :**

- **d'une part, au sein même des programmes en y intégrant des obligations relevant aujourd'hui de prescriptions législatives ;**
- **d'autre part, dans le suivi de la scolarité (assiduité, prévention et traitement du décrochage scolaire).**

Au niveau de l'école maternelle, la mission a entendu, de la part des acteurs de l'éducation nationale, les constatations d'un nombre croissant d'enfants ayant des comportements perturbés et perturbateurs à leur arrivée en petite section et, de la part des experts, des recommandations visant des interventions en prévention les plus précoces possible. Compte tenu du changement de statut qui affectera cette école avec l'obligation d'instruction à partir de trois ans, il convient d'y développer de manière prioritaire des attitudes favorables à la prévention, dans l'intérêt des enfants indissociable de l'intérêt des élèves qu'ils deviennent dans cette école. Les enseignants doivent pouvoir bénéficier de l'aide des professionnels spécialisés (membres des RASED, du service de santé scolaire, du service social en faveur des élèves le cas échéant) ; ils ont aussi à faire partager leur connaissance des enfants aux professionnels qui interviennent dans le parcours de santé des enfants. Des formations et des ressources seront indispensables pour soutenir les évolutions souhaitables.

**Recommandation n°5 : Favoriser l'installation d'une culture de la prévention en faveur des enfants des classes et écoles maternelles :**

- **en mobilisant les équipes pédagogiques (enseignants et membres des RASED) sur la qualité de l'accueil et sur un suivi vigilant de l'assiduité ;**
- **en associant les parents au projet que l'école met en œuvre pour les jeunes enfants, ce qui suppose des échanges dans un climat de bienveillance ;**
- **en organisant mieux la coordination PMI / médecine scolaire pour assurer au moins un examen médical complet, soit en début de maternelle, soit en dernière année de maternelle ;**
- **en mobilisant l'expertise des équipes pédagogiques (enseignants et membres des RASED) pour une bonne réalisation du parcours de santé des enfants et, pour cela, en mettant à leur disposition des instruments de communication avec les professionnels de la PMI et du service de santé scolaire (référentiels et circuits d'information clairs).**

Les entretiens conduits par la mission convainquent que les directeurs d'école ont un rôle déterminant pour le premier degré ; leur isolement les fragilise d'autant plus que leur formation ne les prépare qu'inégalement à exercer un rôle d'interface avec les familles et avec les institutions compétentes en matière de protection de l'enfance. La collaboration quand elle existe avec des assistants sociaux sécurise les procédures (entretiens avec enfants et parents dans des situations délicates, rédaction des informations préoccupantes...) et apaise des tensions.

**Recommandation n°6 : Continuer le déploiement des assistants sociaux dans le premier degré, notamment dans les réseaux d'éducation prioritaire, pour le traitement des situations préoccupantes ; dans les autres secteurs, identifier pour les directeurs d'école un assistant social référent du conseil départemental.**

Enfin, à quelque niveau que ce soit, le système éducatif doit pallier le manque de coordination de ses observations ou alertes, à l'interne et avec les acteurs du conseil départemental puisque celui-ci est le chef de file en protection de l'enfance. C'est pour les écoles maternelles et élémentaires que le problème est aujourd'hui le plus net puisque, pour le second degré, le contact avec le conseil départemental est régulièrement assuré par les assistants sociaux implantés dans les établissements ou/et le conseiller technique du directeur académique en matière sociale.

**Recommandation n°7 : Intégrer la dimension de prévention en protection de l'enfance au travail du pôle ressource des circonscriptions de l'enseignement primaire qu'il revient aux inspecteurs d'organiser ; envisager la participation d'un professionnel du conseil départemental à cette instance, avec statut de « référent » pour l'inspecteur (cf. recommandation *supra*).**

La modalité de mise en œuvre de cette recommandation serait à voir localement en fonction de l'étendue du territoire de la circonscription et du nombre d'écoles en relation avec les territoires de l'action sociale pour le département.

#### 4.2.2 Renforcer la prise en compte des enjeux de la prévention en protection de l'enfance dans le système de santé de « droit commun », dans le cadre d'une complémentarité accrue avec les services de PMI et la médecine scolaire

Les constats formulés par la mission tendent à montrer que le fonctionnement du système sanitaire dans son ensemble ne garantit pas, en raison des insuffisances d'articulation entre ses différents acteurs et des ruptures de prise en charge qui en résultent, que chaque enfant bénéficie d'un suivi médical, y compris aux moments charnières de son parcours. Les constats de la mission font à cet égard largement écho aux orientations et travaux engagés dans le cadre de plusieurs rapports récents ou en cours, s'agissant notamment :

- des réflexions sur la mise en place du « parcours santé-accueil-éducation » des enfants de 0 à 6 ans<sup>226</sup>, qui doit être mis en place dans le cadre du volet « prévention » de la stratégie nationale de santé 2018-2022 ;
- des travaux portant sur les conditions de déploiement des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)<sup>227</sup>, créées par la loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016, qui regroupent, à leur initiative, les professionnels de santé d'un territoire pour en améliorer la coordination.

Les constats formulés par la mission sur les limites des interventions de la PMI justifient en outre de se réinterroger sur les missions mêmes de ce réseau, entre maintien d'une approche universaliste, même proportionnée, ou ciblage plus systématique des interventions, mais également au regard de la double mission du réseau (en charge également de la surveillance et du

---

<sup>226</sup> Une mission actuellement en cours a été confiée par les ministres des solidarités et de la santé et de l'éducation nationale à la députée du Loiret, Mme Stéphanie Rist, et à la directrice adjointe de la PMI de la métropole de Lyon, Mme Marie-Sophie Barthet-Derrien.

<sup>227</sup> Cf. le rapport parlementaire précité de Mme Ericka Bareigts, députée de la Réunion, et de M. Cyrille Isaac-Sibille, député du Rhône, relative à la prévention santé en faveur de la jeunesse.

contrôle des crèches et des assistantes maternelles). Une mission parlementaire<sup>228</sup> est en cours à ce sujet, à la demande de la ministre des solidarités et de la santé. Dans ce contexte, la mission n'a pas souhaité « trancher » ce débat ; *a fortiori*, elle n'a pas abordé la question des éventuelles évolutions de gouvernance, de statut et de financement des services de PMI qui pourraient, en fonction des orientations retenues, accompagner un repositionnement de leurs missions.

En revanche, la mission formule des recommandations qu'il lui semble important de prendre en compte dans le cadre des réflexions ci-dessus, visant dans tous les cas à mieux articuler les interventions de la PMI, de la médecine scolaire et de la médecine libérale et hospitalière pour renforcer la complémentarité et la continuité des prises en charge. Elle propose pour cela :

- de s'appuyer sur les dispositifs de « droit commun » que constituent les CPTS et les contrats locaux de santé (CLS), plutôt que sur des dispositifs de coordination spécifiques, en renforçant le lien avec le pilotage par l'ARS de la politique de santé publique ;
- d'engager prioritairement la dématérialisation des échanges d'informations relatifs au suivi de l'enfant, en lien avec l'objectif de disposer, à terme, d'un « carnet de santé » dématérialisé pour chaque enfant dès la naissance. Les travaux menés au sein de l'éducation nationale dans le cadre du projet ESCULAPE sont positifs, mais doivent s'inscrire dans une visée interinstitutionnelle décloisonnée, en direction d'abord des services de PMI ;
- de renforcer nettement la coordination des interventions en périnatalité.

**Recommandation n°8 : Renforcer la continuité et la complémentarité des interventions de la PMI, de la médecine scolaire, de la médecine libérale et hospitalière en :**

- **s'appuyant sur les CPTS et les CLS pour renforcer les pratiques de coopération et d'échange entre les professionnels sur la prévention en protection de l'enfance, concernant le repérage, la prévention, les passages de relais dans les prescriptions, et le maillage du territoire ;**
- **développant prioritairement, dans la mise en œuvre du parcours de santé de l'enfant de 0 à 6 ans, les systèmes d'information permettant des échanges dématérialisés entre les professionnels (de la médecine libérale vers la PMI pour la transmission des certificats de santé ; entre PMI et médecine scolaire), afin de disposer d'alertes automatiques en l'absence de suivi de l'enfant, et à terme de mettre en place un dossier médical partagé informatisé dès la naissance ;**
- **renforçant l'articulation entre PMI et médecine hospitalière en périnatalité en généralisant et en homogénéisant les protocoles de coordination entre services de PMI et maternités, en positionnant plus nettement le rôle des services de PMI dans les réseaux régionaux de périnatalité, et en redéfinissant les rôles des sages-femmes de PMI et des sages-femmes libérales dans le cadre du PRADO ;**
- **inscrivant la prise en compte des enjeux de la prévention en protection de l'enfance dans le projet régional de santé piloté par l'ARS.**

Concernant la périnatalité, les protocoles de coordination entre maternités et services de PMI devraient notamment viser à organiser le suivi systématique de la grossesse (avec un mécanisme d'alerte lorsqu'on constate à la naissance qu'aucun suivi de grossesse n'a eu lieu) et les sorties de maternité notamment dans le cadre du PRADO.

---

<sup>228</sup> Mission confiée à Mme Michèle Peyron, députée de Seine-et-Marne.

À cet égard, la mission considère qu'une réflexion pourrait être conduite sur le renforcement de la portée du dispositif du PRADO en prévention en protection de l'enfance – le dispositif représentant à la fois un risque (s'agissant d'une sortie plus rapide de la maternité) et une opportunité (l'intervention des sages-femmes ayant lieu à domicile). Les services de PMI pourraient dans ce cadre être positionnés en « 2<sup>ème</sup> niveau » d'intervention, à la demande des sages-femmes libérales dont la formation serait renforcée sur les enjeux de prévention en protection de l'enfance. Une réflexion sur une articulation possible entre le PRADO et le dispositif PANJO pourrait à terme être menée.

#### 4.2.3 Renforcer la dimension préventive des dispositifs de petite enfance

L'accueil en crèche ou chez une assistante maternelle intervient à un moment crucial du développement des liens entre l'enfant et ses parents et peut être l'occasion de repérer les difficultés dans l'établissement de ces liens et aussi de consolider la relation. De plus, la crèche permet au parent isolé de « souffler » et à l'enfant de connaître une autre expérience de socialisation. Cependant, dans les faits, le moindre accès des familles les plus vulnérables à des places en crèche ne permet pas d'utiliser ces dispositifs dans une logique de prévention autant qu'il serait souhaitable.

C'est pourquoi la mission propose de mieux prendre en compte la vulnérabilité dans les critères d'attribution des places en crèche et de renforcer le rôle de la crèche et de l'assistante maternelle dans le soutien à la parentalité, en développant un référentiel éducatif<sup>229</sup>. Pour les assistantes maternelles, les réseaux d'assistantes maternelles (RAM) sont un bon vecteur pour diffuser une dynamique pédagogique auprès des assistantes maternelles. Sur ces deux sujets (crèches et assistantes maternelles), il faudra tirer les conséquences de l'évaluation des expérimentations engagées dans quelques départements et, si elles sont probantes, diffuser les bonnes pratiques.

#### **Recommandation n°9 : Renforcer le rôle de prévention de la crèche et des assistantes maternelles :**

- **en faisant de l'accès des personnes vulnérables un critère d'attribution des places de crèche (et en valorisant davantage cet aspect dans le barème CNAF) ;**
- **en renforçant le référentiel éducatif des crèches ;**
- **en confortant le rôle des RAM dans le soutien à la parentalité.**

Concernant les dispositifs de soutien à la parentalité cofinancés par la CAF, la mission a constaté que les modes d'intervention des LAEP et REAAP étaient peu étayés et rarement appuyés sur des référentiels précis, que le choix de leurs implantations relevait plus d'une logique d'opportunité que d'une réflexion sur les besoins. À cela s'ajoute un problème de visibilité et de lisibilité de l'offre pour les familles et les professionnels pouvant orienter celles-ci. Cependant, certaines formes de ces dispositifs sont, aux dires des professionnels, bénéfiques notamment lorsqu'ils sont adossés à un centre social, à une PMI et qu'une synergie peut se créer entre toutes ces structures. Un travail d'évaluation de l'impact des LAEP et REAAP qui mettrait au jour leurs conditions de réussite serait nécessaire.

---

<sup>229</sup> La mission reprend à son compte les orientations du rapport de l'AMF « *Vade-mecum, attribution des places de crèches* » de 2018 qui propose de « *panacher les critères d'attribution retenus, afin de répondre à la fois aux familles désirant concilier vie familiale et vie professionnelle et à celles en situation de précarité* » et du rapport « *Stratégie de prévention et de lutte contre la pauvreté des enfants et des jeunes* » qui propose d'attribuer des bonus-malus liés à l'accueil d'enfants pauvres ou fragilisés et de renforcer le référentiel éducatif des crèches.

**Recommandation n°10 : Préciser la place des LAEP et REAAP dans le soutien à la parentalité et s'assurer qu'ils bénéficient aux familles qui en ont le plus besoin.**

4.2.4 Sensibiliser l'ensemble de la population à l'enfance en danger

À la suite du plan interministériel de mobilisation et de lutte contre les violences faites aux enfants qui mettait en évidence un défaut de sensibilisation de l'ensemble de la population à la question de l'enfance en danger ou en risque de danger, la mission préconise de mieux informer sur le numéro vert 119 « Allô, enfance en danger ». Une réflexion sur les supports de communication doit être conduite pour tirer parti de l'évolution des médias et notamment prendre en compte les réseaux sociaux.

Au-delà de l'information du grand public, le code de l'action sociale et des familles prévoit un affichage concernant le 119 dans les lieux publics accueillant des enfants, la mise en œuvre de cette obligation doit être vérifiée. Un accompagnement est nécessaire auprès des parents et des enfants afin de les aider à s'approprier cette information.

**Recommandation n°11 : Renforcer l'information sur le 119 par le biais de campagnes multi-supports en population générale et aussi en accompagnant la communication autour des affichages ciblés.**

4.3 Renforcer l'efficacité et le ciblage des interventions des conseils départementaux en agissant plus précocement et plus intensivement, notamment dans le champ des interventions à domicile

Les conseils départementaux mobilisent de nombreux dispositifs à visée préventive en direction des familles dont la vulnérabilité est repérée. Ces interventions restent cependant très insuffisantes quantitativement et qualitativement. Les professionnels de terrain pointent les limites de leurs interventions, étant le plus souvent contraints de « prioriser » le traitement des situations et de n'agir « qu'à chaud » et en urgence, au regard de situations de risque voire de danger avéré.

La contrainte de moyens qui pèse sur les conseils départementaux est à cet égard déterminante. Dans ce contexte, seule une réorientation des dépenses de placement, dont la dynamique obère aujourd'hui les marges d'action des départements, vers des dispositifs à visée préventive plus précoces, plus intensifs et donc plus efficaces, peut permettre de dégager des marges de manœuvre – sous réserve que la « bascule » opérée soit suffisamment significative pour que ces dispositifs puissent « porter leurs fruits » en évitant le placement.

De nombreuses expérimentations se développent en ce sens dans les territoires, mais à une échelle encore très limitée. De telles expérimentations devraient être mieux suivies et évaluées, et mieux « cadrées » ; l'enjeu est en effet majeur au regard du parcours des enfants – le développement de ces dispositifs ne devant évidemment pas conduire à retarder le placement et la mise en sécurité de ceux qui doivent l'être.

Les recommandations de la mission s'inscrivent dans cette logique, dans le champ spécifique de la périnatalité d'une part, et dans celui des interventions à domicile, prises dans leur ensemble, d'autre part.

#### 4.3.1 Renforcer les étayages en périnatalité et durant la petite enfance (0 à 3 ans)

Les enjeux qui s'attachent à la période périnatale en protection de l'enfance sont cruciaux, au regard de la vulnérabilité évidente des bébés et des parents, notamment bien sûr des mères. Les constats de la mission mettent à cet égard en évidence l'insuffisance, quantitative et qualitative, des étayages existants, qu'ils relèvent de la PMI, dont les visites à domicile ont significativement diminué, ou de l'accueil en centre maternel et parental. L'absence d'offre d'hébergement adaptée constitue dans certaines situations de vulnérabilité et de précarité l'élément déterminant.

Des dispositifs innovants se développent cependant sur de nombreux territoires, autour d'interventions intensives de la PMI, en partenariat avec d'autres professionnels (travailleurs sociaux, TISF), ou en prenant appui sur des lieux d'accueil de jour des jeunes enfants et des structures de soutien à la parentalité, ou encore des structures d'hébergement proposant une offre adaptée aux familles en situation de vulnérabilité. La nécessité de mieux outiller les professionnels au travers de référentiels d'intervention éprouvés et évalués est également largement perçue et se développe, notamment dans le cadre du dispositif « PANJO » piloté par Santé publique France.

**Recommandation n°12 : Renforcer prioritairement les dispositifs de prise en charge préventive ciblés en périnatalité en :**

- **développant les étayages ciblés à domicile de la PMI en périnatalité et durant la petite enfance à partir de méthodes et d'outils mieux formalisés et éprouvés ;**
- **développant, à partir des expérimentations en cours dans certains départements, des lieux d'accueil de jour pour les enfants de 0 à 3 ans, adossés à des dispositifs de soutien à la parentalité renforcés pour les parents ;**
- **intensifiant l'effort de création de places en centres maternels et parentaux et l'offre d'hébergement adaptée aux familles en situation de vulnérabilité.**

#### 4.3.2 Engager un chantier de remise à plat des interventions à domicile dans leur ensemble, accompagné d'expérimentations visant à déployer à une échelle significative des dispositifs de maintien à domicile renforcés ou « mixtes »

Les interventions à domicile financées par les conseils départementaux, prises dans leur ensemble (TISF, AESF et AED dans le champ administratif, MJAGBF et AEMO dans le champ judiciaire) constituent le principal levier d'action des conseils départementaux dans la mise en place d'étayages préventifs ciblés, visant souvent à éviter le placement. Les constats de la mission mettent en évidence les limites de ces interventions : très contingentées en nombre, elles sont trop tardives ; leur contenu est souvent inadapté, trop peu intensif au regard de l'importance des difficultés, trop peu ciblé au regard de certaines problématiques (handicap notamment). Leurs cadres d'action apparaissent trop cloisonnés ou insuffisamment articulés pour répondre à la demande « globale » des familles, d'autant plus que leur mise en œuvre s'effectue souvent dans une logique de silos, insuffisamment coordonnée et source, parfois, de redondances. Enfin, le système de données, particulièrement lacunaire, ne permet ni de connaître réellement leur contenu, ni de les évaluer – en l'absence aussi de tout référentiel partagé.

De nombreux dispositifs innovants se développent dans les départements, plus intensifs et « renforcés », ou construits dans une logique d'accompagnement global, en mobilisant parfois les travailleurs sociaux de secteur. En s'appuyant sur ce mouvement, la mission considère qu'un chantier de remise à plat des interventions à domicile devrait être engagé avec l'ensemble des acteurs concernés, conseils départementaux, services judiciaires, associations prestataires,

représentants des familles. Au vu des constats qu'elle a formulés, la mission recommande que ce chantier se structure autour de plusieurs objectifs.

**Recommandation n°13 : Engager un chantier de remise à plat des interventions à domicile dans leur ensemble, visant à :**

- **renforcer la précocité des interventions, en direction notamment des enfants de 6 à 11 ans, et mettre en place des dispositifs permettant de contenir, le cas échéant, les délais de mise en œuvre ;**
- **renforcer l'intensité de l'accompagnement notamment dans le cadre des actions éducatives (AED comme AEMO), mais également dans le cadre de l'intervention des TISF ;**
- **mieux articuler et renforcer la complémentarité opérationnelle des différents dispositifs et intervenants ;**
- **construire un système de remontée d'informations homogène et structuré en direction notamment des prestataires d'AED et d'AEMO, permettant à terme de mieux piloter et évaluer les interventions et d'alimenter l'élaboration de référentiels partagés.**

**Recommandation n°14 : Renforcer les étayages intensifs ciblés sur des problématiques clés et à fort effet de levier en prévention :**

- **promouvoir les dispositifs d'accompagnement budgétaire en renforçant la mobilisation des AESF ;**
- **mettre en place des dispositifs d'accompagnement à domicile permettant un étayage renforcé des parents en situation de handicap, en partenariat avec les services sanitaires et médico-sociaux compétents.**

De nombreux départements se sont par ailleurs engagés dans la mise en œuvre de dispositifs « mixtes » ou « modulaires » du type du placement à domicile, ou des accueils de jour. Au vu de ses constats, la mission considère qu'un réel potentiel préventif s'attache à ces dispositifs, mais que leur développement est insécurisé par l'absence de tout dispositif robuste de suivi et d'analyse.

**Recommandation n°15 : Mettre en place un dispositif de suivi et d'analyse du développement des dispositifs de maintien à domicile à caractère « mixte » ou « modulaire », notamment le placement à domicile et les accueils de jour.**

Concernant cette recommandation, la mission souligne l'intérêt d'élargir la réflexion et le suivi aux dispositifs d'internats scolaires qui pourraient être mis en œuvre dans certains départements.

Enfin, la mission pointe un enjeu de méthode sur ce chantier. Il pourrait en effet être envisagé d'engager dans ce cadre des expérimentations visant à déployer à une échelle beaucoup plus significative qu'aujourd'hui les dispositifs évoqués ci-dessus, dans quelques départements ou territoires volontaires. De telles expérimentations devraient être étroitement pilotées sous l'angle de leur efficacité dans la prise en charge des familles – leur généralisation ne devant être envisagée qu'au vu d'une évaluation robuste. Elles devraient l'être également sous l'angle économique et financier au regard de la « bascule » nécessaire des crédits qu'elles nécessiteraient dans les départements concernés – l'objectif étant alors d'évaluer la possibilité d'engager, au terme d'une nécessaire phase de transition, une réorientation significative de la dépense des départements des placements qui seraient ainsi évitées, vers des dépenses à visée plus préventive, et de dégager ainsi des marges de manœuvre financières.

Ce pilotage viserait, à cet égard, à contrôler que ce mouvement ne se traduise pas par des retards dans le placement et la mise en sécurité d'enfants qui doivent l'être en raison de la situation de

risque ou de danger dans laquelle ils se trouvent – d’autant plus que dans certains départements, les places disponibles en établissement sont insuffisantes. L’objectif serait de développer des dispositifs alternatifs au placement efficaces dans des situations bien spécifiques, qui devraient être clairement précisées dans le cadre d’un référentiel partagé. Ces dispositifs devraient se développer à partir d’un diagnostic mieux étayé des besoins, afin que la contrainte liée au nombre de places disponibles ne pèse plus sur leurs conditions de mobilisation.

Au vu de ces multiples enjeux, un accompagnement au plan national de ces expérimentations, visant notamment à en organiser l’évaluation, paraît très souhaitable, le cas échéant dans le cadre d’un renforcement de la capacité d’animation de la politique de protection de l’enfance au niveau national (cf. *infra*, recommandation n°23).

**Recommandation n°16 : Engager, dans le cadre d’un chantier global sur les interventions à domicile, des expérimentations étroitement pilotées dans quelques départements volontaires, visant à déployer de manière significative les dispositifs de maintien à domicile « renforcés » ou « mixtes », en réorientant progressivement et au terme d’une nécessaire phase de transition les crédits budgétaires en conséquence.**

#### 4.4 Faire évoluer les modes d’action et les pratiques des professionnels

##### 4.4.1 Adapter les modes d’interventions du travail social aux enjeux de la prévention en protection de l’enfance

Les constats de la mission mettent en avant les limites que rencontrent les travailleurs sociaux « généralistes », notamment dans le cadre de la polyvalence de secteur, à « jouer leur rôle » en matière de prévention en protection de l’enfance, au regard de l’évolution de leurs modes d’action – et ce en dépit du fait qu’ils estiment tous qu’il s’agit là d’une dimension essentielle de leur travail, de leur « cœur de métier ». Au regard de l’importance de ce réseau dans le « premier accueil » des familles les plus vulnérables, la mission considère que la rénovation de ses modes d’action doit être centrale dans toute stratégie de prévention en protection de l’enfance.

Les recommandations de la mission ci-dessous font à cet égard largement écho aux principaux axes de la stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté, notamment autour de la mise en œuvre, d’une part, d’un « premier accueil social inconditionnel » de proximité et accessible à tous, dans une logique de développement social et, d’autre part, d’un « référent de parcours » visant à mieux accompagner les personnes, à mieux les associer à la construction de leur parcours, et à faciliter la coopération et le partage d’information entre les professionnels concernés.

**Recommandation n°17 : Inscrire la prévention en protection de l’enfance au cœur des enjeux de la rénovation du travail social, en particulier dans trois directions :**

- en garantissant dans l’activité des travailleurs sociaux la possibilité d’une approche globale de la famille, qui ne soit pas conditionnée par l’entrée par tel ou tel dispositif ;
- en accompagnant l’évolution des modes d’intervention des travailleurs sociaux, et notamment leur capacité à articuler actions individuelles et actions collectives, et à prendre appui sur l’environnement de la famille et sur les ressources du territoire pour « aller vers » les populations les plus isolées ;
- en renforçant la stabilité du référent au contact des familles, et en veillant à la qualité des passages de relais en cas de changement du travailleur social.

La mission souligne à cet égard le rôle de l'encadrement et l'attention qui doit être portée à la qualité du « management » des travailleurs sociaux pour accompagner ces évolutions.

La mission pointe par ailleurs un enjeu particulier en matière de prévention en protection de l'enfance : l'importance des visites à domicile. Alors que les témoignages recueillis font état d'une diminution du nombre de ces visites, la mission recommande de mettre en place un suivi particulier de l'activité des travailleurs sociaux à cet égard.

**Recommandation n°18 : Porter une attention particulière au maintien de la capacité des travailleurs sociaux à effectuer des visites à domicile à une échelle significative.**

Enfin, la mission n'a pu que constater le développement limité des actions éducatives conduites dans le cadre administratif, avec l'accord des familles, au regard des actions conduites dans le cadre judiciaire. Si cet état de fait tient à de multiples causes, notamment organisationnelles, il renvoie aussi à un enjeu de posture des travailleurs sociaux, et de capacité à construire les « fondements » de la relation avec la famille nécessaires à la mise en œuvre de telles mesures.

**Recommandation n°19 : Renforcer la formation des travailleurs sociaux en charge de l'ASE sur les « leviers » de la protection administrative, notamment autour de la création d'un lien de confiance et d'adhésion avec les familles.**

La mission recommande de capitaliser à cette fin sur les bonnes pratiques existantes dans certains territoires.

#### 4.4.2 Renforcer la formation et le soutien apporté aux professionnels en contact avec l'enfant

La mission rejoint largement les constats effectués par de nombreux acteurs quant à l'insuffisance des formations initiales et continues dans le domaine de la protection de l'enfance. Au-delà du cadre et des enjeux des politiques de protection de l'enfance, ce sont les connaissances des professionnels sur le développement et les besoins de l'enfant qui doivent être confortées, au regard des avancées intervenues dans ce domaine.

Trois réseaux d'acteurs paraissent à cet égard prioritaires :

les enseignants, qui sont très inégalement préparés à aborder avec sérénité des sujets qu'il est souvent délicat de traiter avec un collectif d'enfants dont les vécus divers risquent toujours de surgir publiquement en classe ;

- les médecins, au regard des insuffisances constatées en matière de repérage des enfants en situation de vulnérabilité ou de risque, et de prise en charge de ces derniers. Le renforcement de la formation initiale et continue devrait porter sur le repérage de la maltraitance, les IP et leur portée, le cadre de référence en protection de l'enfance, ainsi que le cadre juridique concernant le secret médical dès lors qu'existe un enjeu en protection de l'enfance, notamment en direction de certaines spécialités (psychiatrie adulte) ;
- les personnels des structures d'accueil de la petite enfance.

**Recommandation n°20 : Renforcer la formation initiale et continue des principaux professionnels en contact avec l'enfance sur le développement des enfants, leurs besoins, et sur le cadre et les enjeux de la protection de l'enfance, et en priorité des personnels de l'éducation nationale, des personnels de santé (médecins libéraux et hospitaliers, infirmiers, sages-femmes) et des personnels des structures d'accueil de la petite enfance.**

Au-delà, alors que le cadre législatif et réglementaire est, depuis la loi du 5 mars 2007, particulièrement ambitieux en matière de formations interinstitutionnelles<sup>230</sup>, celles-ci paraissent très peu mises en œuvre, faute qu'ait été élaboré le cadre conventionnel nécessaire à leur réalisation. De telles formations paraissent cependant particulièrement pertinentes, notamment dans le cadre de la formation continue, dans l'objectif de favoriser la connaissance mutuelle et une culture commune sur les enjeux de la protection de l'enfance, allant au-delà des questions de repérage.

**Recommandation n°21 : Soutenir le développement des formations interinstitutionnelles en protection de l'enfance, dans le cadre des protocoles de coordination en prévention en protection de l'enfance.**

Enfin, les constats de la mission montrent le besoin d'un soutien renforcé des professionnels en contact avec les enfants, qui leur permette d'échanger avec un pair expérimenté et compétent sur les enjeux de la protection de l'enfance. Deux réseaux sont à cet égard prioritaires, l'éducation nationale et les professionnels de santé.

**Recommandation n°22 : Renforcer le soutien apporté aux professionnels en contact avec les enfants, en mettant à leur disposition un référent clairement identifié sur les questions de protection de l'enfance, en priorité :**

- au sein de l'éducation nationale, en désignant pour chaque école un assistant social référent (celui du secteur de collège ou un conseiller désigné au niveau de l'inspection académique ou un professionnel du département) ;
- en direction du système de santé de « droit commun », en garantissant que tous les professionnels disposent d'un référent bien identifié en protection de l'enfance, qui pourrait être le médecin référent de PMI pour les médecins libéraux, et un référent systématiquement désigné en milieu hospitalier pour les médecins intervenant dans ce cadre.

#### **4.5 Conforter les partenariats et le pilotage opérationnel et stratégique, « au bon niveau » et « au bon moment »**

La mission a pu constater l'existence d'un paradoxe entre le besoin et la demande forte de coordination de tous les acteurs d'une part, et l'expression d'une juxtaposition excessive et

---

<sup>230</sup> Article L. L542-1 du code de l'éducation : « Les médecins, l'ensemble des personnels médicaux et paramédicaux, les travailleurs sociaux, les magistrats, les personnels enseignants, les personnels d'animation sportive, culturelle et de loisirs et les personnels de la police nationale, des polices municipales et de la gendarmerie nationale reçoivent une formation initiale et continue, en partie commune aux différentes professions et institutions, dans le domaine de la protection de l'enfance en danger. Cette formation comporte un module pluridisciplinaire relatif aux infractions sexuelles à l'encontre des mineurs et leurs effets. Cette formation est dispensée dans des conditions fixées par voie réglementaire. ». Les dispositions d'application réglementaires sont fixées à l'article D. 542-1.

chronophage des divers plans et schémas de coordination d'autre part. Ce paradoxe s'exprime de différentes manières aux niveaux national, départemental et local (*infra*-départemental).

- Au niveau national, le caractère très largement décentralisé de la politique a conduit à une moindre visibilité de la protection de l'enfance dans le champ des politiques publiques, à la différence par exemple, de ce qui peut exister dans le champ du handicap. Il est ainsi constaté l'absence d'une véritable structure en charge du pilotage de la stratégie nationale de protection de l'enfance, de la convergence et de l'enrichissement des systèmes d'information, de l'interprétation des données et de leur homogénéisation, ainsi que de l'élaboration de recommandations de bonnes pratiques et de l'évaluation des pratiques expérimentales. Sans remettre en cause la décentralisation de la protection de l'enfance, il paraît nécessaire de combler ce déficit par un renforcement de la capacité d'animation et de consolidation nationales de cette politique, notamment dans un souci d'équité et de réduction des fortes inégalités territoriales constatées par la mission.
- Au niveau départemental, il y a lieu d'identifier les freins au développement des protocoles de mise en œuvre et de coordination des actions de prévention introduits par la loi du 14 mars 2016 et de réorienter au besoin leur contenu pour en faire des outils vivants de pilotage. La valeur ajoutée et la différenciation de ces protocoles, jugés redondants avec les autres schémas départementaux existants, pourrait consister à en circonscrire le périmètre à la coordination des seuls dispositifs de prévention ciblés. La coordination des dispositifs à vocation universelle tels que le soutien à la parentalité ou ceux relatifs à la santé ont en revanche vocation à être traités dans les supports et lieux de concertation appropriés (schémas départementaux des familles, ARS). Il s'agirait par ailleurs de conférer à ces protocoles, constamment tenus à jour, une visée plus méthodologique (annuaires, fiches de liaison, réseaux de correspondants, offre de services, plateformes de ressources partagées, programmation de formations communes...).
- Au niveau local, se fait sentir la nécessité d'encourager, à l'initiative des acteurs, des partenariats opérationnels « *ad hoc* », de configuration variable selon les sujets mais capables de mobiliser rapidement les équipes, dans une visée de résolution de cas individuels ou sectoriels (échanges d'informations, points de situation et d'étape, rencontres hebdomadaires ou mensuelles sur un format court et « prático-pratique », cellules d'urgence, traitement de situations complexes, cas de décrochage scolaire ou de déscolarisation...).

**Recommandation n°23 : Conforter le pilotage opérationnel et stratégique et les partenariats :**

- **au niveau national, en renforçant la capacité d'animation et de consolidation de la politique de prévention en protection l'enfance, dans un souci d'équité et de réduction des inégalités territoriales et de meilleure connaissance ;**
- **au niveau départemental, en circonscrivant l'objet et le périmètre du protocole de coordination à la mise en œuvre des seules actions ciblées et en en faisant un outil de pilotage vivant et opérationnel ;**
- **au niveau local, en systématisant et les temps et espaces de rencontre susceptibles d'instituer de manière pérenne les réflexes de coopérations opérationnelles axées sur la résolution des problèmes (traitement de cas complexes, etc.).**

Le renforcement de la capacité d'animation et de consolidation que la mission appelle de ses vœux au niveau national pourrait prendre appui sur le GIP « enfance en danger » (GIPED), dont la nature institutionnelle est adaptée à la pluralité des acteurs en charge de la prévention en protection de l'enfance, au-delà des conseils départementaux. Ses missions devraient, le cas échéant, être élargies et ses ressources adaptées en conséquence.

Par ailleurs, dans le cadre du renforcement du pilotage opérationnel et stratégique de la politique menée, la mission considère nécessaire de doter les décideurs locaux et nationaux d'un système d'information permettant d'assurer le suivi et l'évaluation des dispositifs, et de disposer d'éléments d'analyse sur les parcours des enfants - le tout devant permettre une meilleure compréhension des déterminants de la prévention, de l'impact des différentes interventions et, à terme, une réponse de la puissance publique plus efficace.

Stéphanie DUPAYS,

Hervé LANOUZIERE,

Bénédicte LEGRAND-JUNG

Frédéric THOMAS

Viviane BOUYASSE

Membres de l'Inspection  
générale des affaires sociales

Inspecteur général de  
l'administration de  
l'éducation nationale et de la  
recherche

Inspectrice générale de  
l'éducation nationale



## RECOMMANDATIONS DE LA MISSION

Les recommandations dans ce tableau ont été synthétisées, leur contenu est explicité et détaillé dans la partie 4 du rapport.

N°	Recommandation	Autorité responsable	Echéance
<b>Stabiliser un cadre de référence partagé sur la prévention en protection de l'enfance</b>			
1	Adopter un cadre conceptuel partagé sur la prévention en protection de l'enfance dans le cadre d'une conférence de consensus	Conférence de consensus associant l'ensemble des acteurs concernés	2019
2	Elaborer des référentiels communs relatifs au repérage et à l'évaluation des situations, et au contenu des mesures	Structure d'animation nationale en lien avec l'ensemble des acteurs concernés	2020
3	Se doter d'un cadre d'évaluation de l'impact social en matière de prévention en protection de l'enfance	Structure d'animation nationale en lien avec l'ensemble des acteurs concernés, DREES	2022
<b>Concentrer les efforts en prévention universelle dans les dispositifs de droit commun, prioritairement dans les domaines de l'éducation, de la santé et de la petite enfance</b>			
<b>Clarifier la contribution de l'éducation nationale et mieux coordonner les interventions des professionnels de métiers variés</b>			
4	Rendre plus lisibles et plus explicites au sein de l'institution scolaire les obligations qui contribuent à la prévention en protection de l'enfance	DGESCO	2019-2020
5	Favoriser l'installation d'une culture de la prévention en faveur des enfants des classes et écoles maternelles	DGESCO	2019-2020
6	Continuer le déploiement des assistants sociaux dans le premier degré, notamment dans les réseaux d'éducation prioritaire, pour le traitement des situations préoccupantes ; dans les autres secteurs, identifier pour les directeurs d'école un assistant social référent du conseil départemental	DGESCO	2019-2020
7	Intégrer la dimension de prévention en protection de l'enfance au travail du pôle ressource des circonscriptions de l'enseignement primaire qu'il revient aux inspecteurs d'organiser ; envisager la participation d'un professionnel du conseil départemental à cette instance, avec statut de « référent » pour l'inspecteur (cf. recommandation <i>supra</i> )	DGESCO, conseils départementaux	2019-2020
<b>Renforcer la prise en compte des enjeux de la prévention en protection de l'enfance dans le système de santé de « droit commun », dans le cadre d'une complémentarité accrue avec les services de PMI et la médecine scolaire</b>			
8	Renforcer la continuité et la complémentarité des interventions de la PMI, de la médecine scolaire, de la	DGESCO, DGOS, conseils départementaux	2019-2020

	médecine libérale et hospitalière		
<b>Renforcer la dimension préventive des dispositifs de petite enfance</b>			
9	Renforcer le rôle de prévention de la crèche et des assistantes maternelles	DGCS, CNAF	2019-2020
10	Préciser la place des LAEP et REAAP dans le soutien à la parentalité et s'assurer qu'ils bénéficient aux familles qui en ont le plus besoin	CNAF, conseils départementaux	D'ici la fin de la COG 2018-2022
<b>Sensibiliser l'ensemble de la population à l'enfance en danger</b>			
11	Renforcer l'information sur le 119 par le biais de campagnes multi-support en population générale et aussi en accompagnant la communication autour des affichages ciblés	GIPED	2019
<b>Renforcer l'efficacité et le ciblage des interventions des conseils départementaux en agissant plus précocement et plus intensivement, notamment dans le champ des interventions à domicile</b>			
<b>Renforcer les étayages en périnatalité et durant la petite enfance (0 à 3 ans)</b>			
12	Renforcer prioritairement les dispositifs de prise en charge préventive ciblés en périnatalité	Conseils départementaux	2019-2020
<b>Engager un chantier de remise à plat des interventions à domicile dans leur ensemble, accompagné d'expérimentations visant à déployer à une échelle significative des dispositifs de maintien à domicile renforcés ou « mixtes »</b>			
13	Engager un chantier de remise à plat des interventions à domicile dans leur ensemble	Conseils départementaux avec un appui méthodologique d'une structure d'animation nationale	2019-2020
14	Renforcer les étayages intensifs ciblés sur des problématiques clés et à fort effet de levier en prévention	Conseils départementaux	2019-2020
15	Mettre en place un dispositif de suivi et d'analyse du développement des dispositifs de maintien à domicile à caractère « mixte » ou « modulaire », notamment le placement à domicile et les accueils de jour	Conseils départementaux avec un appui méthodologique d'une structure d'animation nationale	2020 -2022
16	Engager, dans le cadre d'un chantier global sur les interventions à domicile, des expérimentations étroitement pilotées dans quelques départements volontaires, visant à déployer de manière significative les dispositifs de maintien à domicile « renforcés » ou « mixtes », en réorientant progressivement et au terme d'une nécessaire phase de transition les crédits budgétaires en conséquence	Conseils départementaux avec un appui méthodologique d'une structure d'animation nationale	2019-2022
<b>Faire évoluer les modes d'action et les pratiques des professionnels</b>			
<b>Adapter les modes d'interventions du travail social aux enjeux de la prévention en protection de l'enfance</b>			
17	Inscrire la prévention en protection de l'enfance au cœur des enjeux de la rénovation du travail social	DGCS et conseils départementaux	2019
18	Porter une attention particulière au maintien de la capacité des travailleurs sociaux à effectuer des visites à domicile à une échelle significative	Conseils départementaux	2019

19	Renforcer la formation des travailleurs sociaux en charge de l'ASE sur les « leviers » de la protection administrative, notamment autour de la création d'un lien de confiance et d'adhésion avec les familles	DGCS et conseils départementaux	2019
<b>Renforcer la formation et le soutien apporté aux professionnels en contact avec l'enfant</b>			
20	Renforcer la formation initiale et continue des principaux professionnels en contact avec l'enfance sur le développement des enfants, leurs besoins, et sur le cadre et les enjeux de la protection de l'enfance, et en priorité des personnels de l'éducation nationale, des personnels de santé (médecins libéraux et hospitaliers, infirmiers, sages-femmes) et des personnels des structures d'accueil de la petite enfance	DGCS, DGESCO, DGOS	2020
21	Soutenir le développement des formations interinstitutionnelles en protection de l'enfance, dans le cadre des protocoles de coordination en prévention en protection de l'enfance	Conseils départementaux, DGCS	2019
22	Renforcer le soutien apporté aux professionnels en contact avec les enfants, en mettant à leur disposition un référent clairement identifié sur les questions de protection de l'enfance	Conseils départementaux, DGESCO et DGOS	2019
<b>Conforter les partenariats et le pilotage opérationnel et stratégique, « au bon niveau » et « au bon moment »</b>			
23	Conforter le pilotage opérationnel et stratégique et les partenariats	DGCS, structure d'animation nationale, conseils départementaux	2019



# LETTRE DE MISSION



MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS  
ET DE LA SANTÉ

MINISTÈRE  
DE L'ÉDUCATION NATIONALE

*Les Ministres*

*Paris, le 9.4.2018*

La Ministre des Solidarités et de la Santé  
Le Ministre de l'Éducation Nationale

à

Madame la Cheffe de l'Inspection générale  
des affaires sociales  
Madame la Doyenne de l'Inspection  
générale de l'éducation nationale

**Objet :** Évaluation de la mise en œuvre de la mission de prévention en matière de protection de l'enfance.

Politique décentralisée dont le chef de file territorial est le conseil départemental, la protection de l'enfance et de l'adolescence est régie par les dispositions de la loi du 14 mars 2016 et ses décrets d'application qui ont :

- réaffirmé son principal objectif, à savoir la protection des enfants et le ciblage des actions sur leurs besoins fondamentaux ;
- souligné l'importance des actions de prévention<sup>1</sup> en faveur de l'enfant et auprès de ses parents, lesquelles comprennent :

---

<sup>1</sup>Article D.112-3 CASF

- des actions de prévention primaire ayant vocation à s'adresser à l'ensemble des familles et ayant pour objectif d'empêcher la survenue de difficultés : actions de soutien à la parentalité<sup>2</sup>, par nature généralistes puisqu'elles concourent à la prévention de multiples risques ; actions de sensibilisation de l'ensemble de la population à la problématique des dangers auxquels peuvent être exposés les enfants et les adolescents, et actions d'information sur les dispositifs d'aide et d'alerte ;
- des actions ciblées de prévention secondaire, nécessaires afin d'assurer un repérage précoce des difficultés et de mettre en place une intervention adaptée, dès que la satisfaction des besoins fondamentaux de l'enfant sont menacés, y compris de manière ténue, et donnent lieu à des situations de négligence, de maltraitance ou encore de carence éducative.

La définition de cette mission de prévention ainsi que son importance sont donc clairement affirmées par les textes régissant la protection de l'enfance, qui ont clarifié le périmètre des actions de prévention en protection de l'enfance. Celles-ci visent, dès la période périnatale, à soutenir et promouvoir le développement physique, affectif, intellectuel, social de l'enfant et à prévenir les difficultés auxquelles il peut être confronté (qui compromettraient son développement) ainsi qu'à promouvoir le soutien au développement de la fonction parentale, et prévenir les difficultés auxquelles les parents peuvent être confrontés dans l'exercice de leur fonction parentale et de leurs responsabilités éducatives<sup>3</sup>.

Ces actions ciblées doivent donc s'articuler avec celles qui ont vocation à s'adresser à l'ensemble des familles, actions de prévention primaire.

L'enjeu est aujourd'hui non pas de compléter l'arsenal législatif existant mais de s'assurer de sa bonne application sur le terrain. C'est dans cette optique que le gouvernement a affiché comme objectif prioritaire de la stratégie nationale de la protection de l'enfance et de l'adolescence 2018-2022, actuellement en cours d'élaboration, le renforcement de l'application des actions de prévention en protection de l'enfance, pour éviter une aggravation des difficultés familiales et éducatives pouvant mettre en danger l'enfant et nécessitant alors une intervention en protection de l'enfance.

C'est pourquoi, nous souhaitons qu'une mission soit confiée aux deux inspections sur les modalités d'organisation et de mise en œuvre de cette mission prévention en matière de protection de l'enfance dans le but de nourrir la stratégie nationale de la protection de l'enfance et de l'adolescence 2018-2022.

Tout d'abord, nous vous demandons d'identifier la stratégie de prévention développée par les départements :

- La prévention figure-t-elle dans les schémas départementaux de protection de l'enfance et, si oui, sous quelle forme ?
- Quelles sont les actions de prévention développées par les départements en amont de toute prestation d'aide sociale à l'enfance ou de toute mesure judiciaire de protection de l'enfance ?

---

<sup>2</sup>La stratégie nationale de soutien à la parentalité, actuellement en cours de concertation, explicite l'articulation de cette politique de prévention précoce, généraliste, universelle avec les diverses politiques de prévention thématique (protection de l'enfance, inégalités sociales de santé, décrochage scolaire,...)

<sup>3</sup> Article D.112-3 CASF

- Quels sont les outils mobilisés et quelle est leur appropriation par les acteurs concernés ?
- Comment se fait la coordination entre les acteurs de terrain concernés (PMI, médecine hospitalière et de ville, milieu scolaire, services médico- sociaux, etc.) et quelle est son efficacité ?
- Ces actions ont-elles été évaluées ?
- Quels sont les freins et les leviers d'actions pour les mettre en place, les généraliser ?
- Quelles sont les organisations qui semblent présenter la plus grande efficacité (notamment, missions et interventions de la PMI dans leur exercice de repérage précoce des situations à risque, rôle de la prévention spécialisée, ...) ?

Concernant les interventions de protection de l'enfance motivées par une situation de danger ou de risque de danger, il conviendra de s'interroger sur l'efficacité des interventions en milieu ouvert pour prévenir l'aggravation de la situation des enfants ; situations pouvant nécessiter alors un retrait de l'enfant de sa famille : prestation d'aide à domicile contractualisée avec les parents (intervention sociale et familiale, accompagnement en économie sociale et familiale- AESF-, aide éducative à domicile) ; assistance éducative en milieu ouvert (AEMO administrative).

Sur la base de cet état des lieux, la mission formulera des propositions permettant d'améliorer la mise en œuvre de cette compétence sur le terrain en explorant un large éventail de possibilités : organisations locales à promouvoir, partenariats à développer, mesures d'accompagnement des parents et des enfants à renforcer, outils à diffuser ou encore modalités de bonne articulation entre les acteurs de terrain concernés à encourager.

Ces travaux pourront également être enrichis par la prise en compte, au cours des déplacements réalisés, de la perception qu'ont les usagers de ces actions de prévention menées.

Pour réaliser cette mission, vous pourrez vous appuyer sur les administrations des deux ministères. Vous pourrez également vous rendre dans les conseils départementaux et faire le lien avec les missions d'inspection de l'aide sociale à l'enfance que conduit l'inspection générale des affaires sociales.

Nous souhaiterions pouvoir disposer de vos propositions pour la fin du mois de juin 2018.



Agnès BUZYN



Jean-Michel BLANQUER



# LISTE DES PERSONNES RENCONTREES

## 1- Administration centrale

### Elysée

- Constance Bensussan, conseillère inclusion, égalité femmes hommes et citoyenneté

### Ministère des solidarités et de la santé

#### Cabinet

- Aude Muscatelli, directrice adjoint de cabinet

#### Direction générale de la cohésion sociale

- Jean-Philippe Viquant, directeur
- Isabelle Grimaud, sous-directrice de l'enfance et de la famille
- Catherine Lesterpt, adjointe à la sous-directrice de l'enfance et de la famille
- Dieynaba N'Doye, chargée de mission bureau protection de l'enfance et de l'adolescence

#### Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

- Patrick Aubert, sous-direction Observation de la solidarité
- Isabelle Leroux, chef de bureau des collectivités locales

### Ministère de l'éducation nationale

#### Direction générale de l'enseignement scolaire

- Jean Marc Huart, directeur général de l'enseignement scolaire
- Françoise Pétreault, sous-directrice de la vie scolaire, des établissements et des actions socio-éducatives
- Véronique Gasté, cheffe du bureau de la santé, de l'action et de la sécurité
- Béatrice Verhaeren, conseillère technique du service social au sein du bureau de la santé, de l'action et de la sécurité

#### Délégation interministérielle à la prévention et à la lutte contre la pauvreté des enfants et des jeunes

- Olivier Noblecourt, délégué interministériel
- Vincent Reymond, secrétaire général
- Clément Cadoret, conseiller

## **2- Autorités administratives indépendantes, conseils, observatoires, caisses, établissements publics**

### **Caisse nationale d'allocations familiales (CNAF)**

- Laetitia Vipard, responsable du pôle parentalité enfance jeunesse
- Rémi Ghezzy, responsable adjoint du département enfance jeunesse parentalité
- Patricia Chantin, directrice de cabinet adjointe

### **Conseil national de la protection de l'enfance (CNPE)**

- Michèle Créoff, vice-présidente

### **Défenseur des droits**

- Geneviève Avenard, défenseure des enfants, adjointe au défenseur des droits, vice-présidente du collègue chargé de la défense et de la promotion des droits de l'enfant
- Bérangère Dejean, juriste

### **GIP ENFANCE EN DANGER**

- Anne-Sylvie Soudoplatoff, directrice générale du GIP
- Violaine Blain, directrice générale SNATED 119
- Agnès Gindt-Ducros, directrice de l'ONPE

### **Observatoire national de l'action sociale (ODAS)**

- Didier Lesueur, directeur général

### **Observatoire national de la protection de l'enfance (ONPE)**

- Agnès Gindt-Ducros, directrice

### **Santé publique France**

- Sylvie QUELET, responsable de la direction de la prévention et de la promotion de la santé
- Thierry CARDOZO, responsable de l'unité enfance

## **3- Elus et association d'élus**

### **Association des départements de France (ADF)**

- Patrick Weiten, président du conseil départemental de la Moselle
- Jean-Michel Rapinat, directeur délégué – politiques sociales

## Parlementaires

- Charlotte Lecocq, députée du Nord

## 4- Associations

### Association nationale des assistants de service social (ANAS)

- Marc Sole, assistant social au sein du Conseil départemental des Hautes Pyrénées, administrateur
- Sophie Serveille, assistante sociale au sein du Conseil départemental de l'Hérault, administratrice
- Benoît Gillouard, assistant social au sein du groupe La Poste, administrateur

### ATD Quart monde

- Marie-Aleth Grard, vice-présidente, représentante de l'association au sein du Conseil économique, social et environnemental
- Claire Exertier, directrice CHRS - Noisy le Grand
- Yann Bertin, volontaire-permanent d'ATD, responsable du Centre de promotion familiale (CPF) de Noisy le Grand<sup>231</sup>

### Association la voix de l'enfant

- Martine Brousse, présidente

### Idéal connaissances

- Rémy Pialat, responsable du Club ASE
- Annabelle Lamaille, chargée de mission
- Linda Vallet, directrice enfance famille
- Flore Capelier, conseillère technique
- Laetitia Massonneau, déléguée territoriale
- Andréa Maillier, directrice enfance famille

### Observatoire de la parentalité et de l'éducation numérique

- Thomas Rohmer, président

## 5-Organisations syndicales et professionnelles

### Carrefour National de l'Action Éducative en Milieu Ouvert (CNAEMO)

- Salvator Stella, Président du CNAEMO
- Sandrine Dautigny, déléguée générale du CNAEMO

### Fédération syndicale unitaire (FSU)

- Nathalie Andrieux-Hennequin, SNUASFP
- Brice Castel, SNUASFP
- Michelle Olivier, SNUIPP
- Nelly Rizzo, SNUIPP
- Valérie Sipahimalani, SNES
- Contribution écrite de Paul Devin, SNPI

### Syndicat National des Médecins de Protection Maternelle et Infantile (SNMPMI)

- Cécile Garrigue, médecin PMI Nancy
- Pierre Suesser, médecin PMI Seine Saint-Denis co-président du SNMPMI

### Union nationale des associations familiales (UNAF)

- David Pioli, coordonnateur du pôle enfance, famille, parentalité
- Patricia Humann, coordinatrice du pôle Education
- Nicolas Brun, coordonnateur du secteur santé

### Union nationale des syndicats autonomes (UNSA) Education

- Karine Autissier, secrétaire nationale
- Annie Routier, SNIES UNSA Education
- Rémy Charles Sirvent, secrétaire national ; secrétaire général du CNAL
- Marie Wecxsteen, SNASEN UNSA Education

### Syndicat général de l'Éducation nationale - Confédération française démocratique du travail (SGEN-CFDT)

- Annie Catelas, secrétaire nationale
- Isabelle Lacaton, secrétaire fédérale
- Fédération CFDT des services de santé et services sociaux (contribution écrite)

## 5- Personnalités qualifiées

- Bernard Golse, professeur émérite à Paris V, pédopsychiatre, psychanalyste, hôpital Necker – Enfants malades
- Geneviève Gueydan, inspectrice générale à l'IGAS
- Bénédicte Jacquy-Vasquez, inspectrice générale à l'IGAS
- Rosa Mascaro, pédopsychiatre, directrice de l'espace Lebovici, CAMSP Binet, SESSAD Lille
- Pierre Naves, inspecteur général à l'IGAS
- Françoise Neymarc, Inspection des services judiciaires, magistrat
- Serge Tisseron, psychiatre et psychanalyste, membre de l'Académie des technologies

## 6- Personnes auditionnées en département

### Département des Yvelines

#### Conseil départemental

- Yves Cabana, directeur général des services
- Laure Deltour, directrice générale déléguée
- Albert Fernandez, directeur général adjoint des solidarités
- Anne Chollet, directrice enfance jeunesse
- Sandrine Esquerre, directrice santé
- Christel Delportès, responsable du pôle prévention
- Fanny Ervera, directrice du territoire d'action départementale de Saint Quentin

#### Caisse d'allocations familiales

- Philippe Burgat, directeur adjoint
- Catherine Courtois, conseiller en charge partenariat pôle enfance parentalité jeunesse
- Sabine Debroche sous directrice intervention sociale et familiale
- Caroline Duché, responsable du pôle stratégie partenariale
- Aurélie Carré, responsable de secteur accompagnement social Nord
- Béatrice Mendy, responsable de secteur accompagnement social sud

#### Direction académique des services départementaux de l'éducation nationale

- Serge Clément, IA-DASEN
- Fred Jean-Charles, DAASEN, en charge du climat scolaire (Sécurité-Prévention-Santé des élèves - Harcèlement - Signalements)
- Myriam Abitbol, inspectrice de l'éducation nationale adjointe
- Annie Guérin, inspectrice de l'éducation nationale - Insertion-Orientation

- Sophie Piwowarczyk, assistante sociale conseillère technique départementale,
- Corinne Pekeigny, infirmière conseillère technique départementale
- Dr Jaya Benoît, médecin conseiller technique départemental ; Dr Christine Levoyer, son adjointe
- Fazia Tamsaout, assistante du conseiller technique EVS
- Caroline Ciret, inspectrice de l'éducation nationale, circonscription de Trappes
- Céline Cagnol, coordonnatrice éducation prioritaire, Trappes
- Marion Cresta, directrice école élémentaire Poulenc, Guyancourt
- Didier Giraud-Sauveur, directeur, école élémentaire Brossolette, Les Mureaux
- Agnès Pamela, directrice, école maternelle Brossolette, Les Mureaux
- Myriam Sislian, directrice, école primaire, Jean-Baptiste Clément, Trappes

## Département de Loire-Atlantique

### Conseil départemental

- Fabienne Padovani, vice-présidente « Familles et protection de l'enfance »
- Christine Orain, vice-présidente « Education et politique éducative »
- Franck Périnet, directeur général des services
- Jérôme Junel, directeur général adjoint citoyenneté et solidarités
- Maxime Boidin, directeur enfance et familles
- Nathalie Pluart, cheffe du service solidarités de la délégation de Saint Nazaire

### *Délégation de Nantes*

- Véronique Celles, cheffe du service solidarités
- Béatrice Crestin, adjointe à la cheffe du service solidarités chargée des politiques de protection de l'enfance
- Brigitte Rabiller, responsable de l'unité de protection maternelle et infantile de Nantes Nord
- Caroline Béal-Sanchez, responsable de l'unité de vie sociale insertion de Nantes Ouest

### *Centre médico-social de Nozay, délégation de Châteaubriant*

- Gaëlle Jaspard, directrice de la délégation de Châteaubriant
- Laurence Palierne, cheffe du service solidarités
- Claire Veillepeau, responsable de l'unité aide sociale à l'enfance
- Brigitte Valton, cadre mission PMI
- Anne Henrio, puéricultrice cadre PMI
- Justine Sirou, cadre éducatif IP

## Direction académique des services départementaux de l'éducation nationale

- Anelyse Barranger et Nicolas Bertrand, inspecteurs de l'éducation nationale – Information et Orientation
- Marie-Pierre Laraufie, inspectrice de l'éducation nationale, circonscription de Saint Herblain
- Véronique Fournier, directrice de l'école élémentaire Beauregard à Saint Herblain
- Claire Godard, directrice de l'école primaire Nelson Mandela à Saint Herblain
- Christine Cheylan, médecin conseillère technique de l'IA-DASEN, responsable départementale de la mission de promotion de la santé en faveur des élèves
- Nadine Lassalle, infirmière conseillère technique de l'IA-DASEN, mission de promotion de la santé des élèves
- Marie-Claude Michaud, responsable départementale du service de l'action sociale en faveur des élèves, conseillère technique de l'IA-DASEN

## Ville de Nantes

- Ghislaine Rodriguez, adjointe au maire chargée de la petite enfance
- Patricia Traclet, directrice petite enfance
- Martial Gombert, responsable de territoire ouest/centre-ville, direction petite enfance
- Laure Béjeau, médecin, référent petite enfance

## Caisse d'allocations familiales

- Elisabeth Dubecq-Princeteau directrice
- David Aujard, responsable pôle pilotage et gestion
- Olivier Brouinsard, travailleur social
- Bernadette Albert, travailleur social

### *Visite LAEP : « le « square » »*

- Natacha Vincent, responsable de territoire, direction petite enfance – ville de Nantes
- Nancy Alaguillaume – puéricultrice PMI – accueillante la Perdriole
- Véronique Toucane-Hellmann – éducatrice de jeunes enfants – accueillante l'Oasis
- Myrian Gauthier, coordinatrice des 3 lieux la Perdriole, l'oasis, le square, ville de Nantes
- Nadège Hillion, éducatrice de jeunes enfants
- Stéphanie Starosta, accueillante le « phare de l'ilot »

### *Association Aide Familiale Populaire de Loire-Atlantique*

- Le Bail Martine, présidente
- Pascal Guiliani, directeur général
- Corinne Four, directrice adjointe

## Agence régionale de santé

- Daniel Rivière, responsable du département Promotion de la santé et prévention
- Gwendoline de Guenyveau, responsable Parentalité et prévention précoce, enfants 0 – 6 ans et périnatalité
- Mélanie Quéma, chargée de projet Prévention Promotion de la santé. Délégation territoriale de Loire-Atlantique

### *Réseau « Sécurité naissance – naître ensemble » (structure régionale d'appui et d'expertise en périnatalité des Pays de Loire)*

- Anne-Sophie COUTIN, médecin coordonnateur du réseau pour le département de la Loire-Atlantique

## Associations

### *L'école des parents*

- Yannick Bervoas

### *Association « Les pâtes au beurre »*

- Sophie Marinopoulos, directrice
- Franck Stives, directeur adjoint

## TGI de Nantes

- Kim Reuflet, juge des enfants, coordinatrice du service du tribunal pour enfants

## Expert

- Catherine Sellenet, professeure d'université - Nantes

## Département de l'Allier

### Conseil départemental

- David Zurowski, directeur général des services
- Fanny Wirrmann-Camboulives, directrice générale adjointe
- Marylin Labrousse, directrice du pôle enfance famille

### Agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes

- Docteur Bonniol, conseiller spécialisé Pôle santé-Justice
- Docteur Tardieu, directrice de projets
- Docteur Rougé, médecin généraliste

## Centre hospitalier de Moulins

- Marc Vandembrouck, directeur adjoint
- Guillaume Maillard, cadre de santé de pédiatrie
- Marilyn Theuws, sage-femme des hôpitaux, responsable managérial et stratégie

## Direction académique des services départementaux de l'éducation nationale

- Olivier Vandard, IA-DASEN
- Jérôme Vial, inspecteur de l'éducation nationale coordonnateur Premier degré, conseiller technique de l'IA-DASEN
- Corinne Azélie, inspectrice de l'éducation nationale, circonscription de Moulins 2
- Thierry Lépineux, inspecteur de l'éducation nationale de Montluçon 2
- Brigitte Soriano, assistante sociale responsable départementale du service de l'action sociale en faveur des élèves, conseillère technique de l'IA-DASEN
- Hélène Béri, cheffe de la division des élèves et de la scolarité
- Christophe Grellet, directeur de l'école élémentaire Pergaud – Montluçon
- Karine Ménéboo, directrice de l'école élémentaire - Deux-Chaises
- Annie Mikalévitch, directrice de l'école maternelle Marie Noël – Montluçon

## Département du nord

### Conseil départemental

- Pascal Fuchs, directeur général adjoint solidarité
- Nadine Delberghe, directrice adjointe enfance famille jeunesse
- Véronique Leroy, directrice adjointe responsable du service départemental de PMI
- Caroline Caudron, responsable du service d'aide à la décision

### UTPAS de Roubaix Ville

- Isabelle Minet, directrice territoriale de la métropole Roubaix Tourcoing
- Christelle Lequin, directrice adjointe de l'UTPAS de Roubaix ville
- Carole Mai, directrice de l'UTPAS de Roubaix Croix
- Marjory Degore, responsable du service social départemental de l'UTPAS de Roubaix Croix
- Anne Snappe, responsable service social départemental de l'UTPAS de Roubaix Croix
- Sylvie Bruyère, assistante sociale
- Céline Hedin, assistante sociale
- Juliette Moiret, assistante sociale

- Julie Faath, assistante sociale
- Anissa Malki, assistante sociale
- Denis Ksiazek, assistant social
- Marie-Anne Cordier, médecin responsable de la PMI de l'UTPAS de Roubaix Croix
- Véronique Duflos, sage-femme de PMI
- Nadine Couvreur, puéricultrice de PMI
- Eline Vandaele, puéricultrice de PMI

#### *UTPAS d'Onnaing*

- Omolade Alao, médecin responsable du pôle PMI Santé, UTPAS d'Onnaing
- Chantal Broutin, adjointe au responsable PMI, UTPAS d'Onnaing
- Sylvie Dayez, responsable de l'UTPAS d'Onnaing
- Corinne Dieux, responsable de l'UTPAS de Denain – Lourches
- Delphine Dupuis, responsable du service social départemental, UTPAS d'Onnaing
- Anne Houba, responsable du service Enfance (dont ASE), UTPAS d'Onnaing
- Isabelle Valentin, directrice territoriale (ensemble des UTPAS du Valenciennois)

#### *Direction académique des services départementaux de l'éducation nationale*

- Jean-Yves Bessol, IA-DASEN
- Olivier Graff, inspecteur adjoint à l'IA-DASEN
- Gérard Druon, inspecteur de l'éducation nationale, circonscription de Lille 1 Sud
- Patrice Gaspard, inspecteur de l'éducation nationale, circonscription de Maubeuge
- Jean-Pierre Mollière, inspecteur de l'éducation nationale, circonscription de Roubaix Wattrelos
- Sylvie Monin, inspectrice de l'éducation nationale, mission maternelle départementale ; coordination du groupe départemental « Relations Ecoles-Parents »
- Francis Arnould, inspecteur information orientation, référent académique Harcèlement
- Reinald Loridan, inspecteur information et orientation
- Anne-Sophie Durieux, principale du collège A. Terroir de Marly
- Peggy Piciura, principale adjointe du collège P. Eluard de Beuvrages
- Patrick Quillot, principal du collège P. Eluard de Beuvrages
- Frédéric Bak, directeur de l'école Jean Lurçat à Feignies, directeur de vie scolaire pour le secteur d'Avesnes – Cambrai - Valenciennes
- Myriam de Smet, directrice de l'école primaire J. Macé à Wattrelos
- Isabelle Montifret, directrice du groupe scolaire Briand Buisson Nadaud - Lille
- Marie-Pierre Dupond, médecin conseillère technique responsable départementale du service médical en faveur des élèves
- Catherine Nollet, adjointe à l'infirmière conseillère technique

- Monique Willig, conseillère technique de service social, responsable départementale.
- Madame Marchal, adjointe au conseiller technique
- Claude Mignot, responsable du pôle départemental violence et harcèlement

## Association

### *ATD Quart Monde*

- Bernard Vandebunder, allié ATD Quart Monde, délégué régional Nord Pas de Calais
- Thomas Poirier, volontaire permanent ATD Quart Monde
- Céline Truong, volontaire permanent ATD Quart Monde
- Sreng Truong, volontaire permanent ATD Quart Monde
- Martine Verkindt, alliée ATD Quart Monde



## SIGLES UTILISES

ADF : association des départements de France

AED : action éducative à domicile

AEMO : action éducative en milieu ouvert

AESF : accompagnement en économie sociale et familiale

ANAS : association nationale des assistants de service social

ANDASS : association nationale des directeurs d'action sociale et de santé

ANISS : agence des nouvelles interventions sociales et de santé

ARS : agence régionale de santé

ASAP : accompagnement social et aide à la parentalité

ASE : aide sociale à l'enfance

ASMS : action sociale et médico-sociale

ATD : agir tous pour la dignité

CAF : caisse d'allocations familiales

CASF : code de l'action sociale et des familles

CCAS : centre communal d'action sociale

CCMSA : caisse centrale de la mutualité sociale agricole

CESC : comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté

CESE : conseil économique, social et environnemental

CESF : conseiller-ère en économie sociale et familiale

CIAS : centre intercommunal d'action sociale

CMP : centre médico-psychologique

CNAEMO : carrefour national de l'action éducative en milieu ouvert

CNAF : caisse nationale d'allocations familiales

CNDPF : carrefour national des délégués aux prestations familiales

CNED : centre national d'enseignement à distance

CNPE : conseil national de la protection de l'enfance

COG : convention d'objectifs et de gestion

CPAM : caisse primaire d'assurance maladie

CPE : conseiller-ère principal-e d'éducation

CPOM : contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens

CPTS : communauté professionnelle territoriale de santé

CREAI : centre régional d'études, d'actions et d'informations en faveur des personnes en situation de vulnérabilité

CRIP : cellule de recueil des informations préoccupantes

DGCS : direction générale de la cohésion sociale

DGESCO : direction générales de l'enseignement scolaire

DPJJ : direction de la protection judiciaire de la jeunesse

DREES : direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

EPCI : établissement public de coopération intercommunale

ESAT : établissement et service d'aide par le travail

GIP : groupement d'intérêt public

GPDS : groupe de prévention du décrochage scolaire

HCFEA : haut conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge

IGAENR : inspection générale de l'administration de l'Éducation nationale et de la recherche

IGAS : inspection générales des affaires sociales

IGEN : inspection générales de l'Éducation nationale

INED : institut national d'études démographiques

INSEE : institut national de la statistique et des études économiques

INSERM : institut national de la santé et de la recherche médicale

IP : information préoccupante

JAF : juge aux affaires familiales

LAEP : lieu d'accueil enfants-parents

MDPH : maison départementale des personnes handicapées

MJAGBF : mesure judiciaire d'aide à la gestion du budget familial

MNA : mineur(s) non accompagné(s)

MSA : mutualité sociale agricole

ODAS : observatoire national de l'action sociale

OLINPE : observation longitudinale, individuelle et nationale en protection de l'enfance

OMS : organisation mondiale de la santé

ONDRP : observatoire national de la délinquance et des réponses pénales  
ONPE : observatoire national de la protection de l'enfance  
PMI : protection maternelle et infantile  
PRADO : programme d'accompagnement au retour à domicile  
PRS : programme régional de santé  
PSAD : plateforme de suivi et d'appui aux décrocheurs  
QPV : quartier(s) en politique de la ville  
RASED : réseau d'aides spécialisées aux élèves en difficulté  
REAAP : réseau d'écoute, d'appui et d'accompagnement des parents  
REP : réseau d'éducation prioritaire  
REP + : réseau d'éducation prioritaire renforcé  
RSA : revenu de solidarité active  
SAMSAH : service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés  
SAVS : service d'accompagnement à la vie sociale  
SDPE : schéma départemental de protection de l'enfance  
SDSF : schéma départemental des services aux familles  
SNATED : service national d'accueil téléphonique de l'enfance en danger  
SNS : stratégie nationale de santé  
SPAJ : service de soutien parental et d'accueil de jour  
SROMS : schéma régional d'organisation médico-sociale  
TISF : technicien de l'intervention sociale et familiale  
UTPAS : unité territoriale de prévention et d'action sociale  
VAD: visite à domicile

# Évaluation de la politique de prévention en protection de l'enfance

## TOME 2 ANNEXES

Établi par

Stéphanie DUPAYS,  
Hervé LANOUZIERE,  
Bénédicte LEGRAND-JUNG

Membres de l'Inspection  
générale des affaires sociales



INSPECTION GENERALE  
DES AFFAIRES SOCIALES

Frédéric THOMAS

Inspecteur général de  
l'administration de l'éducation  
nationale et de la recherche



**igaenr**  
Inspection générale  
de l'administration  
de l'Éducation nationale  
et de la Recherche

Viviane BOUYASSE

Inspectrice générale de  
l'éducation nationale



**igen**  
Inspection générale  
de l'Éducation nationale



## SOMMAIRE

ANNEXE 1 : RECIT DU PARCOURS D'UNE FAMILLE.....	5
ANNEXE 2 : ELEMENTS COMPLEMENTAIRES SUR LES CONTEXTES SOCIAUX, ECONOMIQUES ET SANITAIRES INTERFERANT AVEC LA PROTECTION DE L'ENFANCE ET SUR LES CONSEQUENCES ET L'AMPLEUR DU PHENOMENE « ENFANCE EN DANGER ».....	11
ANNEXE 3 : GLOSSAIRE ET CADRE NORMATIF DE LA PREVENTION EN PROTECTION DE L'ENFANCE.....	25
ANNEXE 4 : LA PREVENTION DANS LES SCHEMAS DEPARTEMENTAUX DE PROTECTION DE L'ENFANCE ET DANS LES REPONSES AU QUESTIONNAIRE ADRESSE AUX DEPARTEMENTS .....	75
ANNEXE 5 : POUR UN REFERENTIEL DE LA PREVENTION PARTAGE EN PROTECTION DE L'ENFANCE.....	109
ANNEXE 6 : OBSERVATION ET SUIVI : DES DONNEES DE CADRAGE EXISTENT MAIS ELLES SONT PEU DETAILLEES, LES DETERMINANTS ET LES PARCOURS SONT PEU ETAYES.....	125
ANNEXE 7 : QUELQUES ILLUSTRATIONS DES DISPARITES TERRITORIALES.....	137
ANNEXE 8 : PRINCIPAUX RESULTATS DU QUESTIONNAIRE ADRESSE AUX CONSEILS DEPARTEMENTAUX.....	141



# ANNEXE 1 :

## RECIT DU PARCOURS D'UNE FAMILLE

### 1 REMARQUES LIMINAIRES

Le témoignage restitué ci-dessous a été « anonymisé ». Il présente par essence un caractère subjectif, la mission s'étant attachée à recueillir, au-delà du récit du parcours de la famille concernée, sa perception des difficultés rencontrées et des dispositifs mis en œuvre pour les résoudre. En outre, ce témoignage n'a, de manière évidente, pas de caractère représentatif au plan statistique, s'agissant d'une unique et singulière situation. Il apporte cependant un éclairage très riche sur plusieurs points clés analysés dans le présent rapport, et notamment sur :

- le caractère multidimensionnel des difficultés rencontrées par les familles, qui se cumulent et se renforcent. La précarité professionnelle et, surtout, l'absence de logement adéquat constituent des déterminants majeurs du parcours de la famille concernée et de ses interactions avec la protection de l'enfance. Le récit illustre à quel point, à défaut d'une réponse globale, les dispositifs limités à une seule dimension, par exemple le soutien éducatif, peuvent être privés d'effectivité dans ce type de situation ;
- la complexité des relations avec les services sociaux, et l'importance des conditions dans lesquelles ces relations s'engagent afin de créer un lien de confiance mutuelle et d'adhésion, à défaut duquel les sentiments de défiance et de peur, suscités ou confortés au regard de l'histoire passée de la famille, auront des conséquences majeures. Au-delà, la capacité des services sociaux à s'appuyer sur les ressorts personnels et le « projet » de la famille, apparaît déterminante.

### 2 RECIT DU PARCOURS DE S. ET DE SA FAMILLE

S. a 30 ans quand nous la rencontrons. Elle raconte son parcours de vie avec des détails très précis, sans affects apparents. Elle livre ses souvenirs, ses ressentis... L'entretien a lieu dans les locaux de l'association qui l'accompagne, en présence d'une référente.

#### **Enfance**

S. est née dans une grande agglomération où elle a vécu jusqu'au déménagement familial dans une commune limitrophe, alors qu'elle a dix ans. Sa scolarité se déroule normalement, « *avec des hauts et des bas* » mais « *toujours à l'heure, jamais absente sauf pour raisons de maladie* ». Elle obtient le brevet avec une mention Très bien, puis un CAP en chimie avec la même mention, mais rate d'un point le baccalauréat professionnel (il n'y avait pas de session de rattrapage). Elle aurait aimé être ingénieur en astronomie « *mais ils m'ont dit : même pas la peine, il faut oublier* ».

S. est l'aînée d'une fratrie de quatre enfants. Le père est violent, frappant femme et enfants, surtout elle et son frère, second de la fratrie. La mère envisage le divorce mais y renonce, craignant le placement de ses enfants. C'est le jour où S. est allée au centre de loisirs avec un visage marqué par le nez cassé la veille sous les coups du père que l'alerte semble avoir été donnée. Dès lors, la famille fait l'objet d'un suivi. « *Les éducateurs, on les voyait en septembre et en juin, pas le reste de l'année mais il y avait un rapport comme ça* » (elle montre une épaisseur significative). Selon elle, le juge des enfants pensait qu'il n'y avait pas de danger. Néanmoins, les deux plus jeunes enfants sont

finalement placés en famille d'accueil pendant près de deux ans. Dans la procédure alors, le père accuse S. d'avoir aussi donné des coups, ce qu'elle nie ; cette accusation lui vaut une garde à vue pour « violence en réunion ».

A la sortie du lycée munie du CAP, S. ne trouve d'abord pas de travail ; elle estime ne pas avoir été aidée ou inutilement guidée vers des stages qui ne lui convenaient pas (« *le ménage, ça me concernait pas, j'y ai été quand même pour ne pas perdre mes droits* ») ou vers des formations dont elle ne ressentait pas le besoin (« *Les lettres de motivation, j'avais fait ça au lycée pour avoir des stages* »). Finalement, ayant obtenu des adresses par l'une de ses anciens professeurs qu'elle avait recontactée et après avoir envoyé un CV à plusieurs entreprises, elle obtient un rendez-vous ; on lui fait « *bon accueil* », elle passe une visite médicale d'embauche et réalise deux semaines d'essai pour être enfin embauchée en contrat à durée indéterminée dans une entreprise spécialisée dans son domaine de compétence.

### **Maternité**

Elle vit alors encore chez ses parents mais elle a rencontré un homme, D., de plus de 10 ans son aîné. Sans contraception ni suivi gynécologique d'aucune sorte, elle tombe enceinte dès son premier rapport sexuel : « *Premier rapport, bingo* ». La sexualité était un « *sujet tabou* » à la maison et « *elle n'y connaissait rien, et avait peur d'aller poser des questions* », même si la mère avait évoqué le préservatif, dont elle avait aussi entendu parler au collègue, « *en 4<sup>ème</sup>* », se souvient-elle, où il était alors beaucoup question du SIDA et des maladies sexuellement transmissibles.

Cette grossesse n'est détectée que tardivement et de manière fortuite à l'occasion d'un rendez-vous médical pour un rappel de vaccin, trop tard pour qu'une IVG soit possible. « *Je stressais, je n'avais pas d'appartement, D. n'avait pas de travail, on était chacun chez nos parents* ». Là elle donne le choix au père de l'enfant : soit elle accouche sous X et l'enfant peut être adopté (mais elle pense alors qu'elle le regrettera plus tard), soit ils assument ensemble cet enfant. C'est ce qui est décidé, et ce qui sera fait. Elle s'astreint alors à toutes les démarches possibles, déclarant son état à son employeur, recherchant logement, place en crèche, accès à une maternité. Il est en revanche pour elle beaucoup plus difficile de parler de sa grossesse à ses parents et quand elle le fait, c'est sous les coups de poing dans le ventre que lui donne son père qu'elle perd l'un des deux enfants qu'elle attendait. Elle porte plainte. Son père était alors suivi par un psychiatre : « *un coup il était bien, un coup... je me demande s'il n'était pas bipolaire* ».

S. et D. achètent de quoi faire face aux besoins de l'enfant puisqu'il est décidé que, S. travaillant, D. (sans emploi, touchant le RSA) aura l'enfant avec lui du dimanche soir au vendredi, au domicile de ses parents, où S. ira le voir chaque jour après son travail et le récupèrera pour passer le week-end avec lui. D. est alors sous curatelle « *pour pouvoir se protéger de sa famille* ». Il accompagne S. aux rendez-vous chez le gynécologue qui suit la grossesse et pose beaucoup de questions. A aucun moment durant sa grossesse, S. ne rencontre la PMI ou le service social.

Alors que débute son congé de maternité et qu'elle s'apprête à suivre des séances de préparation à l'accouchement, la naissance de l'enfant début janvier alors qu'elle était prévue à la mi-février se passe mal : pour le bébé prénommé M., cordon autour du cou, deux arrêts cardiaques, coma et séjour en néo-natalité alors que S., victime d'une pneumonie, est prise en charge en service de réanimation.

Rentrée chez ses parents avec M. après trois semaines d'hospitalisation, elle rencontre le père de l'enfant au parc où elle se rend avec le bébé ; elle refuse alors que le bébé soit hébergé dans la famille de D., où vivent également un frère et sa compagne qui acceptent mal le petit et qui ne sont pas perçus par elle comme fiables. Chez elle, sa propre mère, ravie de se trouver grand-mère, fait

bon accueil à M.. Son père, jusqu'à ce que le petit ait deux ans et demi, « *ne le regardait pas, ne le touchait pas, ne disait pas bonjour* ». Elle est aidée par ses frères et sœur ; elle partage alors une chambre avec le bébé et sa sœur lycéenne qui l'aidait beaucoup, surtout la nuit.

A l'hôpital, elle avait rencontré une psychologue, ce qui lui avait fait peur car la procédure ne lui avait pas été expliquée, peur déjà que l'enfant lui soit enlevé ; pourtant, « *elle était douce* » et elle voulait s'assurer que S. était remise, qu'elle ne souffrait pas de baby blues.

La veille de sa sortie, elle avait également reçu, le même jour, la visite d'une « *dame de la PMI* » et d'une assistante sociale qui lui ont donné « *trop d'informations ; ça m'a fait super peur ; elles m'ont mis la pression ; elles m'ont sauté dessus* ». On lui dit alors qu'il est obligatoire que l'enfant ait un suivi médical, reçoive les vaccins quand ils sont prévus, qu'il ait une chambre... sinon il y aura « *un signalement* ». Elle choisit alors de faire suivre son enfant par un pédiatre « *super cher* » plutôt que par la PMI, et s'y tiendra jusqu'à ce que, licenciée et sans revenus, elle ne puisse plus payer. Convoquée par la PMI, elle s'y rend un mois après la naissance de l'enfant avec le père et, là, les professionnels constatent que le carnet de santé est à jour, les pesées effectuées régulièrement, des rendez-vous pris pour la suite des consultations, et « *on m'a laissée tranquille* ».

Elle reprend le travail au terme de son congé de maternité, mais quelques mois après, alors qu'elle allait avoir une place en crèche et un appartement (financé par le 1 % patronal), elle est licenciée pour motif économique (« *dernière arrivée, première partie* ») ; l'entreprise qui l'employait ferme ses portes quelques mois plus tard. Tout s'écroule, elle n'a rien de ce qu'elle avait tant attendu. Trois mois après son licenciement, ses parents la mettent à la porte.

#### « **C'est là que tout a commencé** »

Vivant désormais chez les parents de D., n'ayant plus les moyens de payer le pédiatre, S. recourt à la PMI : au cours des visites au domicile, il est constaté que l'appartement, un « *vieux HLM* », est insalubre ; de fait, « *il y avait des bestioles* ». Une lettre de l'aide sociale à l'enfance dit qu'« *il faut que ça évolue. Ils avaient raison mais on ne peut pas claquer des doigts et...* ». La PMI préconise un rendez-vous chez un « *psy* » pour S. et un suivi par un SAJ<sup>1</sup> en accueil de jour, sinon on menace de placer l'enfant. S. s'y conforme, craignant cette issue ; au SAJ, elle reçoit des conseils sur la manière de s'occuper de M.

Elle rencontre une succession d'assistantes sociales (« *elles ont changé tellement de fois* ») et a le sentiment de piétiner : « *on n'avancait pas, on reculait, on recommençait* » ; « *toujours les mêmes phrases, les mêmes menaces* » ; « *ils ne lâchent pas* ». Une proposition est enfin faite : il s'agit d'un foyer mère-enfant mais le foyer exige qu'il n'y ait plus de contacts avec D. menacé de se voir priver de ses droits parentaux. Pour S., c'est hors de question d'autant qu'alors le mariage est prévu ; il aura lieu quelques mois plus tard. Peu après le mariage, convoqués au SAJ, S. et D. sont « *sommés de trouver sous trois mois un appartement, une place en crèche et du travail* ».

Peu de temps après, il leur est proposé un accueil pour eux trois dans un foyer d'hébergement d'urgence et une place en crèche pour M. Ils resteront dans ce foyer pendant près de deux ans – ils avaient deux chambres, la première avec deux lits superposés et un « *lit-bébé* » complètement inadapté à l'âge du petit, la deuxième, à l'autre bout du couloir, pour manger. M. leur sera enlevé au bout de 8 mois dans le cadre d'un placement administratif auquel ils consentent finalement compte tenu de leur situation, qui se dégrade. En effet, S. fait une fausse couche, ne va pas bien ; on l'oriente vers un psychiatre (« *ils disaient, madame est foldingue* »), un internement en hôpital psychiatrique pour du repos est préconisé mais D. s'y oppose. Outre cet argument, il est aussi dit que le couple est

---

<sup>1</sup> Service d'accueil de jour et de soutien à la fonction parentale

« *dangereux* », on parle de « *mauvais parents* » dispensant une mauvaise éducation à l'origine de blocages de l'enfant qui, à trois ans, ne parle pas.

S. part se reposer chez un ami de la famille durant deux semaines à la campagne où elle abandonne tout traitement médical et se sent mieux. Placé en famille d'accueil, M. fréquente une crèche où il se montre violent ; il ne mange pas et dort mal. Le père voit l'enfant une heure le week-end, les services de l'ASE n'ayant pas confiance, aux dires de S.

Le placement prévu pour le temps de la convalescence de la mère va être prolongé à trois mois, puis renouvelé du fait que les parents n'ont toujours pas d'appartement adéquat. A l'occasion du départ en vacances, pendant 8 jours, de la famille d'accueil de M., l'éducatrice de l'ASE propose à S. et D. de partir une semaine avec l'enfant dans un lieu de vacances associatif à la montagne. Là S. noue des liens avec une famille grâce à qui, à leur retour de vacances, un contact est établi avec un centre de promotion familiale géré par l'association. Il faut quelques mois pour qu'un dossier soit établi, les démarches subissant des freins du fait de la curatelle de D.. Les deux parents présentent leurs objectifs : « *recupérer leur rôle de parents ; être plus autonomes* ». Le dossier de S. et de D. est finalement accepté et un appartement leur est destiné dans lequel le petit aura sa chambre à lui. Après deux années passées dans le foyer d'hébergement d'urgence, le déménagement tant espéré a finalement lieu (« *c'était Noël avant l'heure !* »). M. est récupéré par la famille le mois suivant, après une période de placement de près d'un an et demi. L'accompagnement du SAJ et de l'association contribuent à « *sécuriser* » la situation.

S. demande alors une AED car elle ressent le besoin de conseils alors que la confiance en soi comme parent est « *à reconstruire* », tout comme les liens avec M. après la rupture ; les parents dans ce contexte ont « *peur de dire non* » à un enfant qui a encore bien des problèmes. S. préfère même « *demandeur la permission pour tout à l'ASE, même pour couper les cheveux du petit* ». L'ASE propose aussi l'intervention d'une TISF acceptée par S. Un deuxième TISF, homme, sera même nommé pour aider D. dans des démarches administratives au moment où, grâce à l'association, il accède à un emploi dans le cadre du plan Zéro chômeur et entame une véritable réinsertion professionnelle.

### **Dans un contexte apaisé, un parcours de difficultés qui continue pour l'enfant**

M. est inscrit à l'école maternelle dès que les parents le récupèrent. Il n'y va d'abord que le matin mais, assez vite, compte tenu de difficultés d'intégration et de l'absence de propreté (un problème physiologique sera diagnostiqué, auquel une intervention chirurgicale permettra de remédier), l'accueil est réduit à la demi-matinée, l'école exprimant le besoin d'une aide (AVS) pour une scolarisation plus longue. Une AVS arrivera plusieurs mois après mais plusieurs se succéderont, et toujours « *la même menace : pas d'AVS, pas d'école* ».

Un an plus tard, un diagnostic sera établi par un neuro-pédiatre qui, après contacts avec la maternité où est né M., apprendra aux parents qui disent n'en avoir rien su jusque-là (aucune mention dans le carnet de santé) que l'enfant a été réanimé de deux arrêts cardiaques à la naissance ; « *les séquelles, c'est le handicap* » selon les mots de S.

Après deux ans passés dans le centre de promotion familiale, le déménagement de la famille pour une installation plus autonome dans un appartement situé dans une autre commune induit un changement d'école au moment où M. entre au CP. Bien qu'accompagné par une AVS, il n'est plus accueilli qu'une heure par jour parce que l'équipe pédagogique juge qu'il ne peut rester concentré plus longtemps. S. critique le manque de réunions et de relations avec l'école et avec la référente de la MDPH. Les problèmes de M. sont alors aggravés car le changement de CMP retarde la prise en charge. Un redoublement est demandé en fin d'année scolaire.

S. note un mieux depuis peu, une équipe éducative à l'écoute, qui n'a « *pas d'œillères* ». Le temps de scolarisation augmente progressivement, l'objectif étant que la scolarisation soit rapidement rétablie à temps presque plein (une matinée de soins au CMP restant nécessaire). L'orientation est préparée pour l'an prochain : M. devrait aller en CE1 avec un AVS individuel ou dans une ULIS bénéficiant d'un AVS collectif.

L'enfant est plus calme alors qu'il n'est plus soigné qu'avec de la phytothérapie après avoir pris un médicament qui ne lui convenait pas du tout (agressivité avec mise en danger des autres, insomnies). Il a du mal à articuler mais il y a une liste d'attente pour la rééducation orthophonique demandée.

D. travaille, S. aspire à suivre une formation et à travailler à mi-temps quand M. sera scolarisé à temps plein. S. et D. n'ont plus aucun lien avec leurs deux familles ; « *rien que nous trois* ».



## **ANNEXE 2 :**

# **ELEMENTS COMPLEMENTAIRES SUR LES CONTEXTES SOCIAUX, ECONOMIQUES ET SANITAIRES INTERFERANT AVEC LA PROTECTION DE L'ENFANCE ET SUR LES CONSEQUENCES ET L'AMPLEUR DU PHENOMENE « ENFANCE EN DANGER »**

Cette annexe constitue une version plus détaillée de la partie 1.1 du rapport sur les contextes sociaux, économiques et sanitaires en lien avec la protection de l'enfance et sur les enjeux de l'enfance en danger.

## **1 LA PREVENTION EN PROTECTION DE L'ENFANCE EST MULTIDIMENSIONNELLE, AU CROISEMENT DE PLUSIEURS POLITIQUES ET PERCUTEE PAR DE NOUVEAUX ENJEUX ECONOMIQUES, SOCIAUX ET SOCIETAUX**

### **1.1 L'aggravation de la précarité et des difficultés de logement a des conséquences sur le bien-être des enfants**

S'il est établi que les facteurs socioéconomiques ne sont pas discriminants par rapport au risque d'apparition de la maltraitance et que celle-ci peut apparaître dans tous les milieux sociaux, certains contextes fragilisent la famille et l'établissement d'un lien sécurisé, même si l'histoire individuelle, les critères psychologiques pèsent plus lourd. Selon le docteur Anne Tursz de l'INSERM, « toutes les classes sociales sont touchées. Car la cause de la maltraitance n'est pas le manque d'argent, mais l'incapacité à aimer un bébé et à gérer l'épreuve que représentent notamment les pleurs pendant les premiers mois de vie<sup>2</sup>. » Cependant, une revue de littérature<sup>3</sup> sur le lien entre maltraitance et milieu social évoque un « consensus modéré sur la prévalence de la maltraitance (au sens générique du terme) dans les familles de bas niveau socio-économique ». Les canaux par lesquels passerait cette corrélation sont obscurs. L'hypothèse avancée pour expliquer le lien entre maltraitance et milieu social défavorisé est celle du « stress cumulé » mais l'hypothèse d'un sur-repérage dans les milieux défavorisés qui seraient davantage dans le viseur des travailleurs sociaux n'est pas clairement tranchée. Notons qu'ATD Quart-Monde va lancer une étude sur le thème : « en quoi la grande misère affecte les liens familiaux ? ».

---

<sup>2</sup> Source : interview pour Le Magazine de la santé 11/02/2013.

<sup>3</sup> « Pauvreté des familles et maltraitance à enfants : un état des lieux de la recherche, une question non tranchée » Gilonne Desquennes . Les Sciences de l'éducation - Pour l'Ère nouvelle 2011/3 (Vol. 44).

Au-delà du débat sur les liens de corrélation entre précarité et maltraitance, la pauvreté constitue un contexte délétère, susceptible d'avoir des répercussions sur la vie et le développement des enfants. La précarité est en elle-même un risque de danger pour l'enfant : la pédopsychiatrie a bien montré que « les effets de la précarité sur les enfants et les adolescents sont comparables à ceux de la guerre <sup>4</sup> ». Si le parent est absorbé par la question de sa survie, il peut ne pas avoir l'énergie suffisante pour offrir un cadre protecteur et attentionné à l'enfant. Selon Marie-Rose Moro<sup>5</sup>, ces effets de la précarité peuvent être profonds et parfois même transgénérationnels.

Les conséquences de la précarité sur la santé physique et psychique ont été démontrées : « le risque de surpoids chez les enfants et les adolescents en situation de précarité est multiplié par trois » affirme Georges Picherot<sup>6</sup> chef du service de pédiatrie à Nantes. Le risque d'obésité est multiplié par trois ou quatre. Une étude conduite dans trois départements<sup>7</sup> a montré que le surpoids est significativement plus fréquent lorsqu'un seul parent travaille à temps partiel (21,2 % vs 15,6 %) ou lorsque le budget alimentaire familial pose problème (20,1 % vs 15,6 %).

Le lien précarité/développement de l'enfant occupe une place essentielle dans la réflexion européenne sur la pauvreté des enfants. Ainsi le comité de la protection sociale de l'union européenne a inclus dans ses indicateurs de suivi le nombre d'enfants vivant dans des familles où aucun membre du ménage n'a de travail, soulignant que l'absence d'un adulte qui travaille n'augmente pas seulement les potentiels problèmes financiers, mais peut également limiter les opportunités actuelles ou futures de participer pleinement à la société. Ce lien entre précarité et bien-être de l'enfant et, par là-même, protection de l'enfance est fait de manière explicite.

En lien avec la précarité, la question de l'hébergement est, dans les discours des personnes auditionnées, considérée comme déterminante en protection de l'enfance. L'association nationale des assistants de service social (ANAS) rapporte que les difficultés de logement, en raison de l'explosion des loyers, sont à l'origine de très nombreuses interventions en protection de l'enfance, avec pour corollaire des « dilemmes » pour les travailleurs sociaux : à partir de quel niveau d'insalubrité du logement faut-il retirer l'enfant de sa famille, indépendamment de toute autre considération ? Les situations de mères isolées avec enfant à la rue ainsi que les familles vivant à l'hôtel ont également été citées comme des facteurs compliquant le bon développement de l'enfant. Si peu de travaux examinent les conséquences des mauvaises conditions de logement sur l'enfant, on comprend qu'un logement trop exigü ou dégradé favorise les risques domestiques, accroît les tensions familiales, nuit à la santé physique et mentale, au développement affectif et a une incidence sur la scolarité. Ainsi une étude canadienne ancienne<sup>8</sup> suggère une relation entre le surpeuplement de la résidence familiale et le nombre de fois que le parent rapporte avoir frappé ou giflé l'un de ses enfants au cours de la dernière semaine. Le stress vécu par les parents exacerberait le lien entre le surpeuplement et la fréquence des coups ou gifles donnés aux enfants. D'autres études ont établi des relations entre diverses caractéristiques du logement et l'exercice de la

---

<sup>4</sup> Propos de Marie-Rose Moro, professeur de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, cités dans le rapport de la défenseur des droits, « Précarité et protection des droits de l'enfant », 2010 p 26 : [https://juridique.defenseurdesdroits.fr/doc\\_num.php?explnum\\_id=7623](https://juridique.defenseurdesdroits.fr/doc_num.php?explnum_id=7623).

<sup>5</sup> Ibidem.

<sup>6</sup> Ibidem.

<sup>7</sup> Obésité des adolescents dans trois départements français : modes de vie, précarité et restauration scolaire.

Elisabeth Feur ; Claude Michaud, Jeanne Boucher, Pascale Gerbouin-Rerolle, Catherine Leynaud-Rouaud, Stéphane Chateil, Murielle Gourdon, Bernard Ledésert in BEH n° 18-19/2003 INVS.

<sup>8</sup> Booth, A., & Edwards, J.N. (1976). Crowding and family relations. *American Sociological Review*, 41 (2), 308-321. Cette étude est résumée là : <https://tout-petits.org/media/1459/maltraitance-bonnespratique.pdf>.

fonction parentale (notamment le nombre et la qualité des interactions verbales avec l'enfant<sup>9</sup>). Le rapport mondial sur la violence et la santé de l'OMS<sup>10</sup> va dans le même sens : « le risque de maltraitance augmente dans les ménages surpeuplés. Un milieu familial instable, où la composition du ménage change souvent, des membres de la famille et d'autres personnes allant et venant, est une caractéristique fréquente des cas de privation de soins chronique ».

Le lien entre logement et scolarité des enfants a, quant à lui, fait l'objet de publications françaises<sup>11</sup> : Dominique Goux et Eric Maurin ont ainsi mis en évidence une corrélation très forte entre conditions de logement et performance scolaire. La probabilité de redoubler en primaire ou dans le secondaire augmente significativement avec le nombre de personnes par pièce, de même que la probabilité de décrochage scolaire et de sortie du système scolaire sans diplôme. Ils montrent aussi que « toutes choses égales par ailleurs, un collégien de 15 ans partageant sa chambre avec au moins un frère ou une sœur avait une probabilité de 12 % plus élevée d'accuser un retard scolaire qu'un enfant disposant de sa propre chambre. »

## 1.2 La fragilisation des liens familiaux peut entraîner des dangers pour l'enfant

Plusieurs acteurs rencontrés ont souligné l'impact de l'évolution des liens familiaux sur la fragilisation de la cellule familiale. Isolement d'un des parents, conflits entre les parents, coupure avec le cercle familial élargi (les grands-parents notamment), tous ces facteurs semblent complexifier l'établissement de liens « sécurisés » chez l'enfant. Or un grand nombre d'enfants sont concernés par une structure familiale mouvante : d'après l'enquête Famille et logements réalisée en 2011 par l'Insee, sur les 13,7 millions d'enfants âgés de moins de 18 ans vivant en famille en France métropolitaine, 18 % vivent dans une famille monoparentale et 11 % dans une famille recomposée, contre 70 % dans une famille « traditionnelle » avec leurs deux parents. Toutefois, au-delà des discours des professionnels, peu d'études ont mis en évidence de façon solide le lien entre composition familiale et situation de danger. Une recherche action conduite en Ille-et-Vilaine<sup>12</sup> montre néanmoins que la recombinaison familiale est surreprésentée dans les 200 dossiers d'enfants placés qui ont été étudiés. Les auteurs en concluent que « ces organisations familiales contiennent en elles-mêmes des facteurs de risque dont la combinaison, toujours singulière, est susceptible de fragiliser les parents et l'éducation de leurs enfants ». L'analyse n'étant pas « toutes choses égales par ailleurs », cette conclusion mériterait d'être davantage étayée, elle rejoint cependant les observations des acteurs de terrain auditionnés : la séparation et la recombinaison familiale sont des moments de fragilisation pour les parents qui peuvent retentir sur les enfants. En outre, la séparation, quand elle est synonyme d'isolement, favorise la précarité.

---

<sup>9</sup> Evans, G.W., Maxwell, L.E., & Hart, B. (1999). Parental language and verbal responsiveness to children in crowded homes. *Developmental Psychology*, 35, 1020-1023. Résumé ibidem.

<sup>10</sup>Rapport mondial sur la violence et la santé, OMS, 2002 [http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/world\\_report/fr/full\\_fr.pdf](http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/fr/full_fr.pdf).

<sup>11</sup> Dominique Goux et Eric Maurin, « The Effect of Overcrowded Housing on Children's Performance at School », *Journal of Public Economics*, 2005 et Dominique GOUX et Eric MAURIN, « Surpeuplement du logement et retard scolaire des enfants », *Données sociales 2002- 2003. La société française*, Paris, France, INSEE.

<sup>12</sup> Le développement de stratégies de prévention en protection de l'enfance : résultats et enseignements d'une recherche-action en Ille-et-Vilaine

### 1.3 Les violences conjugales ont un effet traumatique sur l'enfant

Leur impact est d'autant plus important que l'enfant est jeune et ne peut verbaliser. Cela se traduit par une prévalence accrue de problèmes de santé, de troubles de l'adaptation et du comportement<sup>13</sup>.

### 1.4 La montée de problématiques nouvelles liées au handicap, aux addictions, aux troubles du comportement complexifie la donne

- Une augmentation des troubles psychiques chez les parents a été rapportée

Les acteurs de la santé auditionnés soulignent tous une montée en charge des problèmes de psychopathologies des mères (troubles bipolaires, psychoses du post-partum, schizophrénie, addictions au cannabis, à l'alcool, au tabac, dépression sévère). Or, la grossesse et/ou la naissance d'un enfant peuvent entraîner une aggravation de la pathologie préexistante ou un déclenchement d'une pathologie<sup>14</sup>, notamment pour les pathologies psychotiques. Du fait de ces troubles, les parents peuvent être dans l'incapacité de répondre aux besoins physiologiques et/ou affectifs de leur enfant. L'augmentation de la prévalence de ces pathologies maintes fois citée lors des auditions - mais que la mission n'a cependant pas pu documenter - complexifie le travail en périnatalité d'autant que la réduction du délai de sortie de la maternité ne laisse que peu de temps pour mettre en place une solution répondant aux besoins de l'enfant.

- Les acteurs rencontrés font état d'une augmentation des troubles du comportement et d'une précocité accrue des conduites dangereuses

Plusieurs acteurs de la santé et de l'éducation nationale auditionnés ont souligné que les troubles des comportements et les conduites à risque augmentaient et concernaient des enfants de plus en plus jeunes. C'est le cas pour le suicide, la dépression, l'anorexie et les automutilations qui toucheraient des moins de 10 ans alors qu'avant, ces pathologies étaient rarissimes avant l'adolescence. Quant aux « troubles du comportement », la plupart des acteurs de l'éducation nationale auditionnés font état d'une augmentation du nombre d'élèves concernés.

Malgré quelques fragiles améliorations observées ces dernières années s'agissant des collégiens et des lycéens, les consommations de tabac, d'alcool et de drogues chez les jeunes restent très préoccupantes. A 17 ans, 25 % des adolescents fument quotidiennement du tabac et 8 % consomment de l'alcool plus de 10 fois par mois<sup>15</sup>. 39 % des jeunes de 17 ans déclarent avoir déjà fumé du cannabis

Parallèlement à l'augmentation de ces troubles, la prise en charge en psychiatrie infantilo-juvénile est de plus en plus tardive<sup>16</sup>. Ces délais sont particulièrement lourds de conséquences puisqu'une

---

<sup>13</sup> Un bilan de la littérature sur le sujet a été réalisé dans le rapport ONED-Service du droit des femmes, « Les enfants exposés aux violences au sein du couple, quelles recommandations pour les pouvoirs publics ? », p. 5.

<sup>14</sup> L'étude de référence est une étude suédoise de 2009 : Valdimarsdóttir, Hultman CM, Harlow B, Cnattingius S, Sparén P. « Psychotic illness in first-time mothers with no previous psychiatric hospitalizations: a population-based study ». Cette étude montre que l'incidence des pathologies psychotiques augmente immédiatement dans les suites de la naissance d'un 1er enfant et que la moitié des patientes hospitalisées pour psychose n'avaient aucun antécédent psychiatrique personnel.

<sup>15</sup> OFDT: « Les drogues à 17 ans: analyse de l'enquête ESCAPAD 2017 », *Tendances*, février 2018.

<sup>16</sup> Le rapport IGAS de 2017 met en évidence dans les structures visitées par la mission des délais allant généralement de 3 à 12 mois et parfois supérieurs à un an. Alain Lopez et Gaëlle Turan-Pelletier, « Organisation et fonctionnement du dispositif de soins psychiatriques, 60 ans après la circulaire du 15 mars 1960 » p32.

prise en charge trop tardive peut entraîner des séquelles irréversibles en termes de développement intellectuel et comportemental.

## **1.5 L'impact des écrans sur l'enfant et sur les interactions dans le cadre familial**

La surexposition aux écrans a trois types d'incidence, liées au support, au contenu, aux interactions. Le support majore le risque de dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA) et de perturbation des rythmes de la mélatonine. Plus directement lié à la protection de l'enfance, le risque lié au contenu a trait à l'exposition à des contenus sexuels ou violents ou prônant des comportements malsains comme l'anorexie ou le suicide. Enfin, le virtuel multiplie les possibilités de « mauvaises rencontres » (intimidation, harcèlement, agressions sexuelles, radicalisation).

Enfin, plusieurs personnes auditionnées ont rapporté les effets dévastateurs sur les interactions entre parents et enfants d'une addiction aux écrans de la part du parent<sup>17</sup>.

## **1.6 La prévention spécialisée est confrontée à la montée de la radicalisation**

Plus que le terme « radicalisation », les acteurs rencontrés font davantage état d'un isolement, d'un repli sur soi, d'un communautarisme. L'une des rares études<sup>18</sup> sur la radicalisation en prévention spécialisée montre que la plupart des professionnels ont observé sur leurs territoires des comportements et des pratiques en lien avec un apparent « resserrement » sur le fait religieux – et spécifiquement l'islam. Cependant la complexité et la sensibilité du sujet sont telles que la mission n'a pas pu suffisamment l'expertiser dans le cadre de ce rapport. Il résulte de cette évolution que la prévention spécialisée a de moins en moins prise sur ces publics.

## **1.7 La problématique des populations migrantes, et surtout celle des mineurs non accompagnés, concentre l'attention et les moyens**

La réponse aux besoins des enfants en danger s'inscrit dans le contexte de l'augmentation récente et importante du nombre des enfants étrangers privés de la protection de leur famille, les « mineurs non accompagnés » (MNA) qui relèvent eux aussi de la protection de l'enfance et sont pris en charge par l'ASE. Le nombre de personnes se présentant comme MNA qui, au début des années 2010, ne dépassait pas quelques milliers a fortement cru ensuite et particulièrement depuis 2015-2016, entraînant une augmentation de la charge incombant aux départements. On dénombrait 14 908 personnes (MNA) entre le 1er janvier et le 31 décembre 2017 contre 8054 en 2016, soit 85 % d'augmentation sur la seule dernière année<sup>19</sup>. La répartition des MNA entre les départements, qui dépend du volume et de la structure de la population, fait peser une charge très importante sur certains départements déjà soumis à beaucoup de tension en matière d'ASE.

---

<sup>17</sup> Un sondage illustre ce phénomène : en 2017, 50 % des parents déclarent se laisser distraire par leur portable durant leurs échanges avec leurs enfants et 28 % l'utilisent quand ils jouent avec eux.(sondage auprès de 6117 parents et enfants âgés de 8 à 13 ans, par l'entreprise de logiciel antivirus AVG Technologies, cité par Serge Tisseron <https://sergetisseron.com/blog/enfants-et-ecrans-ne-creons-pas-une-nouvelle-categorie-diagnostique-qui-nous-ferait-oublier-notre-responsabilite>).

<sup>18</sup> « La prévention spécialisée à l'épreuve de la radicalisation et du fait religieux », Rapport d'étude pour le Groupe ADDAP13, Véronique Le Goaziou, mars 2018.

<sup>19</sup> Ministère de la justice, « Rapport annuel d'activité de la mission Mineurs non accompagnés 2017 », mars 2018.

Par ailleurs, la prise en charge des enfants de familles migrantes pose la question de l'adéquation de l'offre à ces familles qui ont souvent vécu un traumatisme et peinent à trouver leurs repères dans un nouveau pays<sup>20</sup>.

Souvent, les contextes fragilisant les familles se cumulent et se renforcent. Du fait de ces liens multiples, il résulte que les acteurs de la prévention sont confrontés à des situations de plus en plus complexes et que la politique de prévention est intimement liée avec plusieurs politiques publiques : éducation, lutte contre la précarité, logement, santé, handicap, politique migratoire. Cependant, les données manquent pour étayer les liens entre contexte et risque de danger pour l'enfant (voir plus loin). Signalons cependant une étude ancienne de l'observatoire national de l'action sociale (ODAS) qui donne une idée de l'importance de chacun des facteurs environnementaux évoqués, au premier rang desquels on retrouve les carences éducatives des parents.

Tableau 1 : L'origine du danger ayant conduit au signalement en 2006 selon l'ODAS

Origine du danger	Proportion d'enfants concernés en %
Carences éducatives des parents	53
Conflits de couple et de séparation	22
Violence conjugales	11
Problèmes psycho pathologiques de parents	11
Dépendance à l'alcool ou à la drogue	11
Maladie, décès d'un des parents	5
Chômage, précarité, difficultés financières	15
Environnement, habitat	7
Errance, marginalité	3
Autres	9

Source : ODAS, *Champ : signalements d'enfants traités par les conseils généraux, i.e. les informations qui leur sont parvenues et qui, suite à une évaluation pluridisciplinaire, ont donné lieu à une décision de mise en place d'une mesure de protection administrative ou de transmission à l'autorité judiciaire. Le total dépasse 100 % car un signalement peut avoir plusieurs raisons.*

<sup>20</sup> « La protection de l'enfance Entre l'offre institutionnelle et la demande des familles en situation migratoire », Charles Di et Marie-Rose Moro, Le journal des psychologues, n°256, avril 2008.

## 2 LA PREVENTION EN PROTECTION DE L'ENFANCE EST UN ENJEU MAJEUR AU REGARD DU COUT HUMAIN, ECONOMIQUE ET FINANCIER CONSIDERABLE DE L'ENFANCE EN DANGER

Si aucun système statistique ne mesure combien d'enfants sont « en danger » ou en « en risque de danger » et si ces situations peuvent relever d'acteurs multiples et être souvent invisibles, notamment quand elles se déroulent dans l'intimité de la vie familiale, des notions proches ou partielles peuvent aider à cerner l'ampleur du phénomène ou, du moins, de certaines de ses composantes. Le nombre d'enfants concernés par l'un ou l'autre type de dangers et l'ampleur des conséquences rendent cruciale la question de la prévention.

### 2.1 Des estimations de l'ampleur de l'enfance en danger

On peut estimer le nombre d'enfants en danger selon trois approches :

- la première s'appuie sur des enquêtes rétrospectives auprès des adultes : il s'agit de cerner la proportion de personnes parmi celles interrogées déclarant avoir subi tel danger ou telle violence, selon les concepts des enquêtes ;
- la deuxième s'appuie sur les sources administratives retraçant les dangers : on estime alors seulement les dangers ayant fait l'objet d'une déclaration à la police ou d'un signalement auprès du département ou du 119 (le numéro Allo enfance en danger) ;
- la troisième approche se fonde sur les réponses apportées par la protection de l'enfance et dénombre le nombre d'enfants bénéficiaires de mesures.
- **Des estimations de la maltraitance, de la négligence et de la violence subies par les enfants à partir des enquêtes**

Les enquêtes en population générale permettent seulement d'estimer un sous-ensemble de l'enfance en danger, circonscrit par les notions de maltraitance, négligence et violence. Et aucune source ne colle à la définition extensive de la protection de l'enfance, liée au bien-être de l'enfant.

L'un des termes usité le plus fréquemment dans la littérature scientifique nationale et internationale pour analyser le phénomène est celui de maltraitance<sup>21</sup> qui selon l'OMS renvoie « aux mauvais traitements physiques et affectifs, aux sévices sexuels, au manque de soins ou à la négligence envers les enfants, ainsi qu'à leur exploitation commerciale ou autre »<sup>22</sup>. Si tous les enfants maltraités ne sont pas pris en charge en protection de l'enfance, et si tous les enfants pris en charge n'ont pas nécessairement été maltraités, le nombre d'enfants maltraités permet de jauger l'ampleur des situations de danger les plus graves. En France, certaines enquêtes en population générale, déclaratives et rétrospectives, permettent aussi d'estimer le nombre d'enfants victimes de violences<sup>23</sup>. Ces enquêtes reposent sur des populations, des dates, des définitions et des formulations différentes, ce qui explique que les résultats sont variables. Les insuffisances de la mémoire et le déni biaisent aussi les résultats.

---

<sup>21</sup> ONPE (sous la coordination d'Anne-Clémence SCHOM). Revue de littérature : « la maltraitance intrafamiliale envers les enfants » [en ligne]. Paris : La Documentation française, août 2016.

<sup>22</sup> Rapport OMS prévention.

<sup>23</sup> Le rapport 2016 de l'ONPE a recensé ces sources et en fait une présentation plus détaillée qu'ici.

- L'enquête Contexte de la sexualité en France de l'institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) et de l'institut national d'études démographiques (INED) a montré que 8,7 % des femmes et 2,8 % des hommes interrogés ont subi un rapport ou une tentative de rapport sexuel forcé avant l'âge de 18 ans<sup>24</sup>.
- Selon l'enquête Événement de vie et santé<sup>25</sup> de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), 15 % des hommes et 8,4 % des femmes déclarent avoir subi des violences physiques de manière durable durant l'enfance et l'adolescence, ce qui correspond à 11,6 % de l'ensemble de la population. Parmi eux, seulement 6,1 % de ces hommes et 12,3 % de ces femmes auraient alors été pris en charge par des services de protection de l'enfance (soit 8,5 % de l'ensemble).
- Si l'on restreint le champ aux violences sexuelles subies de manière répétée durant l'enfance et l'adolescence, cette même enquête évalue à 0,2 % des hommes et 2,5 % des femmes (soit 1,4 % de l'ensemble) les personnes concernées. Parmi celles-ci, seuls 7,8 % de ces hommes et 19,7 % de ces femmes auraient été pris en charge par des services de protection de l'enfance (soit 18,8 % de l'ensemble).
- L'enquête donne aussi une estimation de la proportion des personnes déclarant avoir vécu un grave manque d'affection durant l'enfance et l'adolescence : c'est le cas de 11,6 % des hommes et 16,7 % (soit 14,2 % de l'ensemble). Parmi elles, seulement 12,5 % de ces hommes et 12,7 % de ces femmes auraient été pris en charge par des services de protection de l'enfance (soit 12,6 % de l'ensemble).

Au-delà des violences et maltraitance, la précarité peut constituer un danger pour l'enfant dans la mesure où elle n'est pas sans conséquences sur sa construction affective, psychique, et sur sa santé (cf. plus haut).

- En 2015 selon l'Insee, 2,8 millions d'enfants (19.9 % des moins de 18 ans) vivent dans des ménages dont le niveau de vie est inférieur au seuil de pauvreté<sup>26</sup>.
- Début 2012, en France métropolitaine, 30 000 enfants (accompagnant 82 000 adultes) étaient sans domicile dans les agglomérations de 20 000 habitants ou plus<sup>27</sup>. Ces personnes étaient sans abri ou se trouvaient au moment de l'enquête dans des centres d'hébergement, des chambres d'hôtel ou des logements payés par des associations. L'INSEE recensait, en 2013, 75 500 personnes habitant dans les habitations de fortune (caravanes et mobil-homes immobilisés à des fins d'habitation, baraques de chantier, logements en cours de construction, locaux agricoles aménagés) dont 16 000 enfants<sup>28</sup>.
- En 2013, plus de 3,2 millions d'enfants mineurs vivaient dans des ménages logés en situation de surpeuplement, selon un chiffre du dernier rapport de la Fondation Abbé Pierre que la mission n'a pu expertiser.

### ► Des estimations des dangers repérés administrativement

L'observatoire national de la délinquance et des réponses pénales (ONDR) évalue en 2015 à 26000 les faits de «violences, mauvais traitements et abandons d'enfants»<sup>29</sup>.

---

<sup>24</sup> L'enquête a été conduite en 2005-2006 auprès d'un échantillon de 12 364 personnes âgées de 18 à 69 ans.

<sup>25</sup> L'enquête a été conduite en 2005-2006 par la Drees auprès de 10 000 personnes, âgées de 18 à 75 ans.

<sup>26</sup> Les revenus et le patrimoine des ménages, édition 2018 - Insee Références

<sup>27</sup> Les conditions de logement en France, édition 2017 - Insee Références

<sup>28</sup> Ibidem.

<sup>29</sup> Bulletin sur la délinquance enregistrée pour l'année 2015, Observatoire national de la délinquance et des réponses pénales

Concernant les dépôts de plainte pour violence, les services de police et les unités de gendarmerie ont enregistré en 2015 55 000 victimes de violences physiques mineures et 20 200 mineurs victimes de violences sexuelles. Seule une partie des violences donnant lieu à une plainte auprès des forces de sécurité, ces chiffres constituent une estimation basse du phénomène.

Tableau 2 : Violences physiques et sexuelles enregistrées par les services de police et de gendarmerie en 2015

	Violences physiques		Violences sexuelles		Total général	
	Nombre de victimes	Proportion (%)	Nombre de victimes	Proportion (%)	Nombre de victimes	Proportion (%)
<b>0-9 ans</b>	<b>14 400</b>	<b>14</b>	<b>8 300</b>	<b>31,3</b>	<b>22 700</b>	<b>17,6</b>
<b>Sexe féminin</b>	5 800	40,3	5 800	69,9	11 700	51,5
<b>Sexe masculin</b>	8 600	59,7	2 400	28,9	11 000	48,5
<b>10-17 ans</b>	<b>40 600</b>	<b>39,6</b>	<b>11 900</b>	<b>44,9</b>	<b>52 500</b>	<b>40,7</b>
<b>Sexe féminin</b>	16 600	40,9	10 200	85,7	26 800	51
<b>Sexe masculin</b>	24 000	59,1	1 700	14,3	25 700	49
<b>18-25 ans</b>	<b>47 500</b>	<b>46,3</b>	<b>6 300</b>	<b>23,8</b>	<b>53 800</b>	<b>41,7</b>
<b>Sexe féminin</b>	25 800	54,3	5 800	92,1	31 600	58,7
<b>Sexe masculin</b>	21 700	45,7	500	7,9	22 200	41,3
<b>Total général</b>	<b>102 500</b>	<b>100</b>	<b>26 500</b>	<b>100</b>	<b>129 000</b>	<b>100</b>

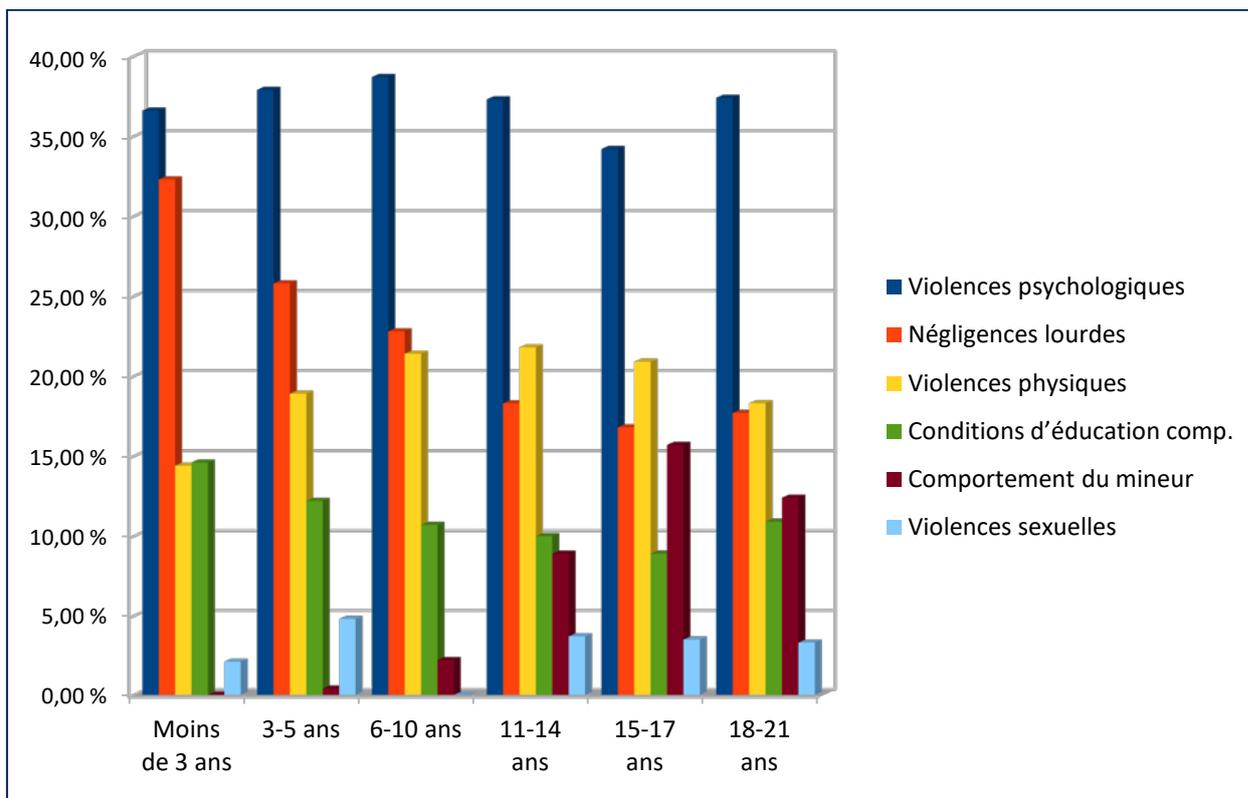
Source : Service statistique ministériel de la sécurité intérieure (SSMSI), base des crimes et délits enregistrés par la police et la gendarmerie in ONPE, Enfants en (risque de) danger, enfants protégés : quelles données chiffrées ? Onzième rapport au Gouvernement et au Parlement, Octobre 2016.

Les chiffres de l'observatoire de l'action sociale décentralisée<sup>30</sup> situaient en 2006 le nombre d'enfants reconnus maltraités par an à 19 000. Ce chiffre reposait sur une analyse de l'ensemble des signalements. Le « signalement » ayant fait place à l'information préoccupante (IP), le système d'observation statistique a lui aussi changé avec la création de l'observatoire nationale de la protection de l'enfance (ONPE), l'ODAS n'a plus en charge l'analyse globale des IP (cf. plus loin) si bien qu'on ne dispose pas de données récentes issues de l'ensemble des informations préoccupantes pour repérer, parmi les causes, celles relevant de la maltraitance et des autres composantes de l'enfance en danger. Cependant, une source partielle permet d'estimer les dangers donnant lieu à une IP. En effet, le 119 (cf. plus loin) fournit une analyse des dangers conduisant à l'information préoccupante. Cette analyse repose sur une nomenclature construite en référence aux

<sup>30</sup> Cette étude estime parmi les signalements aux conseils généraux le nombre de ceux dont la cause est la maltraitance (abus sexuels, violences physiques ou psychologiques ou négligences lourdes).

textes internationaux et à la définition de la maltraitance de l’OMS. Elle distingue quatre types de violence envers les enfants (psychologiques, physiques, sexuelles, négligences lourdes) auxquelles s’ajoutent deux autres catégories renvoyant à des situations d’enfants mis en danger par leurs conditions d’éducation ou par leurs propres actes. Les données les plus récentes montrent que la grande majorité des informations préoccupantes émises ne concernent pas des enfants maltraités (victimes de violences physiques, sexuelles, psychologiques ou de négligences lourdes) mais des enfants en risque de danger : les violences psychologiques prédominent. Contrairement aux chiffres anciens de l’ODAS sur les IP, cette analyse ne porte pas sur tous les enfants qui font l’objet d’une information préoccupante mais uniquement sur les IP ayant pour origine un appel au 119, ce qui représenterait selon le 119 entre 15 et 20 % de l’ensemble.

Tableau 3 : Répartition des formes de dangers par tranche d’âge des enfants



Source : GIPED

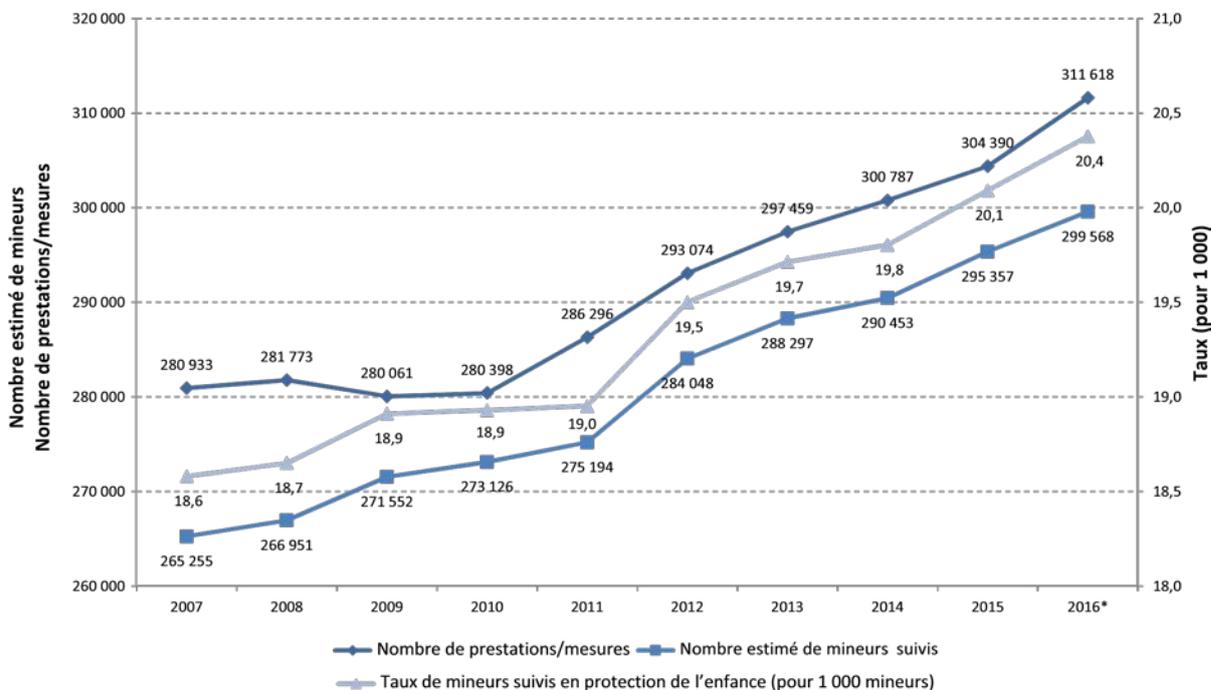
➤ Une estimation du nombre d’enfants confiés à l’ASE : 2 % des moins de 18 ans

L’ONPE réalise une estimation annuelle du nombre de mineurs et de jeunes majeurs faisant l’objet d’une mesure de protection de l’enfance. Cette estimation est réalisée à partir des données de la direction de la recherche, des études, de l’évaluation et des statistiques (DREES) et de la direction de la protection judiciaire de la jeunesse (DPJJ) pour le nombre de mineurs en assistance éducative (Art. 375 du Code civil) issu des tableaux de bord des tribunaux pour enfants. Les dernières données disponibles portent sur l’année 2016. Selon l’ONPE<sup>31</sup>, au 31 décembre 2016, le nombre de mineurs bénéficiant d’au moins une prestation/mesure relevant du dispositif de protection de l’enfance est estimé à 299 568 pour la France entière (hors Mayotte), ce qui représente une

<sup>31</sup> Chiffres clés en protection de l’enfance , ONPE DREES, janvier 2018.

proportion de 2,04 % des moins de 18 ans<sup>32</sup>. Ce premier chiffre a subi une augmentation de 11,5 % entre 2007 et 2016.

Graphique 1 : Évolutions des suivis de mineurs en protection de l'enfance au 31 décembre (de 2007 à 2016)



Source : Drees, DPJJ, INSEE (estimation de population au 1<sup>er</sup> janvier 2016, résultats provisoires arrêtés fin 2016), ministère de la Justice, calculs ONPE

Ces plus de 300 000 jeunes bénéficiaires de mesures correspondent à 334 000 mesures en 2016 et 340 000 mesures en 2017<sup>33</sup>. Ces mesures sont, à quasi-part égale, des actions éducatives ou des placements : fin 2017 on dénombrait 176 000 placements et 164 000 actions éducatives. Au cours du temps, la part relative des placements a diminué, passant de 54 % en 2006 à 52 % en 2017. Parmi les actions éducatives, les AEMO représentent plus deux tiers des mesures contre un tiers pour les AED. Pour les placements hors placements directs, la part des mesures judiciaires est majoritaire (79 % en 2017).

## 2.2 Des conséquences physiques et psychiques à court terme et à long terme

Au-delà du scandale moral que constitue l'enfance maltraitée, négligée ou soumise à des conditions matérielles précaires, il faut en souligner les répercussions à long-terme sur la santé physique et psychique, le développement, le bien-être et l'insertion sociale et professionnelle.

Il est maintenant établi par un certain nombre de travaux sur le développement du cerveau des enfants en bas âge que ce développement peut être physiologiquement altéré par un stress prolongé, grave ou imprévisible – dont la maltraitance – au cours des premières années de l'enfance. Ce genre d'altération dans le développement cérébral peut à son tour avoir des effets

<sup>32</sup> [https://www.onpe.gouv.fr/system/files/publication/20160927\\_note\\_estimation2014\\_ok.pdf](https://www.onpe.gouv.fr/system/files/publication/20160927_note_estimation2014_ok.pdf).

négatifs sur le développement physique, cognitif, affectif et social des enfants, sur l'expression de l'intelligence, des émotions et de la personnalité<sup>34</sup>.

La maltraitance des enfants a de grandes répercussions sur la santé physique et mentale : ont été mis en évidence par la recherche des liens entre l'exposition aux mauvais traitements et à d'autres formes de violence au cours de l'enfance et un surrisque dans les maladies cardiaques, les cancers, le tabagisme et l'obésité<sup>35</sup>. Des études ont également établi un lien entre maltraitance et comportements à risque dont la victimisation violente et la perpétration d'actes de violence, les comportements sexuels à risque, l'alcoolisme et la toxicomanie.

Dans les cas extrêmes, la maltraitance aboutit à la mort. En 2016, selon l'ONPE, 131 mineurs victimes d'infanticide ont été enregistrés par les forces de sécurité. Parmi ces mineurs, 67 sont décédés dans le cadre intrafamilial, c'est-à-dire que l'auteur des faits est un parent (père, mère, beau-parent ou grand-parent)<sup>36</sup>.

Enfin, les développements récents de l'épigénétique ont mis en évidence la transmission intergénérationnelle des conséquences des maltraitements subies dans l'enfance. Cette idée fait écho aux observations de certaines personnes auditionnées dans la mission selon lesquelles il y aurait une « reproduction et même une aggravation des situations au fil des générations ».

### 2.3 Les parcours de vie heurtés des enfants confiés à l'ASE

Peu de recherches françaises existent sur les parcours et les conséquences de la maltraitance et du placement sur la vie du futur adulte. La difficulté à recueillir des données de longue période sur les parcours explique ce relatif désintérêt de la recherche en sciences sociales. Les quelques études existantes reposent sur des monographies d'un échantillon plus ou moins large. Elles mettent en évidence que la maltraitance a des conséquences à long-terme sur l'adaptation sociale et la santé.

Ainsi, une étude sur le devenir de 129 enfants placés dans le Maine-et-Loire montre qu'un quart d'entre eux conservent à l'âge adulte un handicap psychique et une adaptation sociale difficile et sont dépendants des prestations familiales<sup>37</sup>.

Une forte sur-représentation des enfants placés parmi les SDF a également été mise en évidence : selon l'enquête de l'Insee sur les SDF de 2012<sup>38</sup>, près d'un quart des personnes sans domicile fixe

---

<sup>34</sup> L'observatoire canadien sur la maltraitance envers les enfants a fait un recensement des études démontrant le lien entre les expériences négatives vécues dans l'enfance dont la maltraitance et des répercussions sur la santé physique et mentale. <http://observatoiremaltraitance.ca/Pages/Effets.aspx>.

<sup>35</sup> Par exemple, l'étude qui fait référence sur le sujet et est citée dans les principales revues de littérature sur la question dont le rapport OMS 2006 est : Felitti VJ et al. relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: the adverse Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: the Adverse Childhood Experiences (ACE) study. *American Journal of Preventive Medicine*, 1998, 14:245-258.

<sup>36</sup> Source : ONPE, DREES « Chiffres clés en protection de l'enfance » janvier 2018. Les auteurs de la note soulignent que ces chiffres sont à interpréter avec précautions et ne révèlent qu'une partie du phénomène, celle portée à la connaissance des services de sécurité. Ils notent que selon certains chercheurs, tel Anne Tursz, le nombre de décès d'enfants dans le cadre intrafamilial serait fortement sous-estimé. L'ONPE a débuté des travaux afin d'affiner cette estimation en complétant la source judiciaire par d'autres données.

<sup>37</sup> « Devenir à long terme des très jeunes enfants placés à l'aide sociale à l'enfance ». in RFAS 2016/1 Daniel Rousseau, Élise Riquin, Mireille Rozé, Philippe Duverger, Patrick Saulnier. Conduite entre 2011 et 2014 par l'équipe de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent du centre hospitalier universitaire (CHU) d'Angers, l'étude qui est une enquête longitudinale porte sur une population de très jeunes enfants suivis par les services sociaux et dont certains ont été placés. Elle décrit le devenir sur 20 ans de 129 enfants ayant bénéficié, avant l'âge de 4 ans, d'un placement dans un établissement de l'Aide sociale à l'enfance (ASE) du département de Maine-et-Loire. L'équipe a reconstitué les biographies exhaustives de ces enfants depuis leur naissance jusqu'à leur majorité.

(23 %) étaient d'anciens enfants placés alors que la proportion d'enfants placés dans la population n'est que de 2 à 3 %. Parmi les SDF les plus jeunes (18-24 ans), la proportion d'enfants placés atteint un tiers (35 %). Attention cependant à l'interprétation de ces chiffres, car la donnée inverse (quelle proportion d'enfants placés devient SDF) n'est pas connue. De plus, on ne sait pas si cette corrélation est un effet du placement (dû à une préparation insuffisante ou inadéquate à la sortie du placement pour les plus jeunes, ou à l'affaiblissement des liens avec la famille que le placement peut entraîner même lorsque la famille n'était pas maltraitante) ou bien un effet des difficultés vécues avant le placement et qui ont pu le motiver.

Au-delà des parcours de long-terme des enfants passés par l'ASE, les interlocuteurs rencontrés par la mission ont souligné de façon unanime la difficile sortie des dispositifs de protection de l'enfance pour les jeunes majeurs et le caractère crucial de la transition ASE/dispositifs de droit commun. L'accès à la formation, à l'emploi, au logement, et de façon plus globale à l'autonomie des jeunes issus de l'ASE serait complexe. Une étude de l'INED<sup>39</sup> souligne qu'à l'approche de la majorité un tiers des enfants de 17 ans à l'ASE ne savent pas où ils seront dans trois mois. Notons toutefois que cette même étude montre que les trois quarts des jeunes de 17 à 21 ans placés considèrent l'ASE comme une chance.

---

<sup>38</sup> Isabelle Frechon et Maryse Marpsat « Placement dans l'enfance et précarité de la situation de logement » in *Économie et Statistiques* N° 488-489, 2016.

<sup>39</sup> Isabelle Frechon, Lucy Marquet Document de travail « Comment les jeunes placés à l'âge de 17 ans préparent-ils leur avenir ? » INED n°227 2016.



## ANNEXE 3 :

# GLOSSAIRE ET CADRE NORMATIF DE LA PREVENTION EN PROTECTION DE L'ENFANCE

La première recommandation de ce rapport portant sur la nécessité pour les acteurs du champ de l'enfance de se doter d'un cadre conceptuel en matière de prévention, la présente annexe a pour objet :

- de rappeler les concepts et le vocabulaire général de la prévention (1) ;
- de préciser le cadre normatif et doctrinal dans lequel la prévention s'insère en protection de l'enfance, comparé à d'autres domaines faisant l'objet de politiques publiques en matière de risques (2 et 3).

Elle vise à verser des éléments au débat que les acteurs devraient conduire en vue de l'adoption d'un cadre partagé, ainsi qu'à expliciter les fondements théoriques des orientations retenues par la mission pour toute la suite de son rapport. Elle développe et complète à ce titre de manière détaillée les éléments énoncés au § 1-5 du rapport.

## 1 GLOSSAIRE DE LA PREVENTION : DEFINITIONS ET NOTIONS ELEMENTAIRES

Par nature, une mesure de prévention vise à écarter un risque dont il n'est jamais certain qu'il se serait réalisé en son absence et dont il est par ailleurs malaisé de déterminer la part attribuable à la diminution du risque lorsque celle-ci est constatée.

En termes d'efficacité, une des difficultés majeures de la prévention est de faire la démonstration de son impact, *a fortiori* lorsqu'elle est précoce et que le risque est susceptible de se réaliser tardivement (pathologies différées, désinsertion sociale, etc.).

En termes d'efficience, la prévention est perçue dans le meilleur des cas comme un investissement. Dans une approche moins ambitieuse, elle constitue un coût. Mais dans les deux cas un retour sur investissement ou une réduction des dépenses engagées est escompté. Ce qui pose la question des critères et indicateurs à l'aune desquels l'action de prévention sera considérée avoir porté ses fruits. Répondre à cette question suppose de partager les concepts et le vocabulaire général de la prévention puis d'adopter un cadre de référence permettant de construire une politique publique évaluable.

## 1.1 Prévenir et prévention

Le verbe *prévenir* a aujourd'hui deux usages : empêcher quelque chose de fâcheux de se produire (prévenir une maladie) et informer (avertir)<sup>40</sup>.

Le mot *prévention*, dans son acception principale, désigne l'ensemble des mesures prises contre des *risques*<sup>41</sup>. Faire de la prévention consiste à agir sur *les facteurs de risque*.

Parler de prévention conduit donc nécessairement à parler de *risque* mais aussi de *danger*. Ces termes, régulièrement confondus, doivent eux aussi être précisés car ces confusions nuisent à la pertinence et à l'adéquation des mesures de prévention envisageables.

### ➤ Danger et risque

- Le *danger* peut recevoir des acceptions différentes selon le domaine auquel il s'applique (médecine, environnement, risques professionnels, finance, défense...) mais il possède quelques caractéristiques récurrentes, applicables à chacun d'eux. Il peut être défini comme « *toute source potentielle de dommage, de préjudice ou d'effet nocif à l'égard d'une chose ou d'une personne* ». Il s'ensuit que :
  - **Le danger est objectivable** ; une chose ou une situation constitue ou non un danger dès lors qu'elle peut causer un dommage. Un plancher glissant est un danger, un volcan en éruption aussi, de même qu'une vague de quatre mètres de hauteur, etc. On verra plus loin qu'ils ne constituent pas pour autant nécessairement un risque.
  - **Le danger est un potentiel certain mais non concrétisé** ; il est la propriété intrinsèque d'un événement, d'une situation, d'un phénomène, à provoquer un dommage. On parle de potentiel de nuisance.
  - **Le danger est associé à l'idée de dommage** ; il produit des effets indésirables : noyade, pollution, intoxication, mort, destruction de biens, etc. La source du danger (électricité) est souvent confondue avec ses effets nocifs (électrocution).
- **Le risque est la conséquence de l'exposition au danger**. Le risque pour l'Homme résulte donc de sa *rencontre* avec un danger. Le danger peut être important mais le risque nul aussi longtemps que *l'exposition* de l'homme est évitée. Pour reprendre les exemples ci-dessus, un plancher rendu glissant ne constitue pas un risque s'il n'est pas possible de marcher dessus ; l'éruption volcanique n'est pas un risque si l'individu ne gravit pas le flanc du volcan ; une vague de quatre mètres ne constitue pas non plus un risque dès lors que le spectateur se tient à distance d'elle, derrière une barrière robuste ou ne s'aventure pas dans l'eau avec une planche de surf...

Cette définition du risque permet d'entrevoir en quoi peut consister une *action de prévention*, à savoir ne pas s'exposer ou exposer autrui au danger. Cette affirmation en apparence évidente permet de lever une confusion fréquente : si le danger est souvent une réalité objective inévitable et sur laquelle l'Homme n'a pas prise (l'orage, la foudre...), celui-ci peut en revanche faire en sorte de ne pas y être exposé (risque évité ou éliminé) ou de se protéger en prenant des précautions (paratonnerre...) pour en limiter les effets lorsqu'il se réalise (risque réduit). Il est donc

<sup>40</sup> Dictionnaire historique de la langue française (sous la direction d'Alain Rey Le Robert)

<sup>41</sup> Toutefois, nombre des actions de prévention en faveur de l'enfance, en particulier celles conduites par les services de PMI en période périnatale, relèvent, comme on le verra d'une information/sensibilisation dans la quelle prévenir revient à avertir (ex : information précoce sur le syndrome du bébé secoué)

communément admis et généralement vérifié que pour qu'il y ait risque, il faut au préalable qu'il y ait danger<sup>42</sup>.

Le risque induit par ailleurs une certaine incertitude. Il est plus ou moins probable et plus ou moins élevé. Il est donc le résultat d'une *évaluation*<sup>43</sup>. Le résultat de cette évaluation conduit généralement à une *hiérarchisation* des risques qui va elle-même permettre et conditionner la nature, la gradation et la priorisation des mesures de prévention. Les méthodes d'évaluation du risque varient et peuvent être plus ou moins complexes mais la définition la plus commune fait du risque la *combinaison de la probabilité et de la conséquence de la survenue d'un évènement dangereux*, souvent résumée par la formule **Risque = fréquence X gravité**<sup>44</sup>.

En d'autres termes, plus l'occurrence d'un risque (la probabilité<sup>45</sup> qu'il se réalise) et sa gravité (les dommages qu'il cause) sont élevés, plus le risque est grand. A l'inverse, si la probabilité qu'il se réalise et ses conséquences sont peu élevées (importantes ?), le risque peut être qualifié de faible, voire négligeable. Des variations entre ces deux extrêmes existent bien entendu : un risque peut être rare mais avoir des conséquences graves (accident nucléaire) ; un risque peut à l'inverse être fréquent mais de faible gravité. Ce sont la connaissance et l'évaluation des risques d'une activité considérée qui permettent au décideur, à titre individuel ou dans le cadre d'une politique publique, de hiérarchiser les risques et de prioriser les actions de prévention dans une logique de *gestion des risques*.

## 1.2 Prévention et protection

Si le risque est le produit de la fréquence et de la gravité, les actions de prévention vont consister à agir sur l'un/et ou l'autre des deux facteurs du produit. Chaque facteur renvoie à un registre d'action différent :

- Agir sur la gravité revient à agir sur les conséquences. On admet que le risque va se réaliser (survenue d'un évènement indésirable) et l'on prend des mesures qui vont en limiter les effets lorsque ce sera le cas. Ce sont donc plutôt des mesures de *protection* (porter un harnais de sécurité ne permet pas d'éviter la chute mais en limite les conséquences).

---

<sup>42</sup> [1]On doit toutefois nuancer cette affirmation en rappelant que la situation à risque peut ne pas résulter de l'exposition directe à une source de danger. Le risque psychosocial (RPS) par exemple est plurifactoriel. Si le changement consécutif à une restructuration dans une organisation peut être facteur de RPS, on ne peut en déduire que tout changement est intrinsèquement dangereux ! Ce sont sa finalité, son sens et surtout sa conduite qui peuvent, selon les circonstances, créer une situation dangereuse. Un facteur déclenchant conduit en général à transformer la situation dangereuse en évènement indésirable (incident/accident).

<sup>43</sup> On parle alors d'évaluation du risque plutôt que de mesure car il est admis que l'évaluation des risques est un processus subjectif dont le résultat ne saurait être le produit d'une mesure experte. « *Le risque n'existe pas dans la nature indépendamment de nos esprits et de notre culture. L'homme a inventé le concept de risque pour l'aider à comprendre et à faire face aux dangers et aux incertitudes de la vie. Si ces dangers sont bien réels, il n'y a ni risque réel ni risque objectif* » (Daniel Kahneman citant Paul Slovic : la perception du risque) .

<sup>44</sup> [1]La norme ISO 31000 sur le management du risque définit pour sa part le risque comme « l'effet de l'incertitude sur l'atteinte des objectifs » ; la norme précise qu'il est souvent caractérisé en référence à des évènements et des conséquences potentiels ou à une combinaison des deux.

<sup>45</sup> La fréquence s'apprécie d'une part avec la fréquence d'exposition au danger (utilisation d'un couteau toute la journée, une heure par jour, une fois par jour, une fois par an, etc.) et la fréquence et le nombre de facteurs déclenchants (nombre quotidien, mensuel, annuel de coupures).

- Agir sur la fréquence revient à agir sur l'occurrence. On prend des mesures visant à réduire la probabilité que l'évènement redouté se produise. Dans le meilleur des cas le risque est totalement éliminé. A défaut, sa fréquence est réduite au niveau le plus bas possible. Ce sont des mesures de *prévention* (réaliser une charpente au sol puis la monter à l'aide d'une grue permet d'éviter les chutes et rend inutile le recours au harnais).

Comme on le verra, lorsque l'on se réfère à la classification OMS des actions de prévention, les mesures dites de prévention primaire agissent en général sur l'occurrence (évitement du risque) tandis que les mesures dites de prévention secondaire et tertiaire sont plus de l'ordre de la protection (limitation du risque).

La politique de prévention qui découle de l'analyse préalable des risques reflète la plus ou moins grande capacité d'une organisation à agir sur les déterminants du risque (facteurs de risque). Les leviers de prévention mobilisés déterminent son niveau de *maîtrise des risques*.

### 1.3 Approche par les risques et gestion des risques

L'*approche par les risques*, ou fondée sur la notion de risque, caractérise selon l'OMS « *quelque chose pour tous mais davantage pour ceux qui ont des besoins particuliers, proportionnellement à ces besoins* <sup>46</sup> ». Cette approche implique une identification des dangers puis une analyse des risques découlant de l'exposition à ces dangers (Cf. supra). L'approche par les risques signifie que personne n'est écarté de l'analyse *a priori* mais que les actions qui seront prises se concentreront prioritairement sur les populations les plus exposées aux risques les plus importants.

L'approche par les risques conduit naturellement à la *gestion des risques* laquelle n'est jamais totalement déconnectée de la gestion des ressources. C'est parce qu'un programme de prévention est nécessairement encadré par un budget, et que celui-ci est limité, qu'une gestion dite efficace et efficiente des ressources, elles aussi limitées et parfois rares, s'impose. L'OMS indique ainsi que la gestion des ressources a pour objet « *de garantir l'usage le plus rationnel possible des personnels, des connaissances, des installations et des fonds disponibles pour atteindre les objectifs fixés en tirant un effet optimal d'un investissement minimum* <sup>47</sup> ».

La gestion des risques induit une hiérarchisation et donc une priorisation des risques. Elle conduit au choix de cibles en termes de prévention, de soins, de territoires ou de populations.

### 1.4 Santé et santé globale

Le texte constitutif de l'OMS, signé le 22 juillet 1946, définit la santé comme « *un état de complet bien-être physique, mental et social, qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* ».

La santé n'est pas selon l'OMS la finalité mais le moyen d'atteindre un objectif au service d'une finalité supérieure : le bonheur des personnes. La première phrase de la constitution de l'OMS vise en effet *le bonheur des peuples, leurs relations harmonieuses et leur sécurité*. Par ailleurs, la santé n'est pas définie en creux (une absence de maladie ou d'infirmité) mais englobe les ressources individuelles et sociales de la personne. Le bien-être ou le bonheur, selon l'OMS, ne saurait donc

---

<sup>46</sup> Glossaire de la série "Santé pour tous" volumes 1 à 8, OMS, 1984.

<sup>47</sup> Ibid.

être atteint ou espéré sans la prise en compte de tous ses déterminants : la subjectivité de la personne et sa situation sociale, intrinsèquement liées, en font intégralement partie.

Enfin, la santé n'est pas non plus un état stationnaire. Elle implique une dynamique constante de régulation afin de maintenir un équilibre idéal mais fragile, sans cesse remis en jeu au quotidien, entre les déterminants physiques, psychiques et sociaux.

S'agissant des enfants, le texte constitutif de l'OMS précise que : « *Le développement sain de l'enfant est d'une importance fondamentale ; l'aptitude à vivre en harmonie avec un milieu en pleine transformation est essentielle à ce développement* ». Le développement de l'enfant dépend donc de sa santé individuelle mais celle-ci n'est pas dissociable de l'environnement dans lequel il évolue. Cet environnement, en premier lieu familial, mais aussi sociétal, doit être propice.

Dans ses principes introductifs, la constitution de l'OMS conclut en affirmant que les gouvernements ont la responsabilité de la santé de leurs peuples et « *qu'ils ne peuvent y faire face qu'en prenant des mesures sanitaires et sociales appropriées* ».

Le terme prévention n'apparaît pas dans ce texte fondateur mais il semble évident qu'au regard des ambitions de la définition de la santé retenue, les mesures sanitaires et sociales précitées doivent porter sur les déterminants positifs de la santé et non pas se limiter à une démarche curative.

C'est dans le glossaire de la série "Santé pour tous" de l'OMS<sup>48</sup> qu'apparaissent véritablement en 1984 les définitions de préventions primaire<sup>49</sup>, secondaire et tertiaire. Mais le glossaire rappelle en premier lieu ce qui distingue la *promotion de la santé*, la *prévention des maladies* et la *protection sanitaire*.

## 1.5 Promotion de la santé, prévention des maladies et protection sanitaire

Ces trois locutions, qui peuvent se chevaucher jusqu'à un certain point, induisent une graduation que l'on retrouvera également pour les préventions primaire, secondaire et tertiaire.

### ► Promotion de la santé

Pour l'OMS, la promotion de la santé désigne « *les actions visant à privilégier les modes de vie et les autres facteurs, économiques, environnementaux et personnels qui contribuent à la santé. Elle consiste à faire mieux prendre conscience des questions de santé et à permettre de faire face aux problèmes de santé en améliorant les connaissances des gens et en leur communiquant des informations valables, à favoriser un régime alimentaire et un exercice physique appropriés ainsi qu'un sommeil suffisant, à donner à chacun une instruction et un emploi conformes à ses capacités physiques et mentales, à mettre à la disposition de tous un logement convenable (...) à améliorer l'environnement physique, économique, culturel, psychologique et social, à fournir un soutien social (...)*<sup>50</sup>».

La promotion de la santé revêt donc une dimension globale et universelle. Elle se situe dans une perspective offensive (on pourrait aussi dire proactive ou développementale), très en amont de toute difficulté identifiée et outrepassant les limites du champ sanitaire. Elle se propose d'agir sur les déterminants plutôt que sur les symptômes. En grande partie démedicalisée, elle ne réfère ni

---

<sup>48</sup> Glossaire de la série "Santé pour tous" volumes 1 à 8, OMS, 1984, 40 pages

<sup>49</sup> A ne pas confondre avec « les soins de santé primaires », définis comme les soins de santé essentiels, les soins de santé secondaires (souvent dispensés en établissement hospitalier) et les soins de santé tertiaires (soins les plus spécialisés).

<sup>50</sup> Glossaire OMS de la série « Santé pour tous » Volumes 1 à 8

aux risques ni aux dangers, mais aux *facteurs de ressources ou de protection* propices à la santé au sens large.

La charte d'Ottawa de l'OMS (novembre 1986<sup>51</sup>) précise ainsi que « *La promotion de la santé a pour but de donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer. Pour parvenir à un état de complet bien-être physique, mental et social, l'individu, ou le groupe, doit pouvoir identifier et réaliser ses ambitions, satisfaire ses besoins et évoluer avec son milieu ou s'y adapter. La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie ; c'est un concept positif mettant l'accent sur les ressources sociales et personnelles, et sur les capacités physiques. La promotion de la santé ne relève donc pas seulement du secteur de la santé : elle ne se borne pas seulement à préconiser l'adoption de modes de vie qui favorisent la bonne santé ; son ambition est le bien-être complet de l'individu* ».

Enfin, dans le glossaire sur la promotion de la santé de 1999, l'OMS indique qu'on « *établit une distinction entre la santé publique et une nouvelle santé publique, afin de mettre l'accent sur des démarches nettement différentes à l'égard de la description et de l'analyse des déterminants de la santé, et des méthodes utilisées pour résoudre les problèmes de santé publique. Cette nouvelle santé publique se caractérise par le fait qu'elle repose sur une compréhension globale des façons dont les modes de vie et les conditions de vie déterminent l'état de santé, et sur une prise de conscience de la nécessité de **dégager des ressources et de faire de bons investissements dans des politiques, des programmes et des services qui créent, maintiennent et protègent la santé en favorisant des modes de vie sains et en créant des environnements favorables à la santé.** Il se peut qu'à l'avenir cette distinction entre une santé publique ancienne et nouvelle ne soit plus nécessaire, si la notion générale de santé publique se développe et s'élargit* »<sup>52</sup>.

En résumé, une politique de promotion de la santé comporte deux grands types d'actions :

- des actions de portée sociale et politique visant à changer, dans un sens favorable à leur santé, le contexte dans lequel les personnes évoluent : approche organisationnelle, dans laquelle la société est comptable de la santé de ses membres ;
- des actions visant à renforcer la capacité de chacun d'agir dans un sens favorable à sa santé : approche comportementale dans laquelle l'individu est acteur et responsable de sa santé.

### ➤ **Protection sanitaire**

A l'inverse d'une approche promotionnelle de la santé, la protection sanitaire « *suppose une défense contre les dangers qui peuvent menacer la santé, par exemple le port de vêtements conçus pour le mauvais temps ou des mesures destinées à prémunir les ouvriers contre les risques professionnels* ». L'idée de protection, comme on l'a vu plus haut, induit la reconnaissance d'un danger et l'impossibilité de l'éviter (un risque). Elle appelle des mesures de nature à réduire les effets et se situe donc dans une logique défensive.

### ➤ **Prévention de la maladie**

La prévention de la maladie « *désigne les mesures qui visent non seulement à empêcher l'apparition de la maladie comme les vaccinations (...) mais aussi à en arrêter les progrès et à en réduire les conséquences* ». Alors que la promotion de la santé s'inscrit dans une démarche positive et ne se réfère pas du tout à la maladie et tandis que la protection sanitaire s'inscrit dans une démarche

---

<sup>51</sup> Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé, OMS, Genève, 1986

<sup>52</sup> Glossaire promotion de la santé OMS 1999

défensive, la prévention se situe entre les deux. Ses frontières sont poreuses car son spectre est large en allant de l'élimination de la maladie à la réduction de ses effets. Ce qui laisse la place en son sein à une nouvelle graduation entre les préventions primaire, secondaire et tertiaire.

## 1.6 Préventions primaire, secondaire et tertiaire

### ➤ Prévention primaire

Selon le glossaire précité de l'OMS, « *la prévention primaire vise à empêcher l'apparition d'une maladie ou de problèmes de santé, comme l'insuffisance pondérale à la naissance, par des mesures telles que l'éducation sanitaire, les vaccinations, l'amélioration de la nutrition, l'amélioration de l'environnement et des soins appropriés aux femmes enceintes* ». Cette définition, à l'échelle mondiale, renvoie à des situations très variées et semble couvrir des exigences de base (besoins fondamentaux). Elle se fait plus exigeante dans les pays développés où l'idée majeure est d'agir sur les déterminants, quels qu'ils soient, permettant d'éviter l'apparition de maladies. Ce faisant, la notion rejoint en partie celle de promotion de la santé mais il serait plus exact de dire que la prévention primaire est ce qui caractérise et permet le plus sûrement une politique de promotion de la santé.

Dans une logique de santé publique, la prévention primaire s'adresse en quelque sorte aux « bien portants » ou plus exactement « à tous » sans distinction de leur état initial, dans une logique universaliste. L'illustration historique la plus souvent utilisée est celle des travaux d'assainissement qui ont permis d'éradiquer au 19<sup>ème</sup> siècle en Europe les grandes épidémies (choléra,...) en agissant sur leurs causes, en l'occurrence l'approvisionnement et le traitement de l'eau ainsi que l'évacuation des déchets. Ces politiques d'assainissement s'attaquent, dans une logique d'hygiène publique collective, à la source des pathologies plutôt qu'à leurs symptômes.

Dans son rapport de 2008 sur « *les disparités territoriales des politiques de prévention sanitaire* », le député André Flajolet résume la prévention primaire à partir de la définition de l'OMS dans un paragraphe qu'il intitule : « *Avant l'apparition de la maladie : la prévention primaire* ». Il définit celle-ci comme étant « ***l'ensemble des actes visant à diminuer l'incidence d'une maladie dans une population et donc à réduire, autant que faire se peut, les risques d'apparition de nouveaux cas*** ». L'usage du terme *incidence* n'est pas neutre. Il indique que la prévention primaire agit directement sur l'occurrence, c'est-à-dire sur la probabilité de survenue de la pathologie.

Agir en prévention primaire signifie donc agir les causes profondes, sur les déterminants. Dans l'idéal, la prévention primaire ne s'intéresse pas tant aux facteurs de risque qu'aux facteurs de santé et rend la prévention secondaire et tertiaire sans objet.

### ➤ Prévention secondaire

Le glossaire de l'OMS considère que la prévention secondaire « *cherche à stopper ou à retarder l'évolution d'une maladie par le dépistage précoce et un traitement approprié, ou à réduire le risque de rechute et de chronicité, par exemple par des mesures de réadaptation, une chirurgie corrective et la fourniture de prothèses* ».

André Flajolet intitule pour sa part le paragraphe de son rapport consacré à la prévention secondaire : « *Au tout début de la maladie : la prévention secondaire* ». Il considère que « *le but de la prévention secondaire est de diminuer la prévalence d'une maladie dans une population. Ainsi, ce stade de la prévention recouvre les actes destinés à agir au tout début de l'apparition du trouble ou de la pathologie afin de s'opposer à son évolution, ou encore pour faire disparaître les facteurs de risque. Dans cette optique, le dépistage – dans la mesure où il permet de détecter*

***une atteinte ou la présence de facteur de risque – trouve toute sa place au cœur de la prévention secondaire. A côté du dépistage, le diagnostic et le traitement prodigué en vue d'éviter la progression de la maladie sont des composants tout aussi essentiels de la prévention secondaire ».***

La prévention secondaire apparaît donc plus tardivement dans le parcours séquentiel de la prévention et se situe plus dans une perspective de soin préventif. Il n'est pas trop tard mais le risque est avéré (révélé par un dépistage) voire s'est réalisé. Les mots clé sont « *diagnostic, traitement, protection, limitation* ». Il ne s'agit plus tant de prévenir que de circonscrire et d'enrayer.

### ► **Prévention tertiaire**

La prévention tertiaire n'est pas définie dans le glossaire OMS de 1984. On en trouve trace en revanche dans le glossaire « Promotion de la santé » de 1999 mais de manière allusive et sans distinction de la prévention secondaire. Elle est en revanche définie plus précisément dans le rapport OMS sur la santé dans le monde de 2001 consacré à la santé mentale<sup>53</sup>. Le rapport considère ainsi que l'on « *peut classer en trois grandes catégories les interventions de prise en charge des troubles mentaux et du comportement, selon qu'il s'agit de prévention, de traitement ou de réadaptation. Ces trois catégories correspondent approximativement aux notions de prévention primaire, secondaire et tertiaire* ». La réadaptation/prévention tertiaire est alors définie comme « *l'ensemble de mesures visant à permettre aux personnes handicapées de recouvrer leurs fonctions initiales ou d'utiliser au maximum les capacités qui leur restent ; la réadaptation comprend à la fois des interventions individuelles et des actions sur l'environnement* ».

André Flajolet intitule le paragraphe de son rapport consacré à la prévention tertiaire : « *Une fois la maladie installée : la prévention tertiaire* ». Il la définit comme le fait « *de réduire les complications, invalidités ou rechutes consécutives à la maladie. En d'autres termes, il s'agit d'amoindrir les effets et séquelles d'une pathologie ou de son traitement. Par ailleurs, la prévention tertiaire vise la réadaptation du malade, sous la triple dimension du médical, du social et du psychologique* ».

D'une certaine manière, la locution « *prévention tertiaire* » est un abus de langage car il n'est plus question de prévention mais de soin curatif, de traitement et d'accompagnement vers la guérison ou la consolidation. En résumé, la prévention tertiaire agit sur les conséquences de dommages qui se sont produits et dont elle cherche à diminuer ou compenser les effets.

## 1.7 Prévention universelle et prévention ciblée

R.S. Gordon, en 1982, a proposé une autre classification en trois parties de la prévention. Elle n'opère pas de distinction en fonction du stade de la maladie mais s'appuie sur la population à laquelle elle s'adresse. Sont ainsi distinguées : la prévention universelle, la prévention sélective et la prévention ciblée. En étant dissociée de la notion de soins, cette classification présente l'intérêt de se centrer exclusivement sur des actions de nature préventive (éducation, etc.). Elle semble en revanche, par construction, focalisée sur le comportement des personnes qu'elle cible et accorder une moindre place aux déterminants sociaux.

- **La prévention universelle** s'adresse à l'ensemble de la population, quel que soit son état de santé. Le champ dit de « l'éducation pour la santé », qui insiste notamment sur les grandes règles d'hygiène, en fait partie.

---

<sup>53</sup> « La santé mentale, nouvelle conception, nouveaux espoirs » 2001

- **La prévention sélective** s'exerce en direction de sous-groupes de populations spécifiques, présentant des facteurs de risque : automobilistes, travailleurs du bâtiment, jeunes femmes, hommes de plus de 50 ans, population défavorisée, etc. Des campagnes de prévention routière, la promotion de l'activité physique ou la contraception en sont des exemples.
- **La prévention ciblée** vise non seulement des sous-groupes de la population mais aussi des facteurs de risque particuliers associés à cette population (cancer du sein chez les femmes, cinquantenaires hypercholestérolémiques, etc.)

### ➤ **Education pour la santé et éducation thérapeutique**

L'institut national pour la prévention et l'éducation en santé (INPES), devenu Santé Publique France, dans son guide de 2009 précité, ne se satisfait ni de la classification de l'OMS, ni de la classification de Gordon. Il considère que ces dernières présentent le défaut d'être exclusivement prescrites et de négliger le rôle fondamental de la participation active de la personne dans l'efficacité des soins. Ceci le conduit à proposer une autre classification de la prévention inspirée de travaux du professeur San Marco, dérivée de la précédente mais centrée sur la participation du sujet ou de la population cible :

- L'éducation pour la santé, adressée à tous, est « nécessaire pour que la population puisse s'impliquer activement dans la mise en œuvre des actions de prévention et se les approprier ».
- La prévention des maladies, adressée à des sous-groupes en fonction de leurs risques spécifiques, qu'existent ou non des facteurs de risque, « repose à la fois sur des mesures extérieures et sur l'apprentissage de chacun à la gestion de ses propres risques ».
- L'éducation thérapeutique s'adresse aux malades pour leur apprendre à gérer leur affection et son traitement.

Selon l'INPES, cette classification globalisante présenterait l'avantage de rassembler enfin dans un champ unique toute la population, sans considération de son état de santé, de réunir en outre le soin et la prévention (éducation thérapeutique), de souligner la part importante de chacun dans la gestion de sa santé sans réduire l'importance des mesures extérieures prescrites. Et l'INPES de conclure qu'elle ouvrirait de larges perspectives de bénéfices sanitaires mais aussi économiques.

## **2 LE CADRE NORMATIF ET DOCTRINAL DE LA PREVENTION DANS D'AUTRES CHAMPS QUE CELUI DE L'ENFANCE**

Le cadre normatif et doctrinal de la prévention en protection de l'enfance souffre d'imprécisions qui contribuent à l'absence de théorie générale à laquelle adosser les politiques publiques locales dans ce champ. Tel n'est pas le cas d'autres champs directement concernés par la gestion de risques et dotés à ce titre d'un corpus juridique et/ou théorique robuste en matière de prévention.

### **2.1 Santé publique : le code de la santé intègre explicitement la prévention dans la politique de santé publique**

Une définition de la prévention est apparue tardivement pour la première fois dans le droit positif avec la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades : « *La politique de prévention a pour but d'améliorer l'état de santé de la population en évitant l'apparition, le développement ou l'aggravation des maladies ou accidents et en favorisant les comportements individuels et collectifs pouvant*

*contribuer à réduire le risque de maladie et d'accident. A travers la promotion de la santé, cette politique donne à chacun les moyens de protéger et d'améliorer sa propre santé.* »<sup>54</sup>

Cette définition, qui mobilise les principaux concepts examinés au paragraphe 1 a été remplacée par la loi du 9 août 2004, relative à la politique de santé publique, identifiant les dix champs de la politique de santé publique (article L. 1411-1 du code de la santé publique) :

Art. L. 1411-1 : « (...) *La politique de santé publique concerne :*

*1° La surveillance et l'observation de l'état de santé de la population et de ses déterminants ;*

*2° La lutte contre les épidémies ;*

*3° La prévention des maladies, des traumatismes et des incapacités ;*

*4° L'amélioration de l'état de santé de la population et de la qualité de vie des personnes malades, handicapées et des personnes dépendantes ;*

*5° L'information et l'éducation à la santé de la population et l'organisation de débats publics sur les questions de santé et de risques sanitaires ;*

*6° L'identification et la réduction des risques éventuels pour la santé liés à des facteurs d'environnement et des conditions de travail, de transport, d'alimentation ou de consommation de produits et de services susceptibles de l'altérer ;*

*7° La réduction des inégalités de santé, par la promotion de la santé, par le développement de l'accès aux soins et aux diagnostics sur l'ensemble du territoire ;*

*8° La qualité et la sécurité des soins et des produits de santé ;*

*9° L'organisation du système de santé et sa capacité à répondre aux besoins de prévention et de prise en charge des maladies et handicaps ;*

*10° La démographie des professions de santé.* ».

La prévention ne dispose donc plus d'une accroche légale spécifique mais apparaît comme un des éléments constitutifs de la politique de santé publique, intrinsèquement mêlée à l'ensemble des actions qui concourent à cette dernière, intégrant la promotion de la santé, l'information, la détection, le soin. Le cadre conceptuel sur lequel elle s'appuie est fourni, quant à lui, par les nombreux textes et documents de cadrage émanant de l'OMS, examinés au paragraphe 1.

## **2.2 Santé au travail : les principes généraux de prévention fournissent un cadre théorique et normatif de prévention des risques professionnels**

La prévention des risques professionnels constitue aujourd'hui un volet majeur du droit de la santé au travail. Elle repose sur un cadre conceptuel qui s'est construit historiquement de manière autonome, en dégageant ses propres principes et son propre corps de règles. La philosophie et les règles de prévention s'adressent prioritairement à l'employeur, qui a la charge de les mettre en

---

<sup>54</sup> Article L. 1417-1 du code de la santé publique (abrogé dans cette version depuis). A noter qu'il existait déjà des références à la prévention dans le code de la sécurité sociale, confiant en 1988 une mission de prévention aux caisses d'assurance-maladie (article L. 262-1) et dans la loi de 1998, relative à la lutte contre les exclusions, instaurant des programmes d'accès à la prévention.

œuvre de manière opérationnelle. Mais ces règles irriguent aussi les politiques publiques en charge de veiller à leur application et de créer l'environnement favorable à leur généralisation dans les entreprises.

Dès lors, la santé au travail a, jusqu'à une époque très récente, totalement ignoré les concepts de préventions primaire, secondaire et tertiaire. Depuis la fin des années 2000 toutefois, la classification de l'OMS a pénétré le champ sémantique de la santé au travail et s'y est progressivement installé, avec plus ou moins de bonheur.

➤ **Une approche autonome, encadrée et partagée de la prévention**

La partie IV du code du travail est consacrée à la santé au travail. Elle s'ouvre par des articles énonçant des *principes généraux de prévention (PGP)*, au nombre de neuf. Ces principes, issus d'une directive européenne cadre de 1989, irriguent toute la philosophie du droit de la prévention et sont déclinés dans l'ensemble des décrets réglementant un risque (bruit, vibrations...) ou une activité particulière (travail sur écran, manutention...). Ils sont par conséquent la grille de lecture à partir de laquelle tous les organismes publics concourant à la prévention construisent leurs démarches et outils d'intervention à destination des entreprises.

De fait, la déclinaison de ces neuf principes guide l'employeur dans la détermination des mesures qu'il doit prendre **par ordre de priorité**. Sa démarche doit privilégier, même si ce n'est pas exprimé dans ces termes dans les textes, la prévention primaire, puis la prévention secondaire avant, en dernier recours, de mettre en œuvre des mesures dites de prévention tertiaire. Toute politique de prévention est constituée d'un ensemble cohérent des trois.

**Encadré 1 : Les 9 principes généraux de prévention du code du travail**

Article L. 4121-2

L'employeur met en œuvre les mesures prévues à l'article L. 4121-1 sur le fondement des principes généraux de prévention suivants :

- 1° Eviter les risques ;
- 2° Evaluer les risques qui ne peuvent pas être évités ;
- 3° Combattre les risques à la source ;
- 4° Adapter le travail à l'homme, en particulier en ce qui concerne la conception des postes de travail ainsi que le choix des équipements de travail et des méthodes de travail et de production, en vue notamment de limiter le travail monotone et le travail cadencé et de réduire les effets de ceux-ci sur la santé ;
- 5° Tenir compte de l'état d'évolution de la technique ;
- 6° Remplacer ce qui est dangereux par ce qui n'est pas dangereux ou par ce qui est moins dangereux ;
- 7° Planifier la prévention en y intégrant, dans un ensemble cohérent, la technique, l'organisation du travail, les conditions de travail, les relations sociales et l'influence des facteurs ambiants, notamment les risques liés au harcèlement moral et au harcèlement sexuel, tels qu'ils sont définis aux articles L. 1152-1 et L. 1153-1, ainsi que ceux liés aux agissements sexistes définis à l'article L. 1142-2-1 ;
- 8° Prendre des mesures de protection collective en leur donnant la priorité sur les mesures de protection individuelle ;
- 9° Donner les instructions appropriées aux travailleurs.

Source : Code du travail

Encadré 2 : Les PGP de la santé au travail à l'épreuve de la classification OMS de la prévention

Premier principe, l'employeur est-il invité à agir très en amont et à créer un environnement de travail qui, dès sa conception, est de nature à *éviter les risques* (exemples : la construction d'une nouvelle usine pensée et conçue pour éviter la manutention manuelle ou le bruit ; la conception d'un système d'information dont le cahier des charges privilégie le soutien à l'activité de travail des salariés en répondant à leurs besoins plutôt qu'une solution technique imposée par le fournisseur). Dans cette perspective, la démarche de prévention consiste à agir sur l'occurrence du risque en évitant sa survenue. Mieux, elle ne privilégie pas une *approche par les risques* mais *par les opportunités* créées par le projet d'offrir un meilleur cadre de travail à la faveur d'une transformation (qualité de vie au travail).

Le principe *d'évitement des risques* qui préside à cette approche est puissant puisqu'il débouche sur le *principe de substitution*, c'est à dire l'obligation de « *remplacer ce qui est dangereux par ce qui est moins dangereux* ». Ainsi, l'employeur, dont l'objectif premier doit être de « *supprimer les risques* » peut-il aller jusqu'à modifier son procédé technologique s'il peut obtenir le même résultat avec moins de risques. Cette démarche produit les résultats optimaux lorsqu'elle est mise en œuvre dès l'amont de la phase de conception car c'est à ce moment privilégié, qu'ingénieurs, bureaux d'études, bureaux des méthodes et décideurs peuvent anticiper un maximum de risques, à fortiori s'ils associent les salariés, principaux intéressés, à cette phase. Certaines entreprises vont jusqu'à intégrer les conditions de travail dans le design des appareils qu'elles commercialisent, en vue par exemple d'anticiper les risques de troubles musculo-squelettiques des assembleurs sur les chaînes de production lors du montage des appareils (moulage intégré des poignées sur un appareil électroménager pour éviter les opérations de vissage). **Rapportée à la typologie OMS, une telle démarche se situe clairement dans le registre de la prévention primaire car elle s'intéresse véritablement aux déterminants des conditions de travail.**

Lorsque les risques ne sont pas évitables, ils doivent être évalués puis *combattus à la source* (comprendre *la cause*)... Les mesures de prévention vont alors viser à réduire l'occurrence du risque, par exemple en réduisant le niveau sonore d'un équipement en dessous du seuil présentant un risque pour la santé. Lorsque le risque est réduit au plus bas mais ne peut être totalement écarté, il reste encore à prendre des mesures de protection dont l'objet est de réduire la gravité en cas de réalisation du risque. **On est ici au cœur de la prévention secondaire.**

Lorsque, enfin, le risque survient, l'employeur prend des mesures pour en réduire les conséquences et porter secours à la victime (numéros verts en matière de risques psychosociaux, cellule psychologiques suite à un évènement grave, secours d'urgence, d'évacuation des locaux, réadaptation fonctionnelle d'un salarié inapte, aménagement du poste d'un salarié accidenté...). **On se situe ici dans le domaine de la prévention tertiaire.**

Source : mission

Tableau 4 : Exemple de démarche de prévention en entreprise induite par les PGP

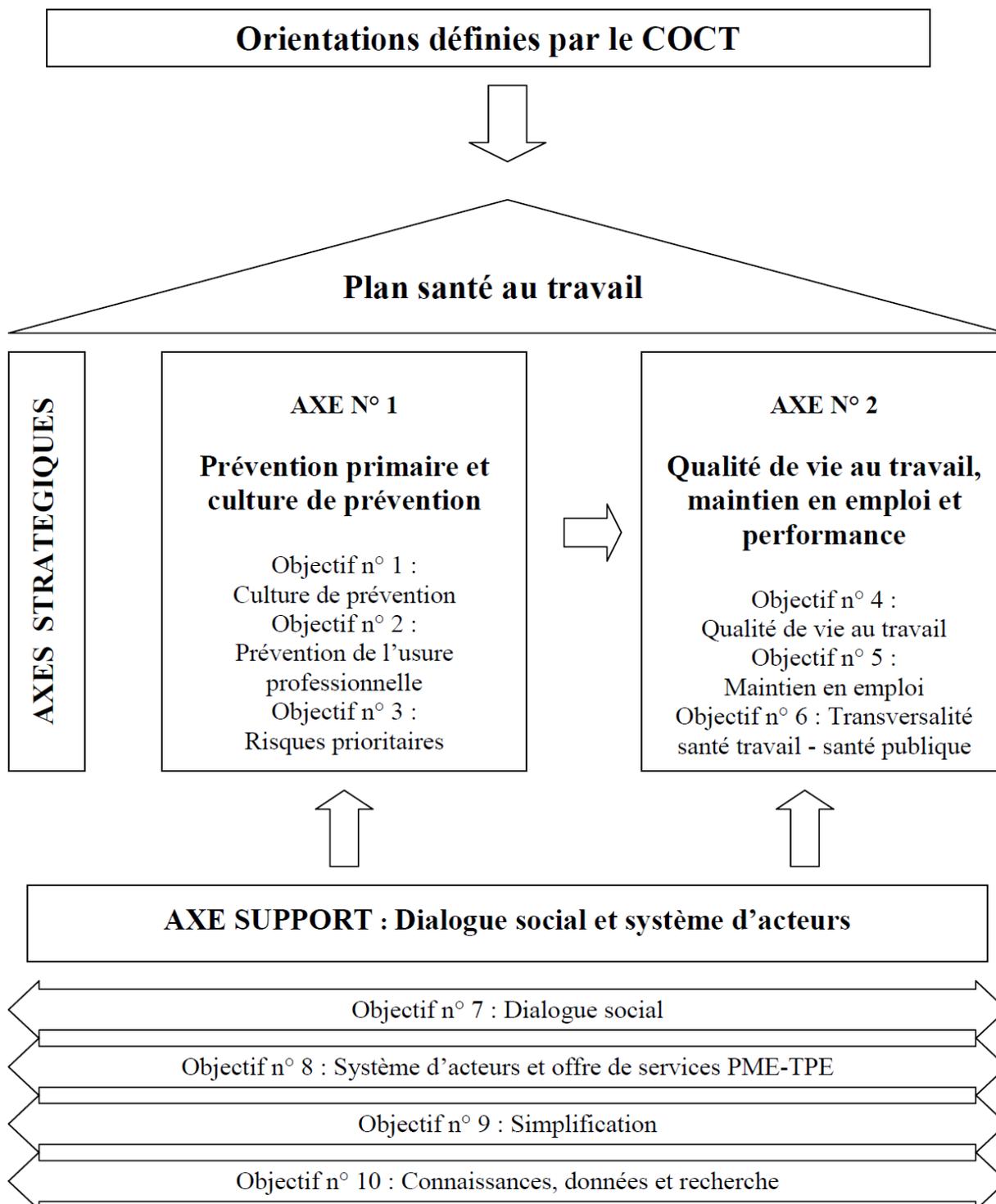
	<b>ACTIONS A COURT TERME</b>	<b>ACTIONS A MOYEN ET LONG TERME</b>
<b>Agir sur la technique</b>	Équipement des véhicules pour faciliter le déplacement et la manutention des appareils (transpalette ou plateau sur roulettes ou diable, etc.), la préhension (gants, poignées), l'arrimage (sangles, etc.) Rampes d'accès mobile pour hisser les appareils Révision de l'ensemble du parc de véhicules (pneus, freins etc.)	Cahier des charges d'équipement et d'aménagement des véhicules (hayons élévateurs, protections latérales, etc.) Moyens alternatifs de communication avec le centre d'appel Ouverture d'un dépôt supplémentaire en banlieue
<b>Agir sur l'organisation</b>	Réunion extraordinaire de CHSCT Mode opératoire pour gestion des appels d'urgence et communications avec le central téléphonique Mode opératoire en cas de constat d'erreur de diagnostic (renfort ponctuel, distinction entre livreur et dépanneur)	Révision de la politique commerciale (H+4) Révision de la politique de rémunération (critères d'attribution des primes) Révision du mode de planification des emplois du temps Généralisation des protocoles de sécurité et de plans de prévention avec tous les clients Mise à jour du document unique
<b>Agir sur la personne</b>	Information sur les nouveaux modes opératoires et procédures Sensibilisation aux risques routiers et manutention	Stages de conduite en sécurité Formations à la manutention des charges Formation technique du centre d'appel pour améliorer la qualité des prédiagnostics

En pratique, les différents types de mesures mises en œuvre sont imbriquées et articulées ou ne relèvent pas d'un seul registre de prévention. Il n'est pas toujours aussi aisé de les répartir, ce qui est d'ailleurs une des limites de la typologie OMS transposée au champ de la santé au travail. Mais le principal enseignement est que l'employeur dispose, à travers les PGP, d'une matrice, ou cadre de référence, qui le conduit à agir en priorité sur les déterminants (les causes) avant d'agir sur les effets. Il s'ensuit qu'il doit sciemment inscrire son action dans la temporalité en distinguant dans son plan d'actions, d'une part les mesures qu'il prend à court terme et à titre conservatoire sur les plans techniques, organisationnels et humains pour éviter que la situation ne se dégrade (préventions secondaire et tertiaire), d'autre part les mesures qu'il envisage à long terme sur ces trois mêmes registres pour améliorer durablement la situation et éviter purement et simplement les risques (prévention primaire).

**Cette logique revêt un caractère universel et partagé par l'ensemble des acteurs de la prévention dans et hors de l'entreprise (préventeurs, assurance sociales, inspection du travail, et même juges...). Elle est également déclinée dans le troisième plan santé au travail**

qui promeut une démarche de promotion de la santé et appelle à un changement de paradigme (centenaire...) en passant d'une logique de réparation à une logique de prévention.

Schéma 1 : Logique du PST 3



Source : DGT

Il est donc permis de considérer qu'il existe en France, et même à l'échelle européenne, **un cadre théorique et normatif de compréhension et de prévention des risques professionnels**. Issu d'une longue maturation et d'un processus par étapes historiques (réparation, protection, prévention, promotion de la santé), il nourrit un corpus fourni de règles fondamentales, de définitions et de concepts, une politique de santé au travail, une stratégie pluriannuelle, le tout outillé méthodologiquement par un système d'acteurs institutionnel.

### 2.3 Environnement : l'inscription du principe de prévention dans la loi guide l'action publique

A l'instar de la santé au travail, le principe de prévention est clairement inscrit dans le droit positif qui régit l'environnement. L'article L. 110-1 du code de l'environnement, après avoir défini les domaines auxquels il s'applique et posé le principe de leur protection et de leur préservation dans une optique de développement durable<sup>55</sup>, énonce les *principes* dont doivent s'inspirer les lois qui en définissent la portée :

- « 1° **Le principe de précaution**, selon lequel l'absence de certitudes, compte tenu des connaissances scientifiques et techniques du moment, ne doit pas retarder l'adoption de mesures effectives et proportionnées visant à prévenir un risque de dommages graves et irréversibles à l'environnement à un coût économiquement acceptable ;
- 2° **Le principe d'action préventive et de correction, par priorité à la source, des atteintes à l'environnement, en utilisant les meilleures techniques disponibles à un coût économiquement acceptable**. Ce principe implique d'éviter les atteintes à la biodiversité et aux services qu'elle fournit. A défaut, il y lieu d'en réduire les effets. En dernier lieu, il convient de compenser les atteintes qui n'ont pu être évitées ni réduites, « en tenant compte des espèces, des habitats naturels et des fonctions écologiques affectées. Ce principe doit viser un objectif d'absence de perte nette de biodiversité, voire tendre vers un gain de biodiversité ». (...)

L'objectif de développement durable est recherché, d'après ce même article « de façon concomitante et cohérente, grâce aux cinq engagements suivants :

- 1° La lutte contre le changement climatique ;
- 2° La préservation de la biodiversité, des milieux, des ressources ainsi que la sauvegarde des services qu'ils fournissent et des usages qui s'y rattachent ;
- 3° La cohésion sociale et la solidarité entre les territoires et les générations ;
- 4° L'épanouissement de tous les êtres humains ;
- 5° La transition vers une économie circulaire ».

L'environnement dispose donc, comme la santé au travail, d'un corpus de principes autour de la prévention, doté d'une portée juridique et constitutif d'un cadre d'action structurant pour ceux qui ont la charge de le promouvoir. Bien qu'il s'intéresse aussi à la santé humaine à travers les

---

<sup>55</sup> « I. - Les espaces, ressources et milieux naturels terrestres et marins, les sites, les paysages diurnes et nocturnes, la qualité de l'air, les êtres vivants et la biodiversité font partie du patrimoine commun de la nation. Ce patrimoine génère des services écosystémiques et des valeurs d'usage. II. - Leur connaissance, leur protection, leur mise en valeur, leur restauration, leur remise en état, leur gestion, la préservation de leur capacité à évoluer et la sauvegarde des services qu'ils fournissent sont d'intérêt général et concourent à l'objectif de développement durable qui vise à satisfaire les besoins de développement et la santé des générations présentes sans compromettre la capacité des générations futures à répondre aux leurs ».

pathologies d'origine environnementale, il ne se réfère pas à la classification de l'OMS<sup>56</sup>. Mais l'article L. 110-1 propose une approche anticipatrice qui relève de la même logique en indiquant que les actions de prévention et de correction doivent porter en priorité sur la source, c'est-à-dire sur les causes de nuisance, pour éviter les atteintes à l'environnement. Ceci induit le recours à des procédés, pratiques, matériaux ou produits qui empêchent ou réduisent la pollution (fabrication de produits recyclables, de véhicules électriques, changement de technologies, substitution de matériaux, etc.).

Dans le prolongement de ce qui précède, l'institut national de l'environnement industriel et des risques (INERIS) fonde tous ses travaux sur sept grands principes qui structurent son offre de service :

- **la connaissance** des phénomènes, de l'aléa et des risques ;
- **la surveillance**, la prévision et l'alerte ;
- **l'information** préventive et l'éducation des populations ;
- **la prise en compte des risques** dans l'aménagement et l'urbanisme ;
- **la réduction** de la vulnérabilité ;
- la préparation et la **gestion de crise** ;
- la gestion de **l'après-crise** et le retour d'expérience.

## 2.4 Sécurité routière : une classification inspirée de celle de l'OMS mais adaptée à ses spécificités

La sécurité routière recourt à deux typologies. La première typologie distingue sécurités primaire, secondaire et tertiaire. Elle recoupe la logique de la terminologie OMS en remplaçant la notion de prévention par celle de sécurité :

- La recherche en sécurité primaire a pour objectif essentiel la prévention de l'accident et vise à analyser l'ensemble des causes techniques et comportementales qui ont amené à l'accident routier, afin de lutter contre celles-ci (notion d'action à la source). La sécurité primaire s'intéresse donc au véhicule (aide à la conduite : système anti dérapage, ABS, limiteur de vitesse, calculateur de distance...), à l'individu (réformer son comportement, afin de le mettre en situation de prévenir la survenue de l'accident) et à l'infrastructure routière (réduire les endroits les plus dangereux, aider à une conduite sûre : marquage au sol, signalisation).
- La recherche en sécurité secondaire n'a pas pour objectif d'éviter l'accident mais d'en réduire les conséquences. Elle s'intéresse aussi au véhicule mais dans une logique de réduction des dommages potentiels en cas d'accident (airbags, ceintures, etc.) ainsi qu'à l'infrastructure routière, dans la même logique (glissières de sécurité, etc.).
- La recherche en sécurité tertiaire a pour objet d'analyser les accidents (recueil d'informations sur les circonstances des accidents et leurs conséquences en termes de lésions).

La sécurité routière opère par ailleurs la distinction entre *sécurité active* et *sécurité passive*, qui recoupe en pratique en grande partie les notions de sécurités primaire et de sécurité secondaire. Une action qui intervient pour prévenir l'accident, par exemple une amélioration de la formation du conducteur ou un dispositif mécanique prévenant le blocage des roues au freinage, relève de la

---

<sup>56</sup> Le Plan national santé environnement 2015-2019 (PNSE) ne mentionne qu'une fois, et de manière incidente, la prévention primaire (action 22 sur la prévention de l'exposition au plomb).

sécurité active. Un mécanisme n'impliquant pas une action mais conférant une protection par constitution relève de la sécurité passive (habitacle de véhicule résistant aux déformations lors d'un choc, port de casque...).

## 2.5 Caractéristiques communes des cadres de référence

Le point commun de l'approche préventive caractérisant chacun des domaines examinés aux paragraphes précédents<sup>57</sup> est l'existence d'un cadre de référence, plus ou moins mature et élaboré selon les cas, qui permet de structurer la logique de prévention et l'action qui s'ensuit dans le domaine considéré.

Ce cadre procède, à chaque fois, de la même logique :

- même s'il dérive d'un cadre générique (classification OMS...), il a été retravaillé pour être adapté aux spécificités du domaine auquel il a vocation à s'appliquer ;
- il opère une priorisation principielle de la nature des actions de prévention susceptibles de produire les effets les plus efficaces et durables ;
- il décline, à défaut, des solutions « dégradées » en fonction de la gravité de la situation ou de l'urgence à laquelle le préventeur est confronté ;

L'existence d'un cadre de référence permet donc :

- une classification des actions de prévention possibles à partir de critères partagés ;
- une gradation des options à privilégier en fonction de ce sur quoi le préventeur entend agir (causes, symptômes, effets...) ;
- un programme d'action et une identification des moyens correspondants.

## 3 LE CADRE NORMATIF ET DOCTRINAL DE LA PREVENTION DANS LE CHAMP DE L'ENFANCE

### 3.1 Bien que portant aussi des ambitions universelles, le cadre juridique de la protection de l'enfance privilégie la prévention en direction de publics ciblés

Les compétences du conseil départemental dans le domaine de l'enfance sont énoncées par le **code général des collectivités territoriales**, aux termes duquel le département est compétent pour mettre en œuvre « *toute aide ou action relative à la **prévention** ou à la prise en charge des situations de fragilité, au **développement social**, à l'accueil des jeunes enfants et à l'autonomie des personnes* ». Le département se voit donc compétent pour intervenir sur tous les registres (prévention et prise en charge) et dans toutes les situations (situations sociales et développement social).

Le champ de la *protection de l'enfance* est défini quant à lui par l'article L. 112-3 du **code de l'action sociale et des familles** (CASF) aux termes duquel : « *La protection de l'enfance vise à garantir la prise en compte des besoins fondamentaux de l'enfant, à soutenir son développement physique, affectif, intellectuel et social et à préserver sa santé, sa sécurité, sa moralité et son éducation, dans le respect*

---

<sup>57</sup> Les champs examinés ici sont des illustrations et ne sont pas exhaustifs. Des modèles de prévention existent aussi dans le domaine de la défense, de la sécurité civile, de la lutte contre le terrorisme, etc.

*de ses droits* ». Ce premier alinéa, à vocation universaliste, est suivi d'une énumération, sur le même pied d'égalité, des trois grandes catégories d'actions pouvant être mises en œuvre à ce titre : « **des actions de prévention en faveur de l'enfant et de ses parents, l'organisation du repérage et du traitement des situations de danger ou de risque de danger pour l'enfant ainsi que les décisions administratives et judiciaires prises pour sa protection** ». Les alinéas suivants, qui précisent les modalités de mise en œuvre, visent plus particulièrement les mesures de protection.

Les dispositions propres à *l'aide sociale à l'enfance* (ASE) sont régies par le titre II du livre II (articles L. 221-1 et suivants du CASF). L'article d'introduction, qui énumère les missions de l'aide sociale à l'enfance (ASE), est explicitement dirigé vers des mesures destinées aux enfants exposés à des situations de risques. De par ce ciblage et au vu de la nature des dispositions, certaines missions sont rattachables à des actions de prévention mais aucune d'elles ne relève, selon la classification retenue, de la prévention primaire ou universelle (Cf. tableau infra).

Les dispositions suivantes du CASF décrivent les prestations d'ASE, lesquelles peuvent s'exercer à domicile et hors domicile. Parmi les premières, figurent (article L. 222-3) l'action d'un technicien ou d'une technicienne de l'intervention sociale et familiale ou d'une aide-ménagère, l'accompagnement en économie sociale et familiale, l'intervention d'un service d'action éducative, le versement d'aides financières. Ces prestations s'adressent par définition à des enfants et familles en difficulté et relèvent, selon la classification retenue, de la prévention secondaire ou tertiaire ou ciblée.

Les dispositions relatives au protocole de coordination entre acteurs (L. 222-5-2) ou définissant le projet pour l'enfant (L. 223-1-1) ne sont bien sûr pas dénuées de portée préventive mais revêtent là encore, par destination, une dimension de prévention secondaire.

En partie réglementaire (article R. 221-1), le président du département se voit explicitement « *chargé d'exercer **une action sociale préventive auprès des familles*** » mais il s'agit des familles « **dont les conditions d'existence risquent de mettre en danger la santé, la sécurité, la moralité ou l'éducation de leurs enfants** ».

### 3.2 Les dispositions des champs de la santé et de l'éducation s'inscrivent plus dans une logique universelle, intriquée toutefois aux missions de détection

Les dispositions figurant dans le code de la santé publique (CSP) dans le cadre de la protection maternelle et infantile (PMI) sont explicitement tournées vers la prévention et revêtent, par leur caractère général, une dimension universelle mais non dénuée toutefois d'une connotation *dépistage* (article L. 2112-2) (cf. §...infra).

Les dispositions figurant dans le code de l'éducation revêtent les mêmes caractéristiques. L'article L. 122-4-1 de ce code a ainsi déterminé sept axes, parmi lesquels figurent :

- la mise en place d'un environnement scolaire favorable à la santé,
- l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation de programmes d'éducation à la santé destinés à développer les connaissances des élèves à l'égard de leur santé et de celle des autres,
- **la participation à la politique de prévention sanitaire mise en œuvre en faveur des enfants et des adolescents, aux niveaux national, régional et départemental,**

Mais aussi :

- la réalisation des examens médicaux et des bilans de santé,

- la détection précoce des problèmes de santé ou des carences de soins pouvant entraver la scolarité,
- l'accueil, l'écoute, l'accompagnement et le suivi individualisé des élèves,
- la participation à la veille épidémiologique par le recueil et l'exploitation de données statistiques.

Les dispositions législatives fixent donc des principes généraux sans opérer de distinction et surtout de priorité entre les missions à caractère éducatif et préventif et les missions de suivi individuel et de détection.

Comme le souligne le rapport IGEN, IGAS, IGAENR d'avril 2016 sur la médecine scolaire, les sept points précités du code de l'éducation ne se plient pas facilement à la distinction en trois axes opérée de manière partagée par les chercheurs, pour décrire la promotion de la santé : protection de la santé, prévention et éducation pour la santé. Appliqués en milieu scolaire, ces axes pourraient reposer sur :

- des actions de protection visant à créer un environnement et un climat scolaire favorables et à mettre en œuvre les moyens de l'accueil des personnes et notamment celles ayant des besoins particuliers ;
- des actions de prévention correspondant à un travail spécifique sur les facteurs ou comportements générateurs de difficultés scolaires, de santé, etc. ;
- des actions d'éducation visant au développement de connaissances, de capacités et d'attitudes chez les individus.

Les auteurs du rapport notent toutefois que cette articulation est inégalement appropriée par les acteurs de terrain et que « ***nombre d'écrits, parfois officiels, emploient les termes de prévention et de promotion, voire d'éducation, comme des synonymes, ce qui peut introduire une certaine confusion*** ».

Tableau 1 : Principales dispositions législatives et réglementaires concourant à la prévention dans le domaine de l'enfance

Code général des collectivités territoriales	Contenu	Commentaire
<p><b><u>Article L. 3211-1</u></b> <b>Compétences du conseil départemental</b></p>	<p>Le conseil départemental règle (...) les affaires du département dans les domaines de compétences que la loi lui attribue.</p> <p>Il est compétent pour mettre en œuvre toute aide ou action relative à la <b>prévention</b> ou à la prise en charge des situations de fragilité, au développement social, à l'accueil des jeunes enfants et à l'autonomie des personnes. Il est également compétent pour faciliter l'accès aux droits et aux services des publics dont il a la charge. (...)</p>	<p>Avec la loi du 7 août 2015, le CD n'a plus de compétence générale mais une compétence d'attributions. Cette même loi introduit le développement social dans son domaine de compétence</p>
Code de l'action sociale et des familles	Contenu	Commentaire
<p><b><u>Article L. 112-2</u></b> <b>Politique familiale</b></p>	<p>Afin d'aider les familles à élever leurs enfants, il leur est accordé notamment :</p> <p>1° Des prestations familiales (...);                  2° Des aides à l'emploi pour la garde des jeunes enfants (...);                  3° Des réductions ou exonérations fiscales (...);                  4° Des réductions sur les tarifs de transport par chemin de fer (...);                  5° Des allocations destinées à faire face à des dépenses de scolarité (...);                  6° (...)                  7° Des allocations d'aide sociale dans les conditions prévues au présent code.</p>	
<p><b><u>Article L. 112-3</u></b> <b>Champs de la protection de l'enfance</b></p>	<p>La protection de l'enfance vise à garantir la prise en compte des besoins fondamentaux de l'enfant, à soutenir son développement physique, affectif, intellectuel et social et à préserver sa santé, sa sécurité, sa moralité et son éducation, dans le respect de ses droits.</p> <p><b>Elle comprend des actions de prévention en faveur de l'enfant et de ses parents</b>, l'organisation du repérage et du traitement des situations de danger ou de risque de</p>	

	<p>danger pour l'enfant ainsi que les décisions administratives et judiciaires prises pour sa protection (...).</p> <p>Les modalités de mise en œuvre de ces décisions doivent être adaptées à chaque situation et objectivées par des visites impératives au sein des lieux de vie de l'enfant, en sa présence, et s'appuyer sur les ressources de la famille et l'environnement de l'enfant. Elles impliquent la prise en compte des difficultés auxquelles les parents peuvent être confrontés dans l'exercice de leurs responsabilités éducatives et la mise en œuvre d'actions de soutien adaptées en assurant, le cas échéant, une prise en charge partielle ou totale de l'enfant. Dans tous les cas, l'enfant est associé aux décisions qui le concernent selon son degré de maturité.</p> <p>Ces interventions peuvent également être destinées à des majeurs de moins de vingt et un ans connaissant des difficultés susceptibles de compromettre gravement leur équilibre.</p> <p>La protection de l'enfance a également pour but de prévenir les difficultés que peuvent rencontrer les mineurs privés temporairement ou définitivement de la protection de leur famille et d'assurer leur prise en charge. (...)</p>	
<p><b><u>Article L. 112-5</u></b></p> <p><b>Protocole de coordination de la prévention</b></p>	<p>(...) un protocole est établi dans chaque département par le président du conseil départemental avec les différents responsables institutionnels et associatifs <b>amenés à mettre en place des actions de prévention</b> en direction de l'enfant et de sa famille, notamment avec les caisses d'allocations familiales, les services de l'État et les communes. Il définit les modalités de mobilisation et de coordination de ces responsables autour de priorités partagées pour soutenir le développement des enfants et prévenir les difficultés auxquelles les parents peuvent être confrontés dans l'exercice de leurs responsabilités éducatives.</p>	<p>-</p>

<p><b>Article L. 112-4</b> <b>Intérêt de l'enfant</b></p>	<p>L'intérêt de l'enfant, la prise en compte de ses besoins fondamentaux, physiques, intellectuels, sociaux et affectifs ainsi que le respect de ses droits doivent guider toutes décisions le concernant.</p>	
<p><b>Article L. 221-1</b> <b>Missions de l'aide sociale à l'enfance (ASE)</b></p>	<p>1° Apporter un <b>soutien</b> matériel, éducatif et psychologique tant aux mineurs et à leur famille ou à tout détenteur de l'autorité parentale, <b>confrontés à des difficultés</b> risquant de mettre en danger la santé, la sécurité, la moralité de ces mineurs ou de compromettre gravement leur éducation ou leur développement physique, affectif, intellectuel et social, qu'aux mineurs émancipés et majeurs de moins de vingt et un ans confrontés à des difficultés familiales, sociales et éducatives susceptibles de compromettre gravement leur équilibre ;</p> <p>2° Organiser, <b>dans les lieux où se manifestent des risques</b> d'inadaptation sociale, des actions collectives visant à <b>prévenir</b> la marginalisation et à faciliter l'insertion ou la promotion sociale des jeunes et des familles, notamment des actions de prévention spécialisée visées au 2° de l'article L. 121-2 ;</p> <p>3° <b>Mener en urgence des actions de protection</b> en faveur des mineurs mentionnés au 1° du présent article ;</p> <p>4° Pourvoir à l'ensemble des <b>besoins des mineurs confiés</b> au service et veiller à leur orientation, en collaboration avec leur famille ou leur représentant légal ;</p> <p>5° Mener, notamment à l'occasion de l'ensemble de ces interventions, <b>des actions de prévention des situations de danger</b> à l'égard des mineurs et, sans préjudice des compétences de l'autorité judiciaire, organiser le recueil et la transmission, dans les conditions prévues à l'article L. 226-3, des informations préoccupantes relatives aux mineurs dont la santé, la sécurité, la moralité sont en danger ou risquent de l'être ou dont l'éducation ou le développement sont compromis ou risquent de l'être, et participer à leur protection ;</p> <p>6° Veiller à ce que les liens d'attachement noués par</p>	<p>Acception majoritairement ciblée de la prévention :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Le 1° vise d'emblée les personnes confrontées à des difficultés et insiste sur le caractère de gravité ; la cible est circonscrite et ne s'inscrit dès lors pas dans une logique de prévention primaire.</li> <li>- Le 2° parle de prévention et d'actions collectives mais, dans les lieux à risques et pour prévenir la marginalisation ou faciliter l'insertion. On est dans une logique prévention secondaire. Les actions de préventions du L. 121-2 citées sont celles de la prévention spécialisée i.e. en direction des jeunes et familles en difficulté ou en rupture avec leur milieu.</li> <li>- Le 3° se situe clairement dans des situations d'urgence (prévention tertiaire au mieux)</li> <li>- Le 4° s'adresse aux mineurs confiés donc déjà suivis (prévention secondaire voire tertiaire)</li> <li>- Le 5° prévoit des actions de prévention mais les associe au signalement d'informations préoccupantes ; le public visé est déjà en difficulté</li> <li>- Les 6° à 8° sont bien de nature à prévenir l'aggravation de situations mais s'adressent à des enfants en difficulté et relèvent au mieux de la prévention secondaire.</li> </ul>

	<p>l'enfant avec d'autres personnes que ses parents soient maintenus, voire développés, dans son intérêt supérieur ;</p> <p>7° Veiller à la <b>stabilité du parcours</b> de l'enfant confié et à l'adaptation de son statut sur le long terme ;</p> <p>8° Veiller à ce que les liens d'attachement noués par l'enfant avec ses frères et sœurs soient maintenus, dans l'intérêt de l'enfant.</p> <p>(...)</p>	
<p><b><u>Article R. 221-1</u></b> <b>Action préventive</b></p>	<p>Dans chaque département, le président du conseil départemental <b>est chargé d'exercer une action sociale préventive</b> auprès des <b>familles dont les conditions d'existence risquent de mettre en danger</b> la santé, la sécurité, la moralité ou l'éducation de leurs enfants.</p>	<p>Cet article (réglementaire) se situe dans un chapitre consacré à l'ASE et sa première section est intitulée « protection de l'enfance en danger ». Il est question ici d'actions préventives, dans des familles déjà identifiées en danger. Les articles qui suivent portent sur le placement ou l'action éducative, le signalement à la justice</p>
<p><b><u>Article L. 222-5</u></b> <b>Accueil hors domicile</b></p>	<p>Sont pris en charge par le service de l'aide sociale à l'enfance sur décision du président du conseil départemental :</p> <p>1° Les mineurs qui ne peuvent demeurer provisoirement dans leur milieu de vie habituel et dont la situation requiert un spécialisé, familial ou dans un établissement ou dans un service tel que prévu au 12° du I de l'article L. 312-1 ;</p> <p>2° Les accueil à temps complet ou partiel, modulable selon leurs besoins, en particulier de stabilité affective, ainsi que les mineurs rencontrant des difficultés particulières nécessitant un accueil pupilles de l'État (...);</p> <p>3° Les mineurs confiés au service en application du 3° de l'article 375-3 du code civil... ;</p> <p>4° Les femmes enceintes et les mères isolées avec leurs enfants de moins de trois ans qui ont besoin d'un soutien matériel et psychologique, notamment parce qu'elles sont sans domicile.(...).</p> <p>Peuvent être également pris en charge à titre</p>	<p>Logique ciblée</p>

	temporaire par le service chargé de l'aide sociale à l'enfance les mineurs émancipés et les majeurs âgés de moins de vingt et un ans qui éprouvent des difficultés d'insertion sociale faute de ressources ou d'un soutien familial suffisants.(...)	
<b>Article L. 222-5-2</b> <b>Protocole organisant le partenariat entre acteurs (sortie d'ASE)</b>	Un protocole est conclu par le président du conseil départemental, conjointement avec le représentant de l'État dans le département et le président du conseil régional et avec le concours de l'ensemble des institutions et des organismes concernés, afin de préparer et de mieux accompagner l'accès à l'autonomie des jeunes pris en charge ou sortant des dispositifs de l'aide sociale à l'enfance et de la protection judiciaire de la jeunesse. Ce protocole organise le partenariat entre les acteurs afin d'offrir aux jeunes de seize à vingt et un ans une réponse globale en matière éducative, culturelle, sociale, de santé, de logement, de formation, d'emploi et de ressources.	
<b>Article L. 223-1-1</b> <b>Projet pour l'enfant</b>	Il est établi, pour chaque mineur bénéficiant d'une prestation d'aide sociale à l'enfance, hors aides financières, ou d'une mesure de protection judiciaire, un document unique intitulé " projet pour l'enfant ", qui vise à garantir son développement physique, psychique, affectif, intellectuel et social. Ce document accompagne le mineur tout au long de son parcours au titre de la protection de l'enfance.(...)	Logique ciblée
<b>Code de la santé publique</b>	<b>Contenu</b>	<b>Commentaire</b>
<b>Article L. 2112-2</b> <b>Actions de prévention en PMI</b>	« Le président du conseil départemental a pour mission d'organiser : 1° Des consultations prénuptiales, prénatales et postnatales et des actions de <b>prévention médico-sociale</b> en faveur des femmes enceintes 2° <b>Des consultations et des actions de prévention médico-sociale en faveur des enfants de moins de six ans ainsi que l'établissement d'un bilan de santé pour les enfants âgés de trois à quatre ans (...)</b> ; 3° Des activités de planification familiale et d'éducation	Dispositions mêlant des actions à caractère universel et des actions ciblées.  La rédaction de l'article ne permet pas d'affirmer l'existence d'un ordre de priorité dans l'énumération des items.

	<p>familiale ainsi que la pratique d'interruptions volontaires de grossesse par voie médicamenteuse (...);</p> <p>4° Des <b>actions médico-sociales préventives</b> à domicile pour les femmes enceintes notamment des actions d'accompagnement si celles-ci apparaissent nécessaires lors d'un entretien prénatal précoce <b>proposé systématiquement et réalisé à partir du quatrième mois de grossesse</b>, (...) et pour les enfants de moins de six ans requérant une attention particulière, assurées à la demande ou avec l'accord des intéressés, en liaison avec le médecin traitant et les services hospitaliers concernés ;</p> <p>4° bis Des <b>actions médico-sociales préventives et de suivi</b> assurées, à la demande ou avec l'accord des intéressées et en liaison avec le médecin traitant ou les services hospitaliers, pour les parents en période post-natale, à la maternité, à domicile, notamment dans les jours qui suivent le retour à domicile ou lors de consultations ; (...)</p> <p>En outre, le conseil départemental doit participer aux <b>actions de prévention</b> et de prise en charge des mineurs en danger ou qui risquent de l'être dans les conditions prévues au sixième alinéa (5°) de l'article L. 221-1 et aux articles L. 226-1 à L. 226-11, L523-1 et L. 532-2 du code de l'action sociale et des familles.</p> <p>Le service contribue également, à l'occasion des consultations et <b>actions de prévention</b> médico-sociale mentionnées aux 2° et 4°, <b>aux actions de prévention</b> et de dépistage des troubles d'ordre physique, psychologique, sensoriel et de l'apprentissage. Il oriente, le cas échéant, l'enfant vers les professionnels de santé et les structures spécialisées. »</p>	
--	---	--

Code de l'éducation	Contenu	Commentaire
<p><b><u>Article L. 121-1</u></b>  <b>Mission éducative (personnel enseignant)</b></p>	<p>« Les écoles, les collèges, les lycées et les établissements d'enseignement supérieur sont chargés de transmettre et de faire acquérir connaissances et méthodes de travail. Ils contribuent à favoriser la mixité et l'égalité entre les hommes et les femmes, notamment en matière d'orientation. Ils concourent à l'éducation à la responsabilité civique, y compris dans l'utilisation d'internet et des services de communication au public en ligne, et participent à la <b>prévention de la délinquance</b>. Ils assurent une <b>formation à la connaissance et au respect des droits de la personne ainsi qu'à la compréhension des situations concrètes qui y portent atteinte</b>. (...) Les écoles, les collèges et les lycées assurent une mission <b>d'information sur les violences et une éducation à la sexualité</b> ainsi qu'une obligation de sensibilisation des personnels enseignants aux violences sexistes et sexuelles et à la formation au respect du non-consentement. »</p>	
<p><b><u>Article L. 121-4-1</u></b>  <b>Missions de prévention et promotion de la santé (professionnels de santé en priorité)</b></p>	<p>(...)-Le champ de la mission de promotion de la santé à l'école comprend :</p> <p>1° La mise en place d'un environnement scolaire favorable à la santé ;</p> <p>2° L'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation de programmes d'éducation à la santé destinés à développer les connaissances des élèves à l'égard de leur santé et de celle des autres et à l'égard des services de santé ;</p> <p>3° <b>La participation à la politique de prévention sanitaire mise en œuvre en faveur des enfants et des adolescents, aux niveaux national, régional et départemental, et la promotion des liens entre services de santé scolaire, services de prévention territorialisée, services de santé ambulatoire et</b></p>	

	<p><b>services hospitaliers ;</b></p> <p>3° bis La <b>coordination des actions conduites dans le cadre de la protection et de la promotion de la santé maternelle et infantile</b> avec les missions conduites dans les écoles élémentaires et maternelles ;</p> <p>4° La réalisation des examens médicaux et des bilans de santé définis dans le cadre de la politique de la santé en faveur des enfants et des adolescents ainsi que ceux nécessaires à la définition des conditions de scolarisation des élèves ayant des besoins particuliers ;</p> <p>5° La détection précoce des problèmes de santé ou des carences de soins pouvant entraver la scolarité ;</p> <p>6° L'accueil, l'écoute, l'accompagnement et le suivi individualisé des élèves ;</p> <p>(...).</p> <p>La promotion de la santé à l'école telle que définie aux 1° à 7° du présent II relève en priorité des médecins et infirmiers de l'éducation nationale.</p> <p>Elle est conduite, dans tous les établissements d'enseignement, y compris les instituts médico-éducatifs, conformément aux priorités de la politique de santé et dans les conditions prévues à l'article <a href="#">L. 1411-1-1</a> du code de la santé publique, par les autorités académiques en lien avec les agences régionales de santé, les collectivités territoriales et les organismes d'assurance maladie concernés. Elle veille également à sensibiliser l'environnement familial des élèves afin d'assurer une appropriation large des problématiques de santé publique.</p>	
--	--	--

	<p>Des acteurs de proximité non professionnels de santé concourent également à la promotion de la santé à l'école. Des actions tendant à rendre les publics cibles acteurs de leur propre santé sont favorisées. Elles visent, dans une démarche de responsabilisation, à permettre l'appropriation des outils de prévention et d'éducation à la santé.»</p>	
<p><b><u>L. 541-1</u></b> <b>Promotion de la santé</b></p>	<p>« Les actions de promotion de la santé des élèves font partie des missions de l'éducation nationale. Elles sont en priorité assurées par les médecins et infirmiers de l'éducation nationale. A ce titre, <b>les élèves bénéficient, au cours de leur scolarité, d'actions de prévention et d'information, de visites médicales et de dépistage obligatoires, qui constituent leur parcours de santé dans le système scolaire.</b> Les élèves bénéficient également d'actions de promotion de la santé constituant un parcours éducatif de santé conduit dans les conditions prévues à l'avant-dernier alinéa du II de l'article <a href="#">L. 121-4-1</a>. Ces actions favorisent notamment leur réussite scolaire et la réduction des inégalités en matière de santé. (...) Au cours de la sixième année, une visite comprenant un dépistage des troubles spécifiques du langage et de l'apprentissage est organisée. Les médecins de l'éducation nationale travaillent en lien avec l'équipe éducative, les professionnels de santé et les parents, afin que, pour chaque enfant, une prise en charge et un suivi adaptés soient réalisés suite à ces visites. Les ministres chargés de l'éducation nationale et de la santé déterminent conjointement, par voie réglementaire, pour les visites médicales et les dépistages obligatoires, la périodicité et le contenu de l'examen médical de prévention et de dépistage, ainsi que les modalités de coordination avec les missions particulières des médecins traitants mentionnés au deuxième alinéa de l'article <a href="#">L. 162-5-3</a> du code de la sécurité sociale. Des examens médicaux périodiques sont également</p>	

	effectués pendant tout le cours de la scolarité et le suivi sanitaire des élèves est exercé avec le concours de l'infirmier et, dans les établissements du second degré, d'un assistant de service social.	
<b>Article L.542-3</b> <b>Sensibilisation/Information des élèves sur l'enfance maltraitée</b>	« Au moins une séance annuelle d'information et de sensibilisation sur l'enfance maltraitée, notamment sur les violences intrafamiliales à caractère sexuel, est inscrite dans l'emploi du temps des élèves des écoles, des collèges et des lycées. Ces séances, organisées à l'initiative des chefs d'établissement, associent les familles et l'ensemble des personnels, ainsi que les services publics de l'État, les collectivités locales et les associations consacrées à la protection de l'enfance. »	
<b>Article L. 131-8</b> <b>Prévention de l'absentéisme</b>	<p>« Lorsqu'un enfant manque momentanément la classe, les personnes responsables doivent, sans délai, faire connaître au directeur ou à la directrice de l'établissement d'enseignement les motifs de cette absence.</p> <p>Les seuls motifs réputés légitimes sont les suivants : maladie de l'enfant, maladie transmissible ou contagieuse d'un membre de la famille, réunion solennelle de famille, empêchement résultant de la difficulté accidentelle des communications, absence temporaire des personnes responsables lorsque les enfants les suivent. Les autres motifs sont appréciés par l'autorité de l'État compétente en matière d'éducation. Celle-ci peut consulter les assistantes sociales agréées par elle, et les charger de conduire une enquête, en ce qui concerne les enfants en cause.</p> <p>Le directeur ou la directrice de l'établissement d'enseignement saisit l'autorité de l'État compétente en matière d'éducation afin qu'elle adresse un avertissement aux personnes responsables de l'enfant, leur rappelant les sanctions pénales applicables et les informant sur les dispositifs d'accompagnement parental auxquels elles peuvent avoir recours :</p> <p>1° Lorsque, malgré l'invitation du directeur ou de la</p>	<p>Les conditions d'application de cet article sont précisées par voie réglementaire (article R. 131-7), qui prévoit notamment que :</p> <p>« I-(...), le directeur d'école ou le chef d'établissement réunit les membres concernés de l'équipe éducative dans le premier degré ou de la commission éducative dans le second degré, <b>afin de rechercher l'origine du comportement de l'élève et de proposer les mesures qui peuvent être prises pour y remédier (...).</b></p>

	<p>directrice de l'établissement d'enseignement, elles n'ont pas fait connaître les motifs d'absence de l'enfant ou qu'elles ont donné des motifs d'absence inexacts ;</p> <p>2° Lorsque l'enfant a manqué la classe sans motif légitime ni excuses valables au moins quatre demi-journées dans le mois.</p> <p>En cas de persistance du défaut d'assiduité, le directeur de l'établissement d'enseignement réunit les membres concernés de la communauté éducative, au sens de <a href="#">l'article L. 111-3</a>, afin de proposer aux personnes responsables de l'enfant une aide et un accompagnement adaptés et contractualisés avec celles-ci. Un personnel d'éducation référent est désigné pour suivre les mesures mises en œuvre au sein de l'établissement d'enseignement.</p> <p>Le directeur de l'établissement d'enseignement informe les collectivités territoriales et les autorités concernées par la protection de l'enfance des mesures prises dans l'établissement scolaire contre l'absentéisme et le décrochage scolaire. Il est l'interlocuteur de ces collectivités et de ces autorités et doit être informé, en retour, du soutien dont il peut bénéficier afin de mener à bien les missions d'accompagnement des personnes responsables de l'enfant et de prévention de l'absentéisme. »</p>	
<p><b><u>Article L. 542-1</u></b> <b>Formation commune des professionnels sur la protection de l'enfance en danger</b></p>	<p>« Les médecins, l'ensemble des personnels médicaux et paramédicaux, les travailleurs sociaux, les magistrats, les personnels enseignants, les personnels d'animation sportive, culturelle et de loisirs et les personnels de la police nationale, des polices municipales et de la gendarmerie nationale reçoivent une <b>formation initiale et continue, en partie commune aux différentes professions et institutions, dans le domaine de la protection de l'enfance en danger</b>. Cette formation comporte un module pluridisciplinaire relatif aux infractions sexuelles à l'encontre des mineurs et leurs effets. Cette formation est dispensée dans des conditions fixées par voie réglementaire. »</p>	<p>Noter que la formation est spécifiquement orientée sur le champ de la protection de l'enfance <b>en danger</b> (et non pas la protection de l'enfance au sens large)</p>

<p><b><u>Article D. 542-1</u></b>  <b>Contenu et organisation de la formation commune</b></p>	<p>« I.-Sans préjudice des autres dispositions réglementaires relatives à la formation des personnes mentionnées à l'article <a href="#">L. 542-1</a>, la formation initiale et continue des intéressés dans le domaine de la protection de l'enfance en danger est mise en œuvre dans le cadre de programmes qui traitent des thèmes suivants :</p> <p>1° L'évolution et la mise en perspective de la politique de protection de l'enfance en France, notamment au regard de la Convention internationale des droits de l'enfant ;</p> <p>2° La connaissance du dispositif de protection de l'enfance, de la prévention à la prise en charge, en particulier celle de son cadre juridique, de son organisation et de ses acteurs, de ses stratégies et de ses types d'interventions, ainsi que des partenariats auxquels il donne lieu ;</p> <p>3° La connaissance de l'enfant et des situations familiales, notamment celle des étapes du développement de l'enfant et de ses troubles, de l'évolution des familles, des dysfonctionnements familiaux, des moyens de repérer et d'évaluer les situations d'enfants en danger ou risquant de l'être ;</p> <p>4° Le positionnement professionnel, en particulier en matière d'éthique, de responsabilité, de secret professionnel et de partage d'informations.</p> <p>La formation continue a plus particulièrement pour objectifs la sensibilisation au repérage de signaux d'alerte, la connaissance du fonctionnement des dispositifs départementaux de protection de l'enfance ainsi que l'acquisition de compétences pour protéger les enfants en danger ou susceptibles de l'être.</p> <p>(...)</p> <p>II.-La formation initiale et continue est organisée pour partie dans le cadre de sessions partagées réunissant :</p> <p>1° Pour la formation initiale, les étudiants au plan national, interrégional, régional ou départemental ;</p> <p>2° Pour la formation continue, les différents professionnels intervenant notamment sur un même territoire, afin de favoriser leurs connaissances mutuelles,</p>	
---	--	--

	<p>leur coordination et la mise en œuvre de la protection de l'enfance sur le territoire concerné.</p> <p>Le cadre général des sessions partagées, leurs objectifs ainsi que leurs modalités de mise en œuvre et d'évaluation font l'objet de conventions entre l'ensemble des institutions, services et organismes concernés. »</p>	
<p><b><u>Article D321-16</u></b> <b>Equipe éducative /Premier degré</b></p>	<p>« L'équipe éducative est composée des personnes auxquelles incombe la responsabilité éducative d'un élève ou d'un groupe d'élèves. Elle comprend le directeur d'école, le ou les maîtres et les parents concernés, le psychologue scolaire et les enseignants spécialisés intervenant dans l'école, éventuellement le médecin de l'éducation nationale, l'infirmière scolaire, l'assistante sociale et les personnels contribuant à la scolarisation des élèves handicapés dans l'école. Le directeur d'école peut recueillir l'avis des agents spécialisés des écoles maternelles.</p> <p><b>Elle est réunie par le directeur chaque fois que l'examen de la situation d'un élève ou d'un groupe d'élèves l'exige qu'il s'agisse de l'efficience scolaire, de l'assiduité ou du comportement.</b></p> <p>Les parents peuvent se faire accompagner ou remplacer par un représentant d'une association de parents d'élèves de l'école ou par un autre parent d'élève de l'école. »</p>	

Tableau 2 : Autres arrêtés, circulaires ou notes de services propres à l'éducation nationale

<p><b>Arrêté du 17-07-2018 : extrait du programme d'enseignement moral et civique (BOEN N°30 du 26-07-2018)</b></p>
<p>« L'adjectif « moral » de l'enseignement moral et civique renvoie au projet d'une appropriation par l'élève de principes garantissant le respect d'autrui. Cette morale repose sur la conscience de la dignité et de l'intégrité de la personne humaine, qu'il s'agisse de soi ou des autres, et nécessite l'existence d'un cadre définissant les droits et devoirs de chacun » (...)</p> <p>[La culture civique] ... « articule quatre domaines : la sensibilité, la règle et le droit, le jugement, l'engagement. » (...)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La culture de la sensibilité permet d'identifier et d'exprimer ce que l'on ressent, comme de comprendre ce que ressentent les autres. Elle permet de se mettre à la place de l'autre.</li> <li>- La culture de la règle et du droit unit le respect des règles de la vie commune et la compréhension du sens de ces règles. Elle conduit progressivement à une culture juridique et suppose la connaissance de la loi.</li> <li>- La culture du jugement est une culture du discernement. Sur le plan éthique, le jugement s'exerce à partir d'une compréhension des enjeux et des éventuels conflits de valeurs ; sur le plan intellectuel, il s'agit de développer l'esprit critique des élèves, et en particulier de leur apprendre à s'informer de manière éclairée.</li> <li>- La culture de l'engagement favorise l'action collective, la prise de responsabilités et l'initiative. Elle développe chez l'élève le sens de la responsabilité par rapport à lui-même et par rapport aux autres et à la nation. »</li> </ul>
<p><b>Arrêté du 1er juillet 2013 : Référentiel des compétences professionnelles des métiers du professorat et de l'éducation</b></p>
<p>Compétence « Agir en éducateur responsable et selon des principes éthiques »</p> <p>(...) : « Contribuer à assurer le bien-être, la sécurité et la sûreté des élèves, à prévenir et à gérer les violences scolaires, à identifier toute forme d'exclusion ou de discrimination, ainsi que tout signe pouvant traduire des situations de grande difficulté ou de maltraitance » et « Respecter la confidentialité des informations individuelles concernant les élèves et leurs familles ».</p>
<p><b>Arrêté du 03-11-2015 : Arrêté relatif à la périodicité et au contenu des visites médicales et de dépistage obligatoires prévues à l'article L. 541-1 du code de l'éducation.</b></p>
<p>Article 1 : Les visites médicales et de dépistage obligatoires prévues à l'article L. 541-1 du code de l'éducation ont lieu au cours de la sixième année et de la douzième année de l'enfant.</p> <p>Au cours de la sixième année, la visite comprend un dépistage des troubles spécifiques du langage et de l'apprentissage.</p> <p>Article 2 : Les contenus de ces visites médicales et de dépistage obligatoires sont définis à l'annexe I du présent arrêté pour celles réalisées lors de la sixième année de l'enfant par les médecins, à l'annexe II pour celles qui le sont lors de sa douzième année par les infirmiers de l'éducation nationale.</p> <p>Article 3 : Les résultats de ces visites médicales et de dépistage obligatoires sont inscrits dans le carnet de santé de l'enfant par les professionnels de santé qui les ont effectuées, de façon à être utilisés pour le suivi de l'élève.</p> <p>Article 4 : Ces visites médicales et de dépistage obligatoires peuvent donner lieu, en tant que de besoin, à une collecte de données permettant le suivi épidémiologique de la santé des enfants, dans des conditions conformes à la réglementation en vigueur.</p>

Article 5 : Sont mis à disposition, sur les sites internet des ministères chargés de l'éducation nationale et de la santé, des outils scientifiquement validés et des guides d'accompagnement à destination des professionnels de santé qui réalisent ces visites médicales et de dépistage obligatoires. (...)

#### ANNEXE : VISITE MÉDICALE DE LA SIXIÈME ANNÉE

- analyse des antécédents de l'enfant à partir des données, notamment du document de liaison prévu par l'article L. 2112-5 susvisé du code de la santé publique pour les enfants ayant bénéficié du bilan de santé entre 3 et 4 ans en école maternelle ou du carnet de santé de l'enfant avec l'accord des parents ;

- lorsque les enfants ont bénéficié d'une visite médicale par le médecin qui suit l'enfant en application de l'article L. 541-1, les parents, s'ils en sont d'accord, transmettent à la demande du médecin de l'éducation nationale, dans le cadre du suivi du parcours de santé à l'école, le carnet de santé de leur enfant sous enveloppe cachetée à son intention. Si les parents ne souhaitent pas présenter le carnet de santé, ils devront être en mesure de fournir un certificat médical attestant qu'un bilan de l'état de santé physique et psychologique de leur enfant a été assuré par un professionnel de santé de leur choix (art. L. 541-1 du code de l'éducation) ;

- entretien avec les parents de l'enfant portant notamment sur ses conditions de vie, son développement et d'éventuelles pathologies. Lorsque l'enfant présente un handicap ou une affection chronique, le professionnel de santé analyse ses besoins et, le cas échéant, impulse avec l'accord des parents les démarches nécessaires ;

- prise en compte d'éventuelles observations recueillies auprès de l'enseignant de l'enfant et des personnels intervenant au sein de l'école ;

- vérification des vaccinations au vu du calendrier vaccinal en vigueur ;

- examen statur pondéral avec calcul de l'IMC, report des données et traçage sur les courbes du carnet de santé ;

- examen clinique ;

- dépistage des troubles auditifs comprenant la vérification de l'acuité auditive avec un appareil audio vérificateur ;

- dépistage des troubles visuels ;

- bilan du langage ;

- bilan du développement psychomoteur ;

- examen bucco-dentaire ;

- transmission aux parents des conclusions de ces examens et dépistages incluant, le cas échéant, des recommandations, des conseils ou des demandes d'investigations complémentaires ainsi que, en tant que de besoin, la remise d'un courrier à l'attention du médecin traitant. Le médecin qui l'effectue veille au respect de la confidentialité de cette transmission ;

- mise à disposition des données issues de cette visite aux personnels de l'éducation nationale en charge du suivi de l'élève concerné, dans le respect du secret professionnel ;

- rencontre avec l'enseignant de l'élève et le directeur d'école afin de faire le point sur le suivi et l'accompagnement pédagogique à mettre en place dans le cadre de la réussite scolaire.

Cette liste n'est pas limitative. Chaque professionnel de santé, dans le cadre de ses compétences, poursuivra les examens en fonction des constatations qu'il aura effectuées. »

#### ANNEXE : VISITE DE DÉPISTAGE DE LA DOUZIÈME ANNÉE PAR L'INFIRMIER

- analyse des antécédents de l'enfant à partir, notamment du carnet de santé avec l'accord des parents, en particulier l'existence d'une maladie chronique ou d'un handicap justifiant ou ayant justifié la mise en place d'un dispositif adapté. Les parents peuvent être sollicités en tant que de besoin ou assister à l'examen sur leur demande ;
  - entretien avec l'enfant portant notamment sur ses conditions de vie, sa santé perçue, l'expression éventuelle de difficultés ou de signes de souffrance psychique ainsi que sur son développement pubertaire ;
  - prise en compte d'éventuelles observations recueillies auprès des parents et de l'équipe éducative ;
  - vérification des vaccinations au vu du calendrier vaccinal en vigueur ;
  - examen statur pondéral avec calcul de l'IMC, report des données et traçage sur les courbes du carnet de santé ;
  - évaluation de la situation clinique ;
  - dépistage des troubles visuels ;
  - dépistage des troubles auditifs comprenant la vérification de l'acuité auditive avec un appareil audio vérificateur ;
  - hygiène bucco-dentaire ;
  - recommandations et conseils à l'enfant, adaptés en fonction de ses questions et des données de l'examen ;
  - transmission aux parents des conclusions de cet examen incluant, le cas échéant, des recommandations et des conseils. Un courrier à destination du médecin traitant peut être remis aux parents. Le professionnel de santé qui l'effectue veille au respect de la confidentialité de cette transmission ;
  - mise à disposition des données issues de cette visite aux personnels de l'éducation nationale en charge du suivi de l'élève concerné, dans le respect du secret professionnel ;
  - rencontre avec les enseignants de l'élève et l'équipe de direction afin de faire le point sur le suivi et l'accompagnement pédagogique à mettre en place dans le cadre de la réussite scolaire.
- Cette liste n'est pas limitative. Chaque professionnel de santé, dans le cadre de ses compétences, poursuivra les examens en fonction des constatations qu'il aura effectuées. »

#### **Circulaire n° 2018-111 du 12-09-2018 relative à l'éducation à la sexualité**

Objectifs : « Il s'agit d'une démarche éducative transversale et progressive, qui vise à favoriser l'estime de soi, le respect de soi et d'autrui, l'acceptation des différences, la compréhension et le respect de la loi et des droits humains, la responsabilité individuelle et collective, la construction de la personne et l'éducation du citoyen. Son approche globale et positive doit être adaptée à chaque âge et à chaque niveau d'enseignement. Il est indispensable de s'appuyer sur les valeurs laïques et humanistes pour travailler avec les élèves dans une démarche fondée sur la confiance.

#### **Circulaire n°2016-008 du 28-01-2016 : Mise en place du parcours éducatif de santé pour tous les élèves**

« (...)Les actions de promotion de la santé des élèves, assurées par tous les personnels, dans le respect des missions de chacun, prennent place au sein de la politique de santé à l'école qui se structure selon trois axes : l'éducation, la prévention et la protection.

Au sein des écoles et établissements scolaires, l'ensemble de ces actions de prévention, d'information, de visites médicales et de dépistage s'organise au bénéfice de chaque élève pour former un parcours éducatif de santé.

Ce parcours vise à structurer la présentation des dispositifs qui concernent à la fois la protection de la santé des élèves, les activités éducatives liées à la prévention des conduites à risques et les activités pédagogiques mises en place dans les enseignements en référence aux programmes scolaires. L'organisation du parcours éducatif de santé concerne toutes les écoles et tous les établissements ; son contenu est adapté aux besoins

et demandes des élèves et aux ressources disponibles. (...) »

La présente circulaire a pour objet de présenter les modalités de mise en place du parcours éducatif de santé aux différents échelons de l'organisation du système scolaire.

### **Circulaire n° 2014-107 du 18-8-2014 : Fonctionnement des réseaux d'aides spécialisées aux élèves en difficulté (Rased) et missions des personnels qui y exercent**

« Un pôle ressource dans la circonscription pour l'aide aux élèves et aux enseignants

Le pôle ressource de la circonscription regroupe tous les personnels que l'inspecteur de l'éducation nationale (IEN) peut solliciter et fédérer pour répondre aux demandes émanant d'un enseignant ou d'une école (conseillers pédagogiques, maîtres-formateurs, animateurs Tice, enseignants référents pour la scolarisation des élèves handicapés, psychologues scolaires, enseignants spécialisés, enseignants itinérant ayant une mission spécifique, etc.). Les personnels sociaux et de santé de l'éducation nationale peuvent être associés autant que de besoin à son action.

L'inspecteur de l'éducation nationale, pilote du pôle ressource, définit, après réflexion conjointe avec les membres du pôle, les axes stratégiques de mise en œuvre des aides aux élèves et aux enseignants de la circonscription dont il a la charge. L'objectif de tous les professionnels mobilisés dans ce cadre est de prévenir et de remédier aux difficultés qui se manifestent dans les écoles afin d'améliorer la réussite scolaire de tous les élèves.

Les professionnels du pôle ressource travaillent collectivement à partir du projet de la circonscription et en lien avec les équipes pédagogiques des écoles.

Le réseau d'aides spécialisées aux élèves en difficulté (Rased) est l'une des composantes de ce pôle ressource. Placé sous l'autorité et la responsabilité de l'IEN, le Rased est constitué de l'ensemble des enseignants chargés des aides spécialisées et des psychologues scolaires qui exercent dans la circonscription. Après concertation de ces membres, l'IEN arrête l'organisation générale des actions de prévention et des aides spécialisées dans la circonscription ainsi que les priorités d'action du Rased dont le fonctionnement et les résultats sont régulièrement évalués. »

### **Circulaire n°2017-055 du 22-03-2017 : Missions du service social en faveur des élèves**

« Missions

Placé sous l'autorité hiérarchique de l'IA-Dasen, le service social en faveur des élèves concourt directement aux missions de service public de l'éducation et contribue au bon fonctionnement des établissements et services de l'éducation. Il est force de propositions pour l'élaboration et la mise en œuvre de la politique éducative, sociale et de santé.

Service de proximité, son action s'inscrit dans une politique de prévention au sein de l'institution et à l'interface de l'école et de son environnement. Il vise à aider l'élève à construire son projet personnel qui a pour objectif général l'entrée aussi satisfaisante que possible dans la vie adulte sous ses aspects professionnels, sociaux et humains. Il œuvre, par une approche globale, à l'amélioration de la qualité de vie des élèves au plan social, familial, sanitaire, économique, culturel et à leur assurer des conditions favorables à leur réussite, concourant à instaurer un climat scolaire serein et un cadre protecteur. Il accompagne les élèves dans la construction de leur parcours scolaire et dans l'acquisition de leur autonomie, en favorisant le développement de leurs compétences psychosociales.

Déclinées aux différents niveaux du système éducatif dans les projets académiques, départementaux et d'établissement, les missions du service social en faveur des élèves s'exercent dans le cadre des priorités nationales suivantes :

- contribuer à la prévention de l'échec scolaire, de l'absentéisme et du décrochage en agissant sur les facteurs sociaux et éducatifs à l'origine des difficultés, en proposant un accompagnement social, en facilitant, si besoin est, une intervention précoce d'autres services spécialisés ;
- contribuer à la protection de l'enfance et des mineurs en danger dans le cadre des protocoles et conventions en vigueur et apporter tout conseil à l'institution dans ce domaine ;
- contribuer à l'amélioration du climat scolaire en participant à la prévention des violences et du harcèlement sous toutes leurs formes, en soutenant les élèves (victimes comme auteurs), en assurant une médiation dans les situations de tensions, conflits et ruptures de dialogue ;
- participer à l'éducation à la santé et à la citoyenneté, favoriser l'accès aux droits ;
- concourir à l'inclusion scolaire des élèves en situation de handicap ou à besoins particuliers en participant à leur accueil, à leur information et à leur accompagnement, en lien avec les parents et les professionnels en charge de leur suivi ;
- participer à l'orientation et au suivi des élèves devant bénéficier d'une orientation spécifique ;
- soutenir et accompagner les parents dans leur fonction éducative, mettre en place des actions de soutien à la parentalité dans le cadre de la scolarité et concourir au renforcement de la coopération entre l'école et les parents, notamment avec les parents les plus éloignés de la culture scolaire, en mobilisant si besoin le réseau partenarial ;
- participer à la formation initiale et continue des travailleurs sociaux, en lien avec les établissements de formation.

« Dans le premier degré en réseau d'éducation prioritaire (Rep+)

L'intervention du service social en faveur des élèves vise à favoriser au plus tôt la prévention et le repérage des difficultés, notamment sociales et familiales, susceptibles d'entraver les apprentissages des élèves et de faciliter, si besoin, une intervention précoce des services spécialisés.

Au sein du Rep+, selon les modalités fixées par l'autorité académique, l'assistant de service social assure un rôle de conseil auprès de l'inspecteur de l'éducation nationale et des directeurs des écoles du réseau.

Ce conseil, qui peut prendre la forme d'un avis, concerne en particulier les situations des élèves les plus vulnérables :

- élèves en danger ou susceptibles de l'être ;
- élèves en situation de non fréquentation scolaire ;
- élèves devant être orientés vers un enseignement général ou professionnel adapté (Egpa).

Son action s'exerce en particulier pour faciliter les relations avec les familles et les partenaires, en complémentarité avec celle des personnels de santé et, le cas échéant, du psychologue du réseau d'aides spécialisées aux élèves en difficulté (Rased).

L'assistant de service social établit des liaisons et des concertations avec les services sociaux et éducatifs du conseil départemental ou les services spécialisés afin d'assurer la continuité des actions mises en œuvre et leur articulation avec la scolarité.

Il impulse des actions visant le développement de la coopération entre l'école et les parents. Il participe à la mise en œuvre d'actions de sensibilisation des élèves et de formation des personnels du Rep+ dans son domaine de compétences. »

« L'accueil et l'accompagnement dans le cadre de la consultation infirmière spécifique

L'infirmier-ière accueille tout élève ou étudiant qui le sollicite pour quelque motif que ce soit, y compris d'ordre relationnel ou psychologique, dès lors qu'il y a une incidence sur sa santé ou sa scolarité. Dûment formé-e à cet effet, il-elle est à même de jouer un rôle d'observation, de dépistage et de relais dans le domaine de la santé mentale. Il-elle assure un suivi et un accompagnement individuels, établit les relais nécessaires au sein de l'établissement (médecins de l'éducation nationale, assistants de service social, psychologues scolaires, conseillers d'orientation-psychologues, conseillers principaux d'éducation, enseignants...), accueille les parents dans la prise en charge du ou des problèmes identifiés et travaille en étroite relation avec les professionnels du réseau de santé. Il-elle effectue le suivi des actes infirmiers ou de l'orientation de santé proposés. Il-elle est attentif à renforcer l'écoute auprès des élèves et à assurer leur information sur leur capital santé. Il-elle s'attache en particulier à mener une action positive auprès des élèves, des étudiants en termes d'éducation au respect de l'autre, notamment à l'égard des attitudes ou comportements racistes, sexistes et de harcèlement. »

(...) « Le suivi infirmier

L'infirmier-ière organise, si besoin est, une consultation, le suivi de l'état de santé des élèves du premier et du second degré en complément des visites médicales et de dépistage obligatoires, en vue de repérer les difficultés éventuelles de santé ou les élèves fragilisés. Ce suivi s'inscrit dans le cadre des actions de prévention et d'éducation en matière d'hygiène et de santé individuelle et collective. La réalisation de ce suivi doit favoriser une collaboration en particulier entre infirmiers, médecins, enseignants, CPE, assistants sociaux, conseillers d'orientation-psychologues, familles et autres professionnels de santé dans l'intérêt de l'élève.

Il-elle retranscrit l'intégralité de sa démarche dans l'application informatique prévue à cet effet.

Dans tous les cas, sauf opposition manifeste de l'élève, il-elle informe la famille de ses constatations et s'assure des suites données.

L'infirmier-ière, à partir de données sur la santé et la scolarité de l'élève ou de l'étudiant, évalue les besoins en santé, définit des priorités et organise, si besoin est, le suivi de l'état de santé de l'élève ou de l'étudiant.

Il-elle veille à ce que les élèves bénéficient des aides et suivi extérieurs préconisés ou prescrits (orthophonie, psychologie, consultation spécialisée...) et accompagne, si nécessaire, les familles dans cette démarche. Il-elle favorise ainsi l'accès aux soins des élèves, leur permet d'être dans les meilleures conditions d'apprentissage et lutte ainsi contre les inégalités. »

(...) « La protection de l'enfance

En lien avec les équipes éducatives et pédagogiques, l'infirmier-ière participe à la politique de protection de l'enfance et agit pour assurer la protection de l'élève, conformément aux articles L. 226-2-1 et suivants du code de l'action sociale et des familles en conformité avec le code pénal.

Il-elle peut être également dépositaire d'informations et/ou d'observations. Il-elle met alors en œuvre toutes les mesures pour assurer la protection des élèves ; dans ce domaine, le travail en réseau est primordial, notamment avec l'assistant de service social et le médecin.

L'infirmier-ière agit en conformité avec le dispositif départemental mis en place par le président du conseil départemental, permettant de recueillir en permanence les informations relatives aux mineurs en danger et de répondre aux situations d'urgence, selon les modalités définies en liaison avec l'autorité judiciaire et les services de l'État dans le département. Il convient, selon le cas, de se référer aux textes en vigueur. »

#### Suivi individualisé des élèves

Le médecin de l'éducation nationale réalise des visites médicales afin de mettre en place des actes de prévention nécessaires au suivi des élèves, qui ont pour objectifs principaux :

- le diagnostic médical des difficultés susceptibles d'entraver la scolarité des élèves ;
- l'adaptation de la scolarité aux besoins des élèves avec des aménagements concertés avec l'équipe éducative ;
- le suivi des élèves ayant des besoins spécifiques ;
- le lien entre la famille, l'école et le monde médical ;
- le recueil de données épidémiologiques permettant une meilleure connaissance de la population concernée ;
- l'identification des besoins de santé prioritaires de leur secteur. »

(...) « Devant des situations préoccupantes

#### Examens à la demande

À la demande de l'équipe éducative, des parents ou de l'élève lui-même, le médecin intervient auprès d'un élève en difficultés, que celles-ci se manifestent à travers les résultats scolaires (chute des résultats, difficultés d'apprentissage) ou des comportements inappropriés (absentéisme, manifestations de violence, repli, isolement, conduites à risques...). Il apporte son expertise, assure le suivi, l'accompagnement et l'orientation de l'élève vers les structures de soins appropriées. Il effectue le lien entre l'élève, la famille, les soignants et l'équipe éducative pour permettre une éventuelle adaptation de la scolarisation. (...)

#### Participation à la protection de l'enfance

En lien avec les équipes éducatives et pédagogiques, le médecin participe à la politique de protection de l'enfance et agit pour assurer la protection de l'élève, conformément aux articles L. 226-2-1 et suivants du code de l'action sociale et des familles en conformité avec le code pénal et le code de déontologie.

Dans ce cadre, il peut être amené à faire une évaluation médicale de la situation d'un mineur pouvant laisser craindre que sa santé, sa sécurité ou sa moralité sont en danger ou en risque de l'être ou que les conditions de son éducation ou de son développement physique, affectif, intellectuel et social sont gravement compromises ou en risque de l'être (article R. 226-2-2 du code de l'action sociale et des familles).

S'il constate que la santé ou le développement de l'enfant est compromis ou menacé, il en rend compte sans délai aux services départementaux compétents, la cellule de recueil des informations préoccupantes (CRIP) et/ou au procureur, selon les modalités définies sur le territoire conformément aux articles L. 226-2-1 et suivants du code de l'action sociale et des familles en conformité avec le code pénal. »

#### **Circulaire n° 2015-139 du 10-08-2015 : Missions des conseillers principaux d'éducation**

« De par leurs missions spécifiques, les CPE apportent une contribution à la connaissance de l'élève et la font partager. Ils travaillent en étroite collaboration avec les enseignants et les autres personnels, notamment sociaux et de santé, en échangeant des informations sur le comportement et l'activité de l'élève, ses résultats, ses conditions de travail, et en recherchant en commun l'origine de difficultés éventuelles pour lui permettre de les surmonter. »

(...) « Dans le cadre de l'action éducative de l'établissement, les CPE travaillent avec les personnels sociaux et de santé, les conseillers d'orientation-psychologues et les partenaires extérieurs pour lutter, notamment, contre les risques psychosociaux (notamment les conduites à risques, les signes d'addiction, les troubles

anxieux, les situations de stress) l'absentéisme et le décrochage scolaire. Au sein de l'équipe éducative, ils contribuent à la meilleure connaissance possible de l'adolescent et de son environnement familial et social. Ils apportent une contribution spécifique à la prise en charge globale des élèves. »

(...) « Les CPE entretiennent un dialogue constructif avec les familles des élèves ou leurs représentants légaux et participent à l'instauration, dans la durée, de la relation entre les intéressés et l'établissement scolaire. Ces actions sont menées en lien avec les équipes pédagogiques et notamment les professeurs principaux.

En lien avec les personnels enseignants et d'orientation, ils aident les familles ou les représentants légaux des élèves à l'élaboration et à l'accompagnement du projet personnel de chaque élève.

Les CPE contribuent à mieux faire connaître le fonctionnement de l'institution scolaire et en explicitent les règles et les attentes aux familles, en portant une attention particulière à celles qui sont les plus éloignées de l'école. »

### **Circulaire n° 2016-114 du 10-8-2016 : Orientations générales pour les comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté**

« La loi n° 2013-595 du 8 juillet 2013 d'orientation et de programmation pour la refondation de l'École de la République dispose qu'« au titre de sa mission d'éducation à la citoyenneté, le service public de l'éducation prépare les élèves à vivre en société et à devenir des citoyens responsables et libres, conscients des principes et des règles qui fondent la démocratie ».

L'École, dans une démarche de coéducation, sans se substituer aux familles, a pour tâche de transmettre aux jeunes les valeurs fondamentales de la République. Pour y parvenir, elle mobilise l'ensemble des acteurs de la communauté éducative à travers la mise en place du parcours d'éducation à la santé, défini par la circulaire n° 2016-008 du 28 janvier 2016, et du parcours citoyen de l'élève défini par la circulaire n° 2016-092 du 20 juin 2016. Ces parcours permettent à l'élève de développer, dans les situations concrètes lors des temps scolaires, périscolaires et extrascolaires, son aptitude à vivre de manière autonome, à participer activement à l'amélioration de la vie commune et à préparer son engagement en tant que citoyen. Inscrits dans la continuité et la progressivité des temps de l'élève, ils lui donnent l'occasion d'acquérir la capacité à juger par lui-même et le sentiment d'appartenance à la société.

À tous les échelons, le comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté (Cesc) est une instance particulièrement adaptée, donc à privilégier, pour définir et impulser les actions à même de faire vivre concrètement ces objectifs de l'École. »

(...) « 4. Au niveau de l'établissement

Les quatre missions du Cesc sont définies à l'article R. 421-47 du code de l'éducation :

- contribuer à l'éducation à la citoyenneté ;
- préparer le plan de prévention de la violence ;
- proposer des actions pour aider les parents en difficulté et lutter contre l'exclusion ;
- définir un programme d'éducation à la santé et à la sexualité et de prévention des comportements à risques. »

(...) « Dans le cas d'un Cesc interdegrés, des représentants d'enseignants du premier degré, des directeurs d'École et d'inspecteurs de l'éducation nationale en charge de la circonscription du premier degré participent au Cesc. »

(...) « Le renforcement du rôle des parents dans l'École est inscrit dans le décret n° 2006-935 du 28 juillet 2006 et réaffirmé par la loi n° 2013-595 du 8 juillet 2013 modifiée d'orientation et de programmation pour

la refondation de l'École de la République.

C'est dans ce cadre, qu'à partir de problématiques identifiées, le Cesc doit être en capacité, sans pour autant traiter de situations individuelles, de proposer aux parents, par exemple en s'appuyant sur l'espace parents, des actions leur permettant d'accompagner la scolarité de leurs enfants. Ces actions s'inscrivent nécessairement dans une démarche partenariale, travaillées avec les fédérations de parents d'élèves et s'appuient, en tant que de besoin, sur les différents dispositifs existants, notamment dans le cadre de la politique de la ville ou des réseaux d'écoute, d'appui et d'accompagnement des parents (REAAP).

Une attention particulière est portée aux élèves en situation de grande pauvreté en s'appuyant sur les analyses et recommandations du rapport Grande pauvreté et réussite scolaire de l'inspection générale de l'éducation nationale de mai 2015. Il est essentiel de mobiliser tous les acteurs sur le renforcement de la solidarité, sur l'enjeu de l'inclusion et sur la lutte contre les mécanismes de ségrégation sociale comme territoriale afin de relever le défi de la réussite de tous les élèves.

Pour cela, il est souhaitable d'engager des réflexions et actions pour améliorer la connaissance concrète des conditions de vie défavorisées, encourager le développement d'actions en faveur d'une alimentation suffisante et équilibrée, ou pour tenir compte des conditions de vie des familles pour définir le travail personnel attendu des élèves.

Lorsque l'établissement se situe dans le champ de l'éducation prioritaire, ces actions s'articulent nécessairement avec le programme de réussite éducative déployé dans le réseau d'éducation prioritaire (Rep/Rep+). »

### 3.3 La prévention dans les rapports et autres supports de référence en protection de l'enfance entretient l'ambivalence entre prévention universelle et prévention ciblée

Les rapports institutionnels ou de personnalités qualifiées dans le domaine de l'enfance ont une acception variée de la prévention, qui ne permet pas de pallier l'absence de référentiel.

#### 3.3.1 Rapport de Madame Gouttenoire sur les besoins fondamentaux (2014)

Le rapport du groupe de travail présidé par Mme Gouttenoire : « *Protection de l'enfance et adoption, 40 propositions pour adapter la protection de l'enfance et l'adoption aux réalités d'aujourd'hui* » (février 2014) reprend à son compte la classification de l'OMS. Il indique, s'agissant de la prévention du syndrome de l'enfant secoué, que :

« Trois niveaux de prévention pourraient être envisagés :

- *la prévention primaire : limiter l'incidence par une action sur l'ensemble de la population ;*
- *la prévention secondaire : limiter l'incidence par une action sur une population cible présentant des risques majorés ;*
- *la prévention tertiaire : limiter les conséquences et éviter les récurrences dans la population déjà atteinte par ce risque. » .*

La principale action de prévention prévue par le rapport à l'appui de cette classification porte sur une campagne nationale d'information auprès des personnes susceptibles de garder un nourrisson (soit la quasi-totalité de la population), sur la dangerosité des secousses, cette information « *devant*

*pouvoir être un frein au passage à l'acte* » et la conscience du caractère maltraitant de cet acte devant être « *utilisée avant l'acte comme cible principale de la prévention* ».

La prévention prend donc ici principalement la forme d'une information/sensibilisation (prévenir au sens proverbial d'informer et surtout alerter quelqu'un : « *un homme averti...* »).

### 3.3.2 Rapport du Sénat « Meunier-Dini » sur la protection de l'enfance (2014)

Le rapport du Sénat « Meunier-Dini, 2014 » sur la protection de l'enfance contient un chapitre développé sur la prévention. Il rappelle en introduction que « *La loi de 2007 a entendu **faire de la prévention l'un des axes forts de la protection de l'enfance**. L'objectif recherché est d'éviter le développement des situations à risque, ou tout du moins, de limiter l'aggravation de ces situations* ». Il indique ensuite que « *quatre dispositifs de prévention primaire intervenant en direction des parents et des enfants à des moments jugés clefs de leur évolution* » ont été mis en place (l'entretien du quatrième mois de grossesse, l'action médico-sociale post natale réalisée à la demande des parents ou avec leur accord à la maternité ou à domicile, le bilan de santé assuré par la PMI pour les enfants de 3 à 4 ans et les bilans de santé réalisés dans le cadre de la scolarité au cours des sixième, neuvième, douzième et quinzième année). Mais, outre que la deuxième mesure relève de la prévention secondaire (accompagnement des parents en difficulté), le rapport rappelle que, par le biais de ces visites, « *les **professionnels de la PMI et de la santé scolaire sont ainsi appelés à identifier le plus tôt possible (...)** les signes de souffrance physique et/ou psychique qui peuvent apparaître chez les enfants nécessitant une mesure de protection et, dès lors, à contribuer à la mise en place d'une prise en charge adaptée* ». La prévention est donc prioritairement mise au service du repérage et de la prise en charge avant d'être un moyen d'évitement, ce qui, une fois encore, la place dans un registre de prévention secondaire ou ciblé.

Cette constante ambiguïté sur ce qui relève de la prévention primaire conduit les rapporteuses à souligner que « *Malgré l'importance capitale que lui a conféré la loi, **l'approfondissement du volet « prévention » de la protection de l'enfance n'a pu véritablement être suivi d'effet en pratique, faute de moyens et d'une véritable vision partagée de ce que doit être l'accompagnement à la parentalité*** ».

Mais plus fondamentalement, le rapport met l'accent sur le fait que les missions de la PMI se sont considérablement élargies au cours des dernières décennies alors que leurs moyens se sont au contraire réduits si bien que, de fait, « *La mission de prévention de la PMI, alors même qu'elle était entendue comme un axe phare de la loi de 2007, est passée au second plan* ». Ceci conduit le rapport à appuyer une recommandation antérieure de la Cour des comptes, visant à « *mobiliser les services départementaux de PMI autour d'objectifs précis fixés par l'État, tenant compte des caractéristiques de chaque territoire* ».

### 3.3.3 Rapport DGCS sur le champ non sanitaire de la PMI (2016)

Selon ce rapport, l'action de prévention des PMI « *met en œuvre un principe d'universalisme proportionné garantissant un accès de tous, tout en portant une attention particulière aux personnes en situation de vulnérabilité* ». Elle est qualifiée de « *prévention prévenante* <sup>58</sup>», la prévenance consistant à être attentif aux singularités individuelles, sans schémas prédictifs. Ainsi, la PMI met en œuvre des **mesures de prévention** d'ordre médical, psychologique et social en faveur des futurs parents et des enfants de 0 à 6 ans d'une part, et des actions d'accompagnement psychologique et social des femmes enceintes, des jeunes mères, particulièrement celles qui sont les plus démunies d'autre part. Par ailleurs, son action est « *positionnée sur l'ensemble des milieux de vie de l'enfant, dans le cadre de sa mission de prévention générale de la PMI : cadre familial, lieux de socialisation, modes d'accueil, école maternelle* ».

Le rapport met l'accent sur la dimension préventive en rappelant que « *Au-delà des conseils prodigués par les professionnels de la PMI sur les soins à apporter à l'enfant, ses besoins, sa sécurité, se met en place un véritable travail d'accompagnement de la relation père-mère-enfant et du développement du bébé. Ce travail de prévention très précoce, délicat, réalisé par la PMI est mal connu. Il peut être menacé lorsque les liens entre le prénatal, le séjour à la maternité et le post-natal immédiat (programme d'accompagnement au retour à domicile -PRADO-) ne sont pas suffisants. Il peut être également mis à mal, si les familles et les professionnels médicaux ne voient la PMI qu'à travers le prisme du repérage de la maltraitance.* ». Conscient de la nécessité de valoriser les effets préventifs des actions telles que les visites à domicile, le rapport préconise d'identifier dans les statistiques annuelles « **ce qui relève de la prévention précoce et du soutien à la fonction parentale dans les statistiques d'activité des professionnels de PMI et recenser les actions y concourant** ».

Au final, toutefois, le rapport indique que « *le développement de la prévention recherché par la loi de 2007 reste limité et les professionnels de PMI se sentent globalement fragilisés dans l'exercice des missions de prévention* ». Les équipes sont décrites comme devant en pratique traiter en priorité les informations préoccupantes, avec pour conséquence un surcroît de travail et une **confusion des rôles entre prévention et évaluation sociale** les mettant en difficulté lorsqu'elles sont sollicitées pour effectuer des évaluations auprès des mêmes familles qu'elles suivent par ailleurs dans une relation de soutien. Le rapport conclut à la nécessité de séparer les fonctions d'évaluation des missions de prévention, de soin ou d'accompagnement social ou éducatif.

---

<sup>58</sup> Cette notion de prévention prévenante apparait dans la circulaire ministérielle du 7 février 2012 lorsqu'elle définit les actions de soutien à la parentalité : « *elles ont pour spécificité de placer la reconnaissance des compétences parentales comme fondement du bien-être et l'éducation de l'enfant et (...) elles privilégient une prévention « prévenante » attentive aux singularités individuelles, sans schéma prédictif, évaluatif ou normatif. Elles utilisent comme levier la mobilisation des parents qui ne sont pas seulement des bénéficiaires de l'action mais qui en sont les acteurs* »

### 3.3.4 Rapport du haut conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge (HCFEA) sur la mise en œuvre de la convention internationale des droits de l'enfant (février 2018)

La défenseure des enfants souligne la nécessité d'une stratégie nationale de santé dédiée aux enfants avec, notamment, **une priorité à la prévention** :

- « *Le renforcement de la prévention fait l'objet du titre premier de la loi de modernisation de notre système de santé, et devrait être l'une des priorités de la prochaine stratégie nationale de santé. Le HCSP a pour sa part recommandé d'adopter une « approche vie entière » (...) qui conçoit la stratégie de prévention de manière à réduire les inégalités de santé, selon le « concept d'universalisme proportionné ».*

Mais le rapport soulève les difficultés qu'il y aura lieu de lever pour mettre les pratiques en conformité avec les objectifs fixés car :

- « ***Force est de constater que la dimension préventive de la politique de santé a toujours été insuffisamment développée dans notre pays, mal coordonnée et financée. Elle fait de surcroît l'objet de peu d'évaluations.*** Entre les discours, les orientations législatives et la réalité de terrain, on constate un réel décalage, les acteurs ayant du mal à s'impliquer autant que nécessaire dans des actions préventives, faute de moyens et au regard de la multiplicité des tâches et des urgences à gérer ».

Le rapport souligne en particulier la situation inquiétante dans laquelle se trouve la PMI dans de nombreux départements en raison des contraintes budgétaires et des manques d'effectifs :

- « *Certains services de PMI sont dès lors contraints de réduire le périmètre de leur action, et de devoir faire des priorités en **abandonnant des pans entiers des actions de prévention primaire**, par exemple les bilans de santé en école maternelle, ou en limitant le suivi aux enfants de moins de deux ans (...) Les actions de prévention, d'accompagnement à la parentalité, de promotion de la santé, finissent par ne plus être assurées correctement.* »

### 3.3.5 Feuille de route du CNPE pour 2017

Dans une feuille de route intitulée « *prévention et repérage précoce* », le CNPE part d'emblée du constat que « *La prévention et ses effets sont méconnus alors même que la prévention a été renforcée par la loi du 14 mars 2016<sup>59</sup>. **L'identification des actions de prévention et leur articulation avec les dispositifs de protection de l'enfance et de soutien à la parentalité sont parfois difficiles à repérer et peu évaluées*** ».

Le CNPE considère que les enjeux stratégiques sont « *de prévenir au plus tôt les situations de risque de danger ou de danger en repérant les facteurs de vulnérabilité des enfants et de leurs familles et de faire évoluer les pratiques préventives face aux nouveaux enjeux de société. **Il s'agit également de rendre plus lisibles la prévention et ses effets*** ». Il se situe donc dans une approche ciblée ou secondaire de la prévention, concentrant ses efforts sur les publics en difficulté ou vulnérables. Il appelle en outre à une clarification du concept de prévention, ce qui se traduit dans sa feuille de route par le souhait de « **proposer un socle commun de références dans le domaine de la prévention en protection de l'enfance** ».

---

<sup>59</sup> Article L. 112-3 du CASF dans sa rédaction issue de la loi de 2016 : la protection de l'enfance « comprend des actions de prévention en faveur de l'enfant et de ses parents ».

### 3.3.6 Stratégie nationale de santé (SNS)

La nouvelle SNS pour 2018-2022 fait de la prévention sa première priorité : « *Mettre en place une politique de promotion de la santé, incluant la prévention dans tous les milieux, tout au long de la vie* ». L'ensemble des actions prévues à ce titre ont vocation à s'appliquer aussi aux enfants. S'agissant toutefois des priorités spécifiques à la politique de santé de l'enfant, de l'adolescent et du jeune, la SNS prévoit en particulier de :

- accompagner les parents dès la période prénatale dans la réduction des risques pour la santé des enfants ;
- développer dès le plus jeune âge l'éducation pour la santé et les compétences psychosociales ;
- prévenir les violences et les maltraitements sur les enfants.

Ces axes sont déclinés en actions dont certaines relèvent d'une approche développementale, d'autres d'une approche corrective ou réparatrice. La volonté de promouvoir tout à la fois une politique de promotion de la santé (prévention primaire ou universelle selon la classification retenue) et des actions de prévention axées sur des difficultés spécifiques (prévention secondaire ou ciblée selon la classification retenue) pourrait une fois de plus contribuer à brouiller les cartes et entretenir le flou sur la prévention. Cela rend d'autant plus nécessaire de préciser le cadre de ce qui relève de la prévention et des lieux et modalités les plus appropriés pour en connaître.

## 3.4 La doctrine institutionnelle ne permet pas non plus de clarifier l'approche de la prévention qu'il convient de privilégier

### 3.4.1 La prévention dans la loi de 2007 vue par l'ONED (2007)

L'ONED a fait paraître en 2007 un document résumant « *les 7 enjeux de la loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance* ». Il rappelle en premier lieu que la philosophie du dispositif français est inchangée. Le second paragraphe, consacré au deuxième enjeu, porte sur la « *volonté de développer la prévention* ». A ce titre, il ne cite que les dispositions relatives à la PMI.

A l'instar de nombreux documents commentant cette loi, l'ensemble des missions dévolues à la PMI sont présentées comme relevant, sans distinction, de la prévention primaire. Cependant, la mise en place de l'entretien systématique au quatrième mois de grossesse est décrite comme ayant « *vocation, au regard du suivi très médicalisé des grossesses, à permettre un suivi social et le repérage d'éventuelles difficultés pouvant perturber l'établissement du lien entre parents et enfant* ». De même sont citées les actions de suivi à domicile post natales qui, par définition, sont destinées à des parents confrontés à des difficultés. Enfin, les rendez-vous médicaux des neuvième, douzième et quinzième années sont décrites comme visant à « *détecter le plus précocement possible les souffrances psychiques ou des comportements à risque pour mettre en place des prises en charge adaptées* ».

La lecture du paragraphe fait apparaître une assimilation du caractère systématique et universel de ces visites médicales à la prévention primaire alors que les deux notions ne se recouvrent que partiellement.

### 3.4.2 La prévention dans la loi du 14 mars 2016 vue par l'ONPE (2016)

L'ONPE a fait paraître en mars 2016 une note d'actualité consacrée à la loi du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfance. Selon l'observatoire, aux termes de cette loi « *Le périmètre de la protection de l'enfance est également précisé et clarifié par l'article 1<sup>er</sup>. Il distingue ce que nous pourrions appeler quatre seuils d'intervention : les « actions de préventions en faveur de l'enfant et de ses parents », « l'organisation du repérage et du traitement des situations de danger ou de risque pour l'enfant », les « décisions administratives » et enfin celles « judiciaires » prises « pour sa protection ».*

L'ONPE propose donc une approche séquentielle dans laquelle les mesures d'accompagnement administratives ne sont pas des mesures de prévention, ces dernières étant *a priori* situées dans le temps en amont du repérage et du traitement, au travers d'actions en faveur des enfants et des parents. Toute référence à des difficultés semble ici écartée, la prévention étant apparemment entendue au sens de prévention primaire.

### 3.4.3 Guide de prévention de l'ONPE (2012)

L'ONPE a fait paraître en 2012 un guide sur la « Prévention en faveur de l'enfant et de l'adolescent ». Celui-ci entend se situer **en amont des dispositifs de protection, « depuis la prévention primaire jusqu'à la lisière des actions préventives à domicile de l'ASE »**. S'appuyant sur la loi de 2007, il aborde successivement trois axes d'actions :

- la prévention périnatale ;
- la prévention des difficultés éducatives parentales ;
- la prévention en direction des enfants et adolescents.

Ce guide décrit les actions de prévention apportées par la loi de 2007 mais ne définit pas la prévention. Il rappelle ainsi que la loi « **donne une base légale à des actions de prévention primaire, qui s'adressent à toute une population, partant du principe que des risques de mise en danger de l'enfant peuvent apparaître quel que soit le contexte social, culturel ou familial** ». L'usage de la locution *prévention primaire* fait l'objet d'une simple note de bas de page qui la définit de manière très succincte : « *Le terme de prévention primaire est habituellement employé dans le champ sanitaire. Elle a pour objectif d'empêcher la survenue d'un événement défavorable et de ses causes lorsqu'elles sont connues* ». Cette définition n'est pas accompagnée d'une réflexion sur sa signification, les nécessaires adaptations et implications de ses possibles déclinaisons dans le champ particulier de l'enfance. Elle est en outre déconnectée de toute référence à la prévention secondaire et tertiaire dans ce même champ, ce qui autorise et conduit à qualifier, à notre sens hâtivement, de très nombreuses actions d'actions de prévention primaire.

Le guide semble osciller en permanence entre une vision et une vocation universelles de la protection de l'enfance et une réalité administrative centrée prioritairement sur les enfants en difficulté. Ainsi, un paragraphe de l'introduction intitulé « *Des principes de base pour agir dans un objectif commun : la protection de l'enfant* » (vision universaliste laissant présager une approche primaire), débute par l'affirmation selon laquelle : « *Que ce soit au titre d'un dépistage, d'un suivi, ou d'un accompagnement, il est essentiel que parents et enfant puissent identifier et saisir le rôle du professionnel qui intervient* » (vision institutionnelle axée sur les dispositifs en direction des personnes en difficulté : dépistage, suivi, accompagnement).

La suite du guide met en fait en évidence une répartition de la prévention entre deux types d'action :

- **Les actions d'information et de sensibilisation.** Celles-ci sont destinées à tous et rejoignent l'approche universaliste de la prévention, entendue dans l'acception étymologique de verbe *prévenir* au sens *informer, donner des conseils* (prévenir quelqu'un...). Ces actions peuvent être assimilées à de la prévention primaire dans la mesure où « *les bonnes informations au bon moment* » sont de nature à éviter l'apparition de certains risques, par exemple au moment de la naissance de l'enfant (cf. tableaux *infra*). Elles ne sauraient toutefois, loin s'en faut, couvrir le spectre beaucoup plus large de la prévention primaire au sens de l'OMS.
- **Les actions d'accompagnement.** Celles-ci sont destinées aux enfants et parents rencontrant des difficultés avérées ou prévisibles. Ces actions relèvent par nature de la prévention secondaire ou tertiaire (Cf. tableaux *infra*).

Au final toutefois, en ne citant jamais explicitement la prévention secondaire et tertiaire et en se référant en revanche régulièrement à la prévention primaire, le guide laisse entière la question de savoir ce qui relève de l'une et de l'autre et ne permet ni discrimination ni hiérarchisation des actions. N'évoquant par ailleurs pas du tout les mesures, actions éducatives ou placement administratif ou judiciaire, en milieu ouvert ou fermé (AEMO...), le départ entre prévention et protection semble se jouer à la jonction des mesures de protection stricto sensu et les mesures de prévention. Faut-il conclure de cet ensemble que les premières sont assimilées à de la prévention secondaire et tertiaire, tandis que toutes les actions d'accompagnement situées en amont, seraient de la prévention primaire, ce qui ne semble pas conforme à l'esprit de la typologie de l'OMS ?

Tableau 3 : Typologie de la prévention périnatale telle qu'elle résulte du guide ONPE

La prévention périnatale		
La grossesse	La naissance	Le retour de maternité
<p><b>Finalité préventive :</b> « <i>Avoir accès aux informations utiles, au bon moment, suffit bien souvent à répondre à la plupart des interrogations qu'ils (les parents) se posent</i> » <b>(prévenir = informer).</b></p> <p>En cas de difficultés des futurs mères et pères, un accompagnement pendant la grossesse <b>(prévenir = accompagner).</b></p>	<p><b>Finalité préventive :</b> Faire passer les messages essentiels, répondre aux questions des parents <b>(prévenir = informer).</b></p> <p>En cas de repérage de difficultés, le pédiatre, et/ou la sage-femme, peut mettre en place une HAD ou prévenir le service de PMI, notamment lors de la visite à la maternité <b>(prévenir = accompagner).</b></p>	<p><b>Finalité préventive :</b> Répondre à l'ensemble des questions qui surviennent dans les premiers jours <b>(prévenir = informer).</b></p> <p>En cas de difficultés, accompagnement adapté, dès les premiers jours qui suivent le retour de la maternité (mère isolée, dépression post partum sévère...) <b>(prévenir = accompagner).</b></p>
<p><b>Nature de l'action :</b> Entretien du 4<sup>ème</sup> mois de grossesse. Accompagnement à domicile par PMI (par sage-femme s'il s'agit de renforcer la surveillance médicale et assurer un suivi social pendant la grossesse ; par puéricultrice pour préparer la venue de l'enfant à naître lorsque la femme enceinte</p>	<p><b>Nature de l'action :</b> Deux consultations obligatoires du nouveau-né (à la naissance et à la sortie de maternité ou le huitième jour).</p>	<p><b>Nature de l'action :</b> Visites à domicile. Actions collectives (lieux d'accueil...).</p>

<p>fait part de ses difficultés, et notamment ses doutes sur ses capacités à s'occuper de son futur bébé) Actions de prévention - médico-sociale. Préparation à la naissance et la parentalité. Staffs de parentalité...</p>		
--	--	--

Tableau 4 : Typologie de la prévention des difficultés éducatives telle qu'elle résulte du guide ONPE

La prévention des difficultés éducatives parentales et l'accompagnement des familles	
<b>Accompagner les parents dans l'exercice des responsabilités parentales</b>	<b>Accompagner parents et enfants dans les situations de crise ou de conflit</b>
<p><b>Finalité préventive :</b> Au regard des difficultés qu'ils rencontrent, les parents doivent pouvoir : Accéder à des informations (<b>prévenir = informer</b>) ; Bénéficier d'un soutien pour assurer leur rôle et leurs responsabilités parentales. Les actions d'accompagnement proposées sont communément désignées sous le terme de « soutien à la parentalité » (<b>prévenir = accompagner</b>).</p>	<p><b>Finalité préventive :</b> Eviter la rupture des liens entre parents et enfant, proposer une aide aux parents, mais aussi à l'adolescent, avec pour finalité de renouer des relations plus apaisées (<b>prévenir = accompagner</b>).</p>
<p><b>Nature de l'action :</b> Information, conseil, orientation. Accompagnement soutenu. Action individuelle (à domicile ou parrainage de proximité...) Action collective (REAAP, lieux d'accueil, groupes de parole...).</p>	<p><b>Nature de l'action :</b> Médiation familiale: en situation de conflit conjugal. Espace de rencontre : droit de visite déporté.</p>

Tableau 5 : Typologie de la prévention médico-sociale telle qu'elle résulte du guide ONPE

Prévention médico-sociale en direction des enfants	
La prévention en direction des enfants	La prévention médico-sociale en direction des adolescents
<p>Finalité préventive :</p> <p><b>Répondre aux diverses questions des parents qui ne sont pas seulement d'ordre médical. Le pédiatre, le médecin de PMI, le médecin de l'Éducation Nationale ou le généraliste s'inscrivent dans une politique de prévention soucieuse du développement de l'enfant : dépistage, conseils préventifs, conseils d'éducation à la santé (prévenir = informer).</b></p> <p><b>Dépistage des troubles d'ordre physique, psychologique, sensoriel et de l'apprentissage. Orienter, le cas échéant, l'enfant vers les professionnels de santé et les structures spécialisées. (prévenir = repérer et accompagner).</b></p>	<p><b>Finalité préventive :</b></p> <p>Favoriser l'émergence d'un dialogue avec les adultes et faciliter la parole de l'adolescent (prévenir = accompagner).</p> <p>Favoriser l'information, en collaboration avec les enseignants, les infirmiers et les partenaires concernés sur la sexualité, les conduites addictives, la violence, la prévention du surpoids et de l'obésité, la maltraitance, la parentalité, etc. <b>(prévenir = informer).</b></p> <p>Repérer les situations de danger et s'assurer de leur prise en charge (prévenir = repérer).</p> <p>Accompagner les adolescents en risque de rupture avec leur famille, l'école, la société <b>(prévenir = accompagner).</b></p>
<p>Nature de l'action :</p> <p><b>Bilan de santé à 3-4 ans par PMI.</b></p> <p><b>Médecine scolaire.</b></p> <p><b>Concours des services sociaux des départements dans des écoles maternelles et élémentaires.</b></p>	<p><b>Nature de l'action :</b></p> <p>Actions de prévention au collège et au lycée.</p> <p>Hors école, lieux d'écoute pour adolescents (PAE), centres de planification familiale, maison des adolescents...).</p> <p>Accueil de 72 heures.</p> <p>Accueil de jour.</p> <p>Dispositifs de réussite éducative...</p> <p>Prévention spécialisée.</p>

En conclusion, tant les dispositions légales que les textes de référence qui pourraient permettre leur interprétation questionnent le modèle de prévention que les acteurs de la protection de l'enfance entendent défendre et privilégier. Ces questionnements resteraient théoriques s'ils n'avaient pas une incidence sur la définition des priorités, l'organisation de l'offre de service départementale et la structuration des équipes intervenantes formalisées notamment dans les schémas départementaux de protection de l'enfance (cf. annexe 4 et § 1.4 du rapport).



## ANNEXE 4 :

# LA PREVENTION DANS LES SCHEMAS DEPARTEMENTAUX DE PROTECTION DE L'ENFANCE ET DANS LES REPONSES AU QUESTIONNAIRE ADRESSE AUX DEPARTEMENTS

Le schéma départemental de protection de l'enfance, bien que non explicitement désigné sous ce terme dans le code de l'action sociale et des familles<sup>60</sup> (CASF), est un document prévu par l'article L. 312-5 de ce même code, établi par le président du conseil départemental. Feuille de route pluriannuelle, il comprend généralement un diagnostic, une analyse des besoins dans le département et un plan d'action programmatique articulé autour d'axes prioritaires assortis de fiches-action.

La mission a examiné la manière dont la prévention était abordée dans ces schémas<sup>61</sup>. Cet examen a porté sur les documents auxquels elle a eu accès sur les sites internet des conseils départementaux, soit plus de 70.

A la date de l'examen (septembre 2018), certains schémas arrivaient ou étaient déjà arrivés à échéance, sans nécessairement avoir été relayés par un nouveau plan ; certains venaient d'être adoptés tandis que d'autres enfin étaient en cours d'élaboration. L'échantillon examiné couvre ainsi plusieurs générations de plans et n'est donc pas homogène mais permet de mettre en évidence la manière donc la prévention prend visiblement une place de plus en plus importante dans la stratégie des départements<sup>62</sup>. Elle montre aussi des acceptions très variables de la notion de prévention et une maturation progressive de la compréhension du concept dans les documents les plus récents.

---

<sup>60</sup> L'article L. 312-5 du CASF prévoit quatre types de « schémas d'organisation sociale et médico-sociale » : des schémas nationaux établis, par des ministres chargés des personnes âgées et des personnes handicapées, des schémas régionaux établis par le préfet de région, des schémas régionaux établis par le directeur général de l'agence régionale de santé (ARS) et des schémas départementaux établis par le président du conseil départemental pour les établissements relevant de la protection de l'enfance. Le schéma départemental de protection de l'enfance est donc le volet « enfance » du schéma d'« organisation sociale et médico-sociale ».

<sup>61</sup> L'ONED a produit en 2015 un rapport au gouvernement et au parlement sur les schémas départementaux après avoir procédé à leur analyse détaillée. Six thèmes représentant plus de 100 items ont été étudiés. La prévention, bien qu'abordée par le rapport, n'en faisait pas partie (*Les schémas départementaux de la protection de l'enfance : état des lieux, enjeux et perspectives*).

<sup>62</sup> Selon le rapport annuel 2017 de l'ONPE, en 2016, 12 départements ont renouvelé leur schéma : Alpes-de-Haute-Provence (schéma 2016-2020), Alpes-Maritimes (schéma 2016-2020), Bouches-du-Rhône (schéma 2016-2020), Charente (schéma 2016-2020), Côte-d'Or (schéma 2016- 2018), Creuse (schéma 2016-2020), Eure (schéma 2016-2020), Landes (schéma 2016-2022), Maine-et-Loire (schéma 2016-2020), Meuse (schéma 2016-2020), Seine-Maritime (schéma 2016-2021), Vendée (schéma 2016-2021). À la mi-décembre 2017, 9 départements ont renouvelé leur schéma : Hautes-Alpes (schéma 2017-2021), Finistère (schéma 2017-2022), Hérault (schéma 2017-2021), Loire (schéma 2017-2021), Loire-Atlantique (schéma 2017-2021), Loiret (schéma 2017-2021), Manche (schéma 2017-2021), Territoire de Belfort (schéma 2017-2021), Essonne (schéma 2017-2021).

Enfin, l'examen des schémas a porté respectivement sur : (*inutile d'aller à la ligne*) leur intitulé, leur préambule, leurs orientations stratégiques puis leurs traductions opérationnelles en fiches action.

Au-delà de la sémantique utilisée, révélatrice du niveau d'appropriation et d'appétence des départements à l'égard de la prévention, cet examen permet de percevoir l'écart entre leurs ambitions politiques en matière de prévention d'une part, la nature et la part de l'activité effectivement dévolues à des actions préventives d'autre part.

#### 4 LE CAP SUR LA PREVENTION EST REPERABLE DES L'INTITULE DES SCHEMAS

La prise en compte croissante de la prévention se traduit en premier lieu dans les intitulés des schémas. Faute d'une désignation réglementaire précise, les documents reçoivent des appellations voisines mais néanmoins très variables d'un département à l'autre. Toutefois, de plus en plus de « schémas de protection » ont laissé la place à des « schémas de prévention et de protection ».

La dénomination est parfois neutre, se contentant d'accoler le mot prévention à celui de protection :

- « Schéma départemental de **prévention et de protection** de l'enfance 2014-2018 du Cantal »
- « Schéma de **Prévention et de Protection** de l'Enfance 2016-2020 de Charente »
- « Schéma départemental de **prévention et de protection** de l'enfance 2013-2017 de Charente Maritime »
- « Schéma départemental de **prévention et de protection** de l'enfance de Gironde 2012- 2016 »
- « Schéma landais de **prévention et de protection** de l'enfance 2016 2022 »
- Etc.

Mais l'intitulé est parfois dynamique et entend marquer un continuum ou un changement d'orientation :

- « Schéma départemental enfance-famille 2015-2020 de l'Ain : de la **prévention à la protection** »

L'intitulé peut aussi s'inscrire dans une approche résolument développementale et une logique promotionnelle de la santé, allant jusqu'à faire disparaître le mot protection :

- « Schéma départemental enfance, adolescence, famille 2014-2019 du Cher : **Grandir et s'épanouir** dans sa famille »
- « schéma départemental **en faveur de l'enfance** de Corrèze pour la période 2017-2021 »
- « schéma **Enfance Famille Prévention Santé** 2018 – 2022 des Pyrénées atlantiques »
- « Schéma départemental de l'enfance et des familles de l'Essonne : **Pour l'avenir de ses enfants** 2017-2021 ».

Ces intitulés ne préjugent évidemment pas des contenus mais sont néanmoins révélateurs d'une vision.

## 1 LE CAP SUR LA PREVENTION EST EXPLICITE DANS LES PREAMBULES ET LES DIAGNOSTICS

Plus riches d'enseignements sont les préambules ou éditoriaux des schémas, généralement signés par le président du conseil départemental. Il en va de même des constats et diagnostics des besoins du territoire. Un nombre important de préambules précisant les orientations politiques affichent clairement la nécessité et la volonté de mettre le cap sur la prévention, permettant de présumer que tel n'était pas le cas avant :

- « *Les professionnels ont pu exprimer ce qu'ils leur semblaient prioritaires dans le cadre d'un schéma unique qui, sans négliger la protection de l'enfance, place la prévention comme objectif principal du schéma famille 2015-2020.* »
- « *La deuxième orientation est novatrice en ce qu'elle amène le Conseil général (...) à intervenir davantage dans une logique de prévention afin d'éviter aussi bien les ruptures de parcours que l'entrée même d'une personne dans un dispositif de prise en charge médico-social.* »
- « *Tout doit être mis en œuvre pour que chacun bénéficie d'un accompagnement lui assurant les conditions de son épanouissement personnel et, à terme, de son insertion socio-professionnelle. Tout doit être mis en œuvre également pour améliorer sans cesse les dispositifs de prévention* »
- « *Le 4e schéma met l'accent sur le rôle essentiel de la prévention et souligne l'importance d'aider les parents, de les soutenir, quand cela est nécessaire, pour comprendre les difficultés de (ou avec) leur enfant, pour l'accompagner et l'aider à s'épanouir* »
- « *Le Département (...) s'est fixé comme priorité le renforcement de la place de la prévention, afin de sensibiliser les familles et les enfants le plus en amont possible* »
- « *(...) D'abord, concernant l'équilibre général des actions menées, le Département renforce la part de la prévention, en affirmant que la précocité des interventions et des repérages doit permettre de limiter l'ampleur et les conséquences des difficultés rencontrées et ainsi limiter les situations qui induiront des mesures plus lourdes ; L'objectif ambitieux est de faire évoluer la politique enfance famille pour passer du prisme de protection subie à celui de prévention active* »
- « *La prévention demeure un axe fort et structurant des interventions à venir du Département* »
- « *La prévention n'est pas un vain mot, c'est la meilleure alliée de notre politique sociale. Nous intervenons ainsi dès les premiers moments de la vie de l'enfant : pour nous la Protection maternelle et infantile est une priorité* »
- « *Le département souhaite orienter son action vers la prévention en renforçant notamment le soutien à la parentalité.* »
- « *Essence de ce schéma, la prévention constitue l'axe directeur de la politique que mènera le Conseil général les 5 prochaines années. Elle se situe à la fois en amont des dysfonctionnements de la relation parents-enfants et tout au long de la prise en charge des enfants et de leur famille.* »

Un département s'émancipe même de l'approche par les risques et dépasse donc le seul cap de la prévention en se référant à la notion émergente *d'investissement social*. Couvrant la période 2017-2021, ce schéma récent semble incarner une nouvelle génération, celle de « *schémas uniques* » rassemblant et mettant en synergie l'ensemble des politiques de solidarité conduites par le département. Une dynamique d'écosystème favorable semble alors vouloir prendre le pas sur les dispositifs cloisonnés par publics et problématiques :

- « *Ce schéma est résolument porteur d'une **politique d'anticipation et d'investissement social**. C'est ainsi qu'il s'articule avec les autres politiques publiques portées par le Département (jeunesse, sport, culture, éducation, ...) et est innervé par 3 grands vecteurs : - 1. le pouvoir d'agir des Manchois, - 2. le renforcement de la prévention pour soutenir le pouvoir d'agir et anticiper les éventuels accidents de la vie en coordonnant mieux les parcours de vie et en aidant les acteurs locaux à mieux coopérer entre eux et avec le Département et les autres acteurs favorables à cette dynamique, - 3. la valorisation des Territoires de proximités* ».

Pour autant, sans entamer le volontarisme des départements, l'urgence du quotidien et la croissance des « situations problème », l'émergence de problématiques nouvelles ainsi que les contraintes budgétaires, sont parfois pointées comme un frein objectif à l'investissement de long terme souhaité dans la prévention :

- « *L'action médico-sociale est encore trop fréquemment dans une fonction réparatrice, malgré une ambition affichée de développer la prévention. Comme trop souvent, **cette fonction de prévention est considérée sous un angle budgétaire**, la faisant apparaître comme une charge, rendant la dimension curative moins sujette à discussion car plus appréhendée sous l'angle de l'obligation et de l'impondérable. Le Département entend au contraire affirmer que **la prévention est un investissement** de nature à permettre une meilleure mobilisation de l'action publique (...) »*
- « ***la prévention demeure un enjeu fort dans notre Département, mais force est de constater que d'autres problématiques se posent depuis ces dernières années**, comme notamment la multiplication des prises en charge complexes des mineurs atteints de troubles importants du comportement, l'augmentation constante du nombre de placements (tant en famille d'accueil qu'en établissement) et de droits de visite médiatisée. La question toujours plus prégnante de la prise en charge des mineurs non accompagnés fait également l'objet de toute notre attention, tant lors de leur arrivée sur le territoire que dans l'accueil à plus long terme* »
- « *L'action menée doit permettre, outre de satisfaire les obligations du Département quant à l'accueil des enfants confiés, de dégager, par une adaptation précise de l'accompagnement, des **marges d'interventions indispensables dans le domaine de la prévention*** »
- « *Au-delà des considérations financières, force est de constater que les limites sont ailleurs. **Sans doute les changements attendus, en faveur d'une prévention médico-sociale précoce, étaient-ils grands**. Sans doute également ces changements ne pouvaient-ils résulter de la simple désignation dans la loi du Président du Conseil général comme chef de file de la Protection de l'Enfance. En effet, **la prévention relève d'un champ plus vaste et touche tous les secteurs de la société**. Certes, un accompagnement très précoce des parents, ainsi que la loi le prévoyait en confiant cette mission au service de PMI, est-il sans doute très utile mais insuffisant devant l'accroissement des familles en grandes difficultés sociales, psychologiques, isolées dans leur environnement familial, de quartier, sans points de repère éducatifs* ».

Certains préambules mettent en garde contre les amalgames, les confusions et les illusions de la prévention, paraissant même quelque peu désabusés :

- « La prévention, c'est accompagner, faire avec, mettre le parent en position d'acteur responsable. Mais sa définition classique est réinterrogée en permanence, par la réintroduction de notions de contrôle social et de contrainte. La prévention globale crée l'amalgame avec la prévention de la délinquance (...). **Les politiques de prévention ont l'illusion de transformer tous les acteurs en travailleurs sociaux. Avant de développer des offres nouvelles, il vaut mieux optimiser l'existant, car les départements disposent d'une énorme richesse en termes de prévention** ». (...) « Aujourd'hui, la prévention n'est pas toujours dans nos pratiques professionnelles. Lorsque les difficultés auront été repérées, il faudra donner le choix aux parents de la prise en charge la plus adéquate à leurs situations et à leurs souhaits. Ceci illustre le principe que la prévention constitue un service mis à la disposition des usagers, et dont ils se saisissent ou pas ».

Tandis que certains prennent la mesure du caractère protéiforme et par conséquent potentiellement confus d'une prévention « tous azimuts » :

- « Le renforcement des interventions à titre préventif soulève de nombreux enjeux. Devant le caractère protéiforme des actions conduites par les professionnels à cet égard, de la prévention périnatale à la prévention en direction des adolescents en passant par la prévention des difficultés éducatives parentales à tous les âges de la vie de l'enfant, il apparaît indispensable d'apporter une réponse cohérente et coordonnée aux besoins des familles. Le département (...) dispose d'une offre de prévention étoffée, portée par de nombreux acteurs sur le territoire (...). Si un recentrage de la politique départementale de prévention a été opéré, en parallèle des travaux de refonte de la territorialisation, la valorisation des actions de prévention primaire et le développement d'actions collectives ont été privilégiés ».

## 2 LES ORIENTATIONS OU AXES STRATEGIQUES AFFICHES SONT RESOLUMENT Tournes VERS LA PREVENTION

Les plans d'actions des schémas départementaux, qui découlent du diagnostic des territoires et sont censés traduire les orientations politiques affichées dans leur préambule, sont classiquement déclinés en axes ou orientations stratégiques, eux même précisés dans des *fiches-action* décrivant le contenu et les modalités de déploiement opérationnel des priorités arrêtées.

Le nombre d'axes ou orientations varie entre deux et six selon les départements. Lorsqu'ils sont au nombre de deux, la répartition se fait souvent entre un axe « Prévention » et un axe « Protection ». Dans les autres cas (trois axes et plus), un des axes au moins mentionne souvent explicitement la prévention. L'examen de leur contenu permet d'observer ce que les acteurs rangent respectivement au titre de la prévention et de la protection ainsi que leur conception de la prévention.

Le tableau ci-dessous illustre, parmi un échantillon des schémas départementaux examinés :

- la manière dont le volet préventif est appréhendé dans les orientations stratégiques (1ère colonne) ;
- leur traduction opérationnelle dans les fiches-action (deuxième colonne) ;
- les caractéristiques particulières et le registre majeur sur lequel le volet prévention du schéma se situe lorsque l'on se réfère à la typologie de l'OMS, la plus souvent utilisée (3ème colonne).

Il convient de préciser que, le tableau ne reprenant que les éléments des schémas se référant explicitement à la prévention, il ne fait qu'une restitution partielle de ces derniers et ne prétend pas

rendre compte de leur richesse ou au contraire de leurs lacunes mais dresser une photographie de l'approche préventive du département.

Tableau 6 : Principales caractéristiques des politiques et démarches de prévention inscrites dans les schémas départementaux

Axes ou orientations du schéma explicitement tournés vers la prévention	Nature ou cible des principales actions de prévention associées	Commentaires et mode majeur de prévention au regard de la classification OMS
Orientation n°1 : « Renforcer la <b>prévention</b> , priorité de santé publique pour le département »	« Se doter d'un dispositif de <b>recueil et d'analyse des données</b> de santé publique pour les 0 – 6 ans ». <b>Ajuster la politique de prévention</b> du département et ses priorités en fonction des données de santé publique ». Renforcer <b>l'accès aux soins</b> et aux pôles de services », « Favoriser l'accès à la santé des familles et <b>renforcer le dépistage précoce</b> (enfants de moins de 6 ans et enfants porteurs de handicap) ». <b>Favoriser la coordination</b> des soins des enfants et des adolescents pris en charge par la protection de l'enfance » (transversalité PMI / Protection de l'enfance) ».	Schéma explicitement orienté sur la prévention. Focus sur la santé. Ciblage type « universalisme proportionné ». Préventions secondaire et tertiaire.
4 orientations et 17 actions 2 orientations tournées vers la prévention : ○ « Développement des actions de <b>prévention</b> santé précoces ; ○ Diversification des modes de <b>prévention</b> et de protection de l'enfance en danger ».	- <b>Dépistage</b> des troubles de l'enfant, protocole d'action maternité vulnérable, détection et accompagnement du handicap. - <b>Accompagnement</b> mineurs en grande difficulté, publics relevant ASE, familles fragilisées.	Ce schéma regroupe en un document unique : actions sociale/ enfance, santé, famille/autonomie/insertion... Il se réfère à la prévention mais principalement tournée vers des actions <b>d'accompagnement et de dépistage</b> pour ce qui concerne le volet enfance famille. Préventions secondaire et tertiaire.
Un axe intitulé : « Favoriser par la <b>prévention</b> le maintien de l'enfant dans son milieu familial ».	Priorité : « mobiliser autour de l'équipe <b>accompagnement-prévention</b> un réseau partenarial au service de la <b>prévention</b> ».	Les actions décrites portent beaucoup sur le repérage et l'accompagnement. Préventions secondaire et tertiaire.
Axe stratégique n° 2 : « Accompagner les personnes et leur environnement pour <b>prévenir</b> la dégradation des situations ». Objectifs opérationnel 1 : « améliorer nos pratiques de <b>prévention</b> ».	Objectifs : <b>promouvoir la santé</b> et <b>communiquer autour de la prévention</b> à destination des jeunes et des enfants : <b>conduites à risque</b> : informer le plus grand nombre de jeunes des comportements à risque, favoriser la protection et la contraception,	L'accent est mis sur le dépistage et l'accomplissement des missions essentielles en matière d'aide à l'enfance en danger... A noter toutefois un programme de prévention primaire sur la prévention des comportements à risque (obésité, contraception...) ou sur l'accès à la

	<p>prévenir les violences ;  <b>faire régresser l'obésité</b> infantile en favorisant dépistage, prise en charge et éducation à la santé des familles et enfants ;          offrir par la consultation itinérante <b>les mêmes services de prévention</b> et d'éducation à la santé aux enfants et familles isolés ;  <b>fédérer les partenaires</b> autour de la parentalité et favoriser l'éveil culturel des jeunes enfants : Renforcement des compétences des agents dans la fonction soutien à la parentalité/ Référent REAAP/ ;          permettre l'accès à la culture des jeunes enfants (bibliothèques, actions bébés lecteurs, actions de lecture et jeux en PMI).</p>	<p>culture des jeunes enfants (familiariser les publics avec la culture par les jeux et livres, valoriser les diversités culturelles, stimuler l'éveil des jeunes...). Répartition équilibrée au sein de l'axe entre les trois types de prévention.</p>
Orientation 2 : « Renforcer la <b>prévention</b> »	<p>Fiche action n°3 : Développer l'entretien prénatal précoce pour améliorer le <b>repérage</b>.          Fiche action n°4 : Favoriser un <b>repérage</b> précoce des situations de risque de danger.          Fiche action n°5 : Mobiliser les parents par des actions <b>d'accompagnement</b> à la parentalité.</p>	<p>Focus sur repérage et accompagnement.          Prévention secondaire et tertiaire.</p>
Axe 1 : « développement d'actions de <b>prévention</b> et de soutien à la parentalité » dont « Développer des actions de <b>prévenance</b> et de <b>prévention</b> auprès des parents et des enfants »	<p><i>S'appuyer sur les partenaires existants pour établir des propositions d'actions par territoire. Au travers notamment de l'appel à projets du REAAP :</i>  <i>soutenir la mise en œuvre de ces actions ; accompagner la création de LAEP ; établir des modalités de collaboration avec l'Éducation nationale pour définir les actions à mener, notamment auprès des établissements du premier degré ;</i></p>	<p>L'axe 1 introduit la notion de prévenance sans la définir ni la préciser plus loin dans le schéma. Elle peut se déduire d'objectifs tels que :  <i>« Développer des actions de prévention, à vocation généraliste, en complément d'actions plus ciblées (sommeil et alimentation des jeunes enfants, conduites addictives).          Aller au-devant des parents pour mieux les informer sur les services de soutien disponibles.          Faciliter l'accès aux services et les développer dans des lieux déjà fréquentés par les parents.</i>          Prévention secondaire et tertiaire.</p>
Orientation n°1 : Consolider et mettre en cohérence la politique de <b>prévention</b> menée en faveur des familles	<p>Faire reposer la prévention dans le cadre de la périnatalité sur un travail en réseau étoffé entre équipes de PMI et maternités.          Renforcer la <b>connaissance réciproque</b> des acteurs et l'orientation des publics vers les</p>	<p>Ce schéma d'un grand département comprend peu de développements sur son acception de la prévention.          Prévention secondaire et tertiaire.</p>

	<p>ressources de prévention existantes. Permettre le <b>repérage</b> précoce des situations de risque et la mise en œuvre l'accompagnement de prévention. Consolider les réseaux existants dans le champ de la <b>prévention primaire</b>, en s'appuyant sur le cadre défini par les institutions concernées (Conseil départemental, CAF, MSA notamment).</p>	
Axe 1 : développer des actions de <b>prévention</b>	<p>Fiche action n°1 : Élaborer un programme stratégique de développement de la prévention dans le département. Fiche action 2 : Mettre en œuvre les actions de <b>prévention primaire</b> prévues dans le programme stratégique de développement de la prévention. Fiche action 3 : Développer et formaliser les actions de <b>prévention secondaire</b> effectuées avec l'accord ou à la demande des parents.</p>	<p>Le schéma propose une classification de ses actions, propre au département, en primaire, secondaire et tertiaire, ce qui facilite la structuration et la lisibilité de l'offre qui s'ensuit.</p>
4 chapitres : accompagner/ <b>prévenir</b> /adapter l'AED/ travailler à l'autonomie et l'insertion	<p>Le chapitre « Prévenir » contient 4 objectifs : <b>recenser</b> les acteurs de la prévention ; <b>informer</b> les élus et les professionnels ; s'adapter aux problématiques spécifiques des familles ; travailler à l'autonomie et l'insertion.</p>	<p>Plan d'un petit département, peu détaillés mais clair et dynamique. L'intitulé « Grandir et s'épanouir » est clairement axé sur la promotion de la santé et la prévention primaire, ce que son contenu ne traduit toutefois pas. Prévention secondaire et tertiaire</p>
4 orientations stratégiques dont : <b>Prévenir</b> , accompagner et repérer : anticiper les risques par un meilleur repérage des situations à risque ou de danger ; accompagner la vulnérabilité et proposer une offre de services pour tous adaptée aux besoins.	<p>35 fiches actions.</p>	<p>Sont rangées dans la prévention, l'accueil en établissement, l'accueil parents/enfants, l'accueil individuel par assistant familial. Prévention secondaire et tertiaire.</p>
4 axes dont : Favoriser la continuité des parcours de l'enfant, de la <b>prévention</b> à la protection	<p>Fiche action 1 : <b>animer</b> et faire vivre un réseau d'acteurs de prévention dont les objectifs sont : Promouvoir et <b>optimiser</b> les actions de prévention ; favoriser l'accès des publics ;favoriser l'émergence d'actions innovantes; <b>recenser</b>, développer et faire vivre le partenariat ; <b>mutualiser</b> les moyens ; Développer la communication et le travail en</p>	<p>Prévention secondaire et tertiaire.</p>

	réseau ; développer la transdisciplinarité, croiser les regards, partager les diagnostics et se doter d'outils. d'évaluation	
Orientation n°1 : Optimiser et développer les outils de <b>prévention</b> de droit commun.	Fiche-action n°1-1 : Mobiliser l'accueil du jeune enfant comme un outil de <b>prévention primaire</b> à destination des familles.	La notion de prévention de droit commun renvoi à l'universalité et à l'égal à accès de tous aux services. Prévention primaire
Orientation I : Renforcer les actions de <b>prévention</b> des difficultés familiales et de promotion de la santé maternelle et infantile	Axe 1 : Affirmer la <b>place prépondérante de la prévention précoce</b> autour de la santé de la mère et de l'enfant (L'accompagnement des femmes enceintes et du futur enfant (travail en réseau, visites prénatales, appui PMI)). Axe 2 : <b>Soutenir la fonction de parent</b> en renforçant l'aide à la parentalité (L'accompagnement des familles dans le parcours de l'enfant dès son arrivée au domicile (liens avec les maternités, staffs prénataux, repérages...)). Axe 3 : Accompagner l'enfant handicapé et sa famille dans une démarche d'inclusion sociale. Prévenir les risques d'exclusion en renforçant le soutien auprès de l'enfant handicapé et de sa famille.	L'orientation I est consacrée à la prévention et l'orientation II à la protection (accueil) mais la distinction entre les deux n'apparaît pas évidente dans les fiches action. Prévention secondaire et tertiaire
Orientation 1 : Consolider et renforcer la place de la <b>prévention en général</b> et de la <b>prévention précoce</b> en particulier.	Renforcer le positionnement de la PMI sur le volet périnatal et structurer l'offre départementale en termes d'information sur la santé sexuelle ; Activer les leviers pertinents pour développer la prévention précoce sur tout le territoire et mieux prévenir les inégalités sociales de santé ; Renforcer les actions de soutien à la parentalité ; Organiser le repérage des situations de risque ou de danger, auprès de tous les acteurs en contact avec des enfants ; Dynamiser le partenariat avec l'ensemble des acteurs autour de la prévention.	Le schéma prévoit explicitement la mise en place du protocole de coordination de la prévention. Equilibre entre actions de prévention primaire/secondaire/tertiaire.
Quatre axes : la <b>prévention</b> et le repérage ;	<b>Conforter la primauté de la prévention</b> en proximité des familles du territoire sur la base	Le schéma date de 2018 et fait preuve d'une plus grande maturité à l'égard du concept de prévention,

<p>le parcours de l'enfant et de sa famille ; l'accueil et l'accompagnement ; la gouvernance et le pilotage (place centrale à la <b>prévention</b>, afin que les placements hors de la famille ne soient que le dernier recours d'un parcours gradué).</p>	<p>d'objectifs partagés par l'ensemble des acteurs concernés. <b>Consolider le dispositif de repérage</b> et d'évaluation des difficultés familiales et éducatives. <b>Stabiliser les parcours en protection</b> de l'enfance autour de projets individualisés pour l'enfant. <b>Favoriser la continuité</b> du parcours de la prise en charge à l'autonomie. <b>Diversifier et structurer les réponses</b> pour une plus grande adéquation aux besoins des enfants, des jeunes et des familles. Apporter les <b>réponses appropriées</b> aux liens d'attachement des enfants et des jeunes).</p>	<p>notamment primaire, dans les intentions. Mais les mesures qui sont déclinées ensuite sont les mesures classiques à destination des publics en difficulté. Prévention secondaire et tertiaire.</p>
<p>Axe 2 – <b>Prévenir</b>, repérer, sensibiliser, former : Orientation 2.1 – Renforcer la <b>prévention</b> périnatale et de la petite enfance Orientation 2.2 – Inscrire la prévention spécialisée dans la politique de <b>prévention</b> et de protection de l'enfance Orientation 2.3 – Renforcer l'information en direction des jeunes et des familles sur les dispositifs et les différents acteurs Orientation 2.4 – Poursuivre le travail de communication engagé autour du repérage et de la transmission de l'IP Orientation 3.2 – Renforcer l'accompagnement auprès de l'enfant et des parents Orientation 3.3 – Diversifier les modes d'accueil et soutenir les modes d'accueil existants pour les enfants confiés (...);</p>	<p><b>Généraliser l'entretien prénatal</b> précoce. <b>Accompagner le retour</b> à domicile après la naissance si nécessaire. <b>Prévenir, repérer</b> dès la période postnatale et prendre en charge les troubles de la santé des jeunes enfants. <b>Améliorer l'accompagnement périnatal</b> des parents confrontés à des difficultés médico-psycho-sociales.</p>	<p>Prévention secondaire et tertiaire.</p>
<p>Améliorer la <b>prévention</b>, et le repérage des difficultés (soutien à la parentalité, lutter contre violences infantiles) ; Favoriser l'insertion des jeunes sortant de l'ASE ; Mettre en œuvre la prise en charge garantissant la prise en compte de l'intérêt supérieur de l'enfant.</p>		<p>Le schéma prend la forme d'un prospectus de communication Prévention secondaire et tertiaire</p>

<p>Engagement 3 : Développer les approches en <b>prévention</b> :</p>	<p>Soutenir le développement de la <b>fonction parentale</b> ; Cibler une offre de <b>prévention adaptée aux besoins</b> des enfants selon leur période de vie : la prise en compte de la période périnatale et de la tranche d'âge des 6-11 ans ; porter attention aux problématiques contemporaines de l'adolescence.</p>	<p>La PMI est présentée comme « <i>fortement contributrice à la prévention primaire et secondaire</i> ». Equilibre des actions de prévention primaire/secondaire /tertiaire.</p>
<p>Deux axes stratégiques en matière de <b>prévention</b> : Renforcer le soutien aux familles dans leur fonction parentale ; Repérage et accompagnement des situations d'enfants en situation de risque.</p>	<p>consolider la <b>place de l'éducation nationale en matière de prévention</b> et de signalement ; <b>développer la prévention par une meilleure articulation</b> entre le secteur de la protection de l'enfance et le secteur de la petite enfance.</p>	<p>Prévention secondaire et tertiaire.</p>
<p>Trois axes majeurs traduisent la priorité donnée à la <b>prévention</b> : - Le soutien à la parentalité, de l'éducation à la sexualité à la naissance, en passant par la vigilance autour de la grossesse ; - Le soutien à l'accueil et à la socialisation du jeune enfant ; - La prévention éducative auprès des enfants et des jeunes à travers notamment la <b>redéfinition de la prévention spécialisée</b>.</p>	<p>Les premières étapes du développement de l'enfant, particulièrement sensibles, doivent conduire à l'éducation individuelle, aux informations et actions collectives auprès des jeunes parents. <b>Diversification des modes d'accueil notamment à horaires atypiques et par la poursuite du soutien adapté au développement des Maison d'Assistants Maternels</b>, les financements de temps d'accueil pour la socialisation d'enfants repérés en risque de danger.</p>	<p>A noter le développement de modes d'accueil à horaires atypiques et l'accompagnement au départ en vacances (prévention primaire). Equilibre des actions de prévention primaire/secondaire / tertiaire</p>
<p>Axe 6 : Enfance, famille, jeunesse : développer la <b>prévention</b>, s'appuyer sur le vivre ensemble</p>	<p>6.1 Favoriser les actions développant la parentalité et mobilisant la famille. 6.2 Valoriser le projet pour l'enfant. 6.3 Prendre en compte l'évolution des publics. 6.4 Soutenir la prévention institutionnelle pour maintenir l'enfant en milieu ordinaire (PMI...TISF). 6.5 Accompagner les adolescents et les jeunes adultes.</p>	<p>Schéma unique rassemblant l'ensemble des politiques de solidarité du département (316 pages). La prévention est un des 4 principes fondamentaux du schéma et donne donc lieu à des développements spécifiques dans un paragraphe dédié. Equilibre des actions de prévention primaire/secondaire/tertiaire.</p>
<p>Axe 2 : <b>Prévention</b> et repérage : conforter la primauté de la <b>prévention primaire</b> en proximité des familles ; renforcer les compétences d'évaluation, le <b>repérage</b> des</p>	<p>Développer le soutien à la parentalité et le parrainage en mobilisant les ressources du territoire. Agir aux côtés de l'Éducation nationale pour</p>	<p>Schéma commun avec la préfecture. Prévention secondaire et tertiaire.</p>

<p>potentialités et des difficultés des familles ; <b>promouvoir</b> la santé et favoriser une prise en charge précoce des problématiques de santé.</p>	<p>favoriser un <b>repérage</b> et un <b>accompagnement</b> les plus précoces possibles des enfants et familles rencontrant des difficultés. Positionner la prévention spécialisée au carrefour de l'action préventive et de protection. Actualiser la politique de promotion de la santé de PMI. Développer des modalités de promotion en coordination avec l'ARS et les professionnels de santé. <b>Accompagner</b> les professionnels pour un <b>repérage</b> le plus précoce possible des problématiques de santé.</p>	
<p>Orientation n°1: Renforcer et diversifier les <b>modalités d'intervention en prévention</b>, sur la base de principes partagés par l'ensemble des acteurs concernés</p>	<p>Fiche-action n°1 : Renforcer le maillage partenarial et la transversalité dans le cadre préventif autour de principes communs. Fiche-action n°2 : Favoriser un déclenchement précoce des dispositifs de prévention, en prenant appui sur le repérage des besoins des familles et l'identification de nouveaux facteurs de risque. Fiche-action n°3 : Redéfinir le périmètre d'intervention de la prévention spécialisée.</p>	<p>Le schéma reconnaît avoir une définition extensive de la prévention et est lucide sur les biais qu'elle induit. Prévention secondaire et tertiaire.</p>
<p>Orientation I : Renforcer la <b>prévention</b> et l'accompagnement social et médico-social auprès des familles, sous toutes leurs formes, pour donner sa pleine efficacité au principe de subsidiarité de l'autorité judiciaire. Objectif stratégique n°4 : Soutenir et développer la <b>prévention primaire</b>.</p>	<p>Action 1 : <b>Renforcer la lisibilité / visibilité des moyens et des dispositifs de prévention</b> (diagnostic des moyens, dispositifs de prévention et pratiques professionnelles, au regard des besoins ; Diffuser/actualiser l'état des lieux de l'offre en matière de prévention). Action 2 : <b>Renforcer les actions collectives</b> en faveur de l'enfant et de sa famille. Action 3 : Poursuivre la mise en œuvre, en <b>partenariat avec l'Éducation nationale</b>, du dispositif « référents ». Action 4 : Réaffirmer l'enjeu lié à la mission de <b>prévention dans le champ de la petite enfance</b>.</p>	<p>Prévention secondaire et tertiaire.</p>

<p>Orientation 1 : Renforcer la <b>prévention précoce</b> et consolider le dispositif de repérage des situations de risque et de danger</p>	<p>Fiche action 1 : activer les leviers pertinents pour développer la <b>prévention précoce</b> et la <b>prévention primaire</b> sur tout le territoire et mieux prévenir les inégalités sociales de santé et les risques liés au handicap = Améliorer la coordination entre les acteurs autour des questions de santé ;  mieux <b>repérer les situations de vulnérabilité</b> pour accompagner les familles le plus en amont possible.  Fiche action 2 : Mieux soutenir les familles dans leur <b>fonction parentale</b>.  Fiche action 3 : Dynamiser le <b>partenariat</b> avec les acteurs institutionnels autour de la prévention.  Fiche action 4 : Mieux organiser le <b>repérage</b> des situations de risque ou de danger.</p>	<p>Prévention secondaire et tertiaire.</p>
<p>18 objectifs stratégiques dont les 4 premiers axés sur la prévention :  objectif N°1: Optimiser et renforcer les dispositifs de <b>prévention précoce</b> en périnatalité ;  objectif N°2 : Soutenir l'exercice de la fonction parentale ;  objectif N°3 : Promouvoir la santé comme outil global de <b>prévention</b> ;  objectif N°4 : réaffirmer le rôle des TISF dans le cadre de la <b>prévention</b>.</p>		<p>Equilibre primaire/secondaire / tertiaire.</p>
<p>Thématique 1 : la diversification des dispositifs de <b>prévention</b> et de repérage des situations à risque  <b>4 principes généraux dont :</b>  amener les acteurs de la <b>prévention</b> à travailler en complémentarité et tendre à une plus grande cohérence entre les dispositifs ;  adapter les dispositifs de <b>prévention</b> à l'âge de l'enfant ;  fonder l'action de <b>prévention</b> sur une relation de confiance entre les professionnels et les familles.</p>	<p>Finalité : Repérer, le plus précocement possible, les familles à accompagner en <b>prévention</b> et en diversifier les dispositifs, afin de <b>prévenir</b> le risque de danger et l'entrée du ou d'un des enfants dans le dispositif de Protection de l'Enfance. Cela suppose, notamment, de sensibiliser les différents acteurs à l'identification du risque de danger et à les soutenir dans la transmission de leurs éléments d'inquiétude (transmission d'une IP-).</p>	<p>Prévention secondaire et tertiaire.</p>

<p>6 orientations, 14 objectifs stratégiques et 51 actions :</p> <p>Orientation 1 : Consolider le dispositif de <b>repérage</b> et d'évaluation des situations d'enfants en danger ou risque de danger.</p> <p>Orientation 2 : Mieux répondre au public et aux <b>problématiques de la prévention spécialisée</b>.</p> <p>Orientation 3 : Moduler l'<b>accompagnement à domicile</b> en fonction des besoins des enfants et des parents</p> <p>Orientation 4 : <b>Adapter et diversifier l'offre d'accueil</b> pour garantir une adéquation des prises en charge aux profils des enfants accueillis.</p> <p>Orientation 5 : Préparer le passage à l'âge adulte à la <b>sortie du dispositif de l'ASE</b>.</p> <p>Orientation 6 : <b>Améliorer la continuité</b> et la cohérence des accompagnements réalisés auprès des enfants et de leurs familles.</p>		<p>Le mot prévention n'apparaît pas une seule fois dans le schéma, entièrement tourné vers le repérage et la prise en charge.</p> <p>Prévention secondaire et tertiaire.</p>
<p>Objectif 1 : Développer une offre territoriale <b>préventive</b> en direction des enfants, des adolescents et des familles.</p> <p>Objectif 2 : Finaliser le dispositif de traitement des IP.</p> <p>Objectif 3 : Renforcer la place des parents et des familles dans l'action éducative.</p> <p>Objectif 4 : Dépassez le <b>clivage entre prévention et protection</b> et renforcer la proximité de l'offre éducative.</p> <p>Objectif 5 : Mieux mutualiser les ressources.</p>		<p>Prévention secondaire et tertiaire</p>

### 3 NEANMOINS, LA LISIBILITE DU CADRE D'ACTION DE LA PREVENTION EST REDUITE DANS LES SCHEMAS

Cet aperçu montre que la prévention reçoit des acceptions assez lâches et peut accueillir des dispositifs sensiblement différents selon les départements<sup>63</sup> si bien qu'il est permis de considérer que le cadre de compréhension du concept de prévention en protection de l'enfance n'est pas homogène sur le territoire national. On constate par ailleurs, quelle que soit la qualification qui en est faite, une forte propension à privilégier, *in fine*, des dispositifs de prévention secondaire ou ciblée.

Les départements qui se sont livrés dans leur schéma à un exercice réflexif sur ce que recouvre la prévention aboutissent à des plans d'action plus clairs, ce qui ne peut que favoriser la lisibilité de l'action ainsi que son sens et sa portée pour les agents comme pour les bénéficiaires. Peu importe alors que la sémantique et la typologie retenues soient discutables ou perfectibles, du moment qu'elles sont partagées par les acteurs, structurantes, permettent d'y ranger des actions pertinentes et font système.

En revanche, en l'absence de vision partagée et robuste de la prévention, les départements lui assignent souvent un périmètre et des objectifs variables, au détriment, on peut le craindre, de la lisibilité et, plausiblement, de l'opérationnalité des plans qui en découlent et de la coordination des acteurs sur le terrain

#### 3.1 Les définitions locales de la prévention sont lâches ou très extensives, au risque de générer un biais pour les plans d'action

La référence croissante à des démarches de prévention dans les schémas départementaux n'est pas purement formelle. Le plus souvent, elle s'ancre à la lecture de la loi de 2007. Elle s'accompagne fréquemment d'une tentative d'adoption d'une définition de la prévention qui s'appuie sur une réflexion propre au département, parfois en se référant à des travaux scientifiques. Cette diversité est riche mais laisse place à toutes les interprétations et révèle parfois un certain désarroi :

- *« La notion de "Prévention" est complexe dans le domaine de la santé et elle peut se définir sous différents aspects. Il convient de présenter plusieurs définitions de ce concept afin de percevoir une définition la plus complète et pertinente que possible. Selon le "Traité de Santé Publique", chapitre 15, Prévention et promotion de la santé, de François BOURDILLON, Gilles BRUCKER, Didier TABUTEAU édition Médecine-Sciences Flammarion, la notion de prévention décrit l'ensemble des actions, des attitudes et comportements qui tendent à éviter la survenue de maladies ou de traumatismes ou à maintenir et à améliorer la santé. Il convient donc de distinguer :*
  - *La prévention dite de "protection" qui est avant tout une prévention "de", ou "contre", laquelle se rapporte à la défense contre des agents ou des risques identifiés ;*

---

<sup>63</sup>Il convient de rappeler que le tableau du paragraphe précédent ne restitue que les éléments des schémas faisant explicitement référence à la prévention. Ils ne constituent donc qu'une partie desdits schémas, dont les autres volets, souvent plus volumineux, portent sur les dispositifs institutionnels classiques de l'ASE. Ceci doit conduire à relativiser encore plus le poids réel de la prévention.

- **La prévention dite "positive"** voire universelle, du sujet ou de la population, sans référence à un risque précis, qui renvoie à l'idée de "promotion de la santé"<sup>64</sup> ;
- « La loi du 5 mars 2007 a inscrit la prévention comme un axe de la protection de l'enfance, sans toutefois la définir. Pour autant, depuis cette date, **la prévention s'est peu développée et est encore trop cloisonnée**. La prévention se définit comme l'action de prévenir, littéralement « venir avant », « aller au-devant pour faire obstacle à ». L'enjeu essentiel de la prévention porte sur la manière dont la collectivité peut articuler volonté de protéger l'enfant et attention aux conditions de vie de sa famille, quand celle-ci est dans une situation de vulnérabilité, en particulier lorsque la famille est dans une situation sociale difficile. **Si prévenir, c'est intervenir au bon moment, il s'agit également de trouver le juste équilibre entre prévention globale et prévention ciblée.** »
- « Elle (la réforme de 2007) **inscrit le principe de prévention comme constitutif de la protection**. Il s'agit de la volonté de pratiquer une prévention réelle, efficace et prometteuse ayant une finalité particulière, celle de mettre en œuvre une prophylaxie active, précoce des troubles de la relation mère/enfant »
- « **La loi articule donc la prévention autour de trois axes majeurs** et insiste sur le fait que ce doit être l'intérêt de l'enfant qui guide l'ensemble des actions de prévention : Des actions de **prévention périnatale**, prévues à l'article L 2112-2 du Code de la Santé Publique (La loi met l'accent sur une prévention précoce autour de la grossesse et de la naissance... Des actions de prévention médicale et médico-sociale en direction des enfants et adolescents. Le service PMI assure des actions en direction des enfants de moins de 6 ans (article L 2112-2 Code (bilan des 3/4 ans.). Des actions de **prévention en direction des parents** qui rencontrent des difficultés dans l'éducation de leur enfant (article L 112-3 CASF) »
- « **La prévention est un terme générique** qui résume la démarche portée par le Conseil général d'intervenir le plus en amont possible, afin d'éviter le passage dans un état de vulnérabilité pour les personnes concernées, déjà fragiles. Sa place est centrale dans le Schéma Enfance, intitulé d'ailleurs Schéma de Prévention et de Protection pour l'enfance, l'adolescence et la famille. »
- « **La prévention, dans le champ social ou sanitaire, est un concept pluriel. Si la loi du 5 mars 2007 met en lumière le rôle fondamental de la prévention, elle n'en donne pas de définition précise** ; Dans le cadre des réflexions menées pour l'élaboration du schéma, la prévention a été entendue de façon très globale dans toutes ses dimensions : sociale, médicale, psychologique, éducative comme un ensemble d'actions variées qui ont pour but de tenter d'éviter de façon précoce que des événements mettant en danger un enfant ne surviennent et de repérer des difficultés ou des vulnérabilités »
- « La prévention vise à **éviter l'entrée d'une personne dans un dispositif d'accompagnement médico-social** que ce soit temporaire ou permanent. Pour ce faire il convient de cibler les personnes susceptibles d'être concernées, d'identifier les difficultés qu'elles rencontrent et ce, même si elles ne le formalisent pas clairement. » ;
- « la prévention c'est anticiper, observer, soutenir de manière partenariale et pluridisciplinaire de façon à mobiliser les ressources et compétences parentales » ;

---

<sup>64</sup> A noter que dans la suite du schéma, le département s'oriente en réalité vers une prévention de protection.

- « Cette notion de risque est nécessairement associée à l'idée de probabilité et donc d'incertitude. Le risque zéro n'existe pas et il apparaît nécessaire d'appliquer dans ce domaine sensible le principe de précaution que l'on retrouve aujourd'hui au premier rang des préoccupations sanitaires. Pour **travailler cette question du risque qu'implique le cadre de la prévention**, les professionnels ont été amenés à revisiter leurs pratiques et construire d'autres modes d'accompagnement » (...). L'objectif est alors de « Rapprocher de manière dynamique prévention et protection de l'enfance : en finir avec des logiques de parcours linéaires et dissociés et répondre aux préconisations de l'évaluation de la politique de la prévention ».

Certains départements reconnaissent que leur adoption d'une définition extensive de la prévention génère un biais. En qualifiant de nombreuses actions administratives de préventives, leur activité apparaît prioritairement axée sur la prévention. Mais, s'agissant au mieux d'actions de prévention secondaire et tertiaire, toutes les actions de fond, susceptibles d'éviter le recours à de telles mesures, sont occultées ou apparaissent au second plan. Ce biais est en fait présent dans beaucoup de schémas mais sous-estimé dans ses effets : en surcotant la « prévention administrative », il crée un véritable point aveugle de la prévention primaire, au risque que celle-ci soit sous dotée et que soit surévalué l'impact préventif réel des actions conduites :

- « Le dispositif de la protection de l'enfance (du département) se caractérise par une appréhension extensive de la notion de prévention, qui englobe les mesures administratives (TISF, AESF, AED, Accueil administratif). Si cette définition large ne constitue pas une difficulté en tant que telle, **elle a pour conséquence de minimiser le poids accordé aux interventions de prévention menées en amont d'une admission à l'ASE et de la décision de mesure (caractérisée par le mandat adressé par le décideur à un professionnel).** ».

### 3.2 Les références croissantes à la classification de l'OMS présentent des limites que certaines typologies alternatives tentent de dépasser

#### 3.2.1 La prévention primaire est de plus en plus souvent citée, avec toutefois des acceptions très variables

Parmi les schémas qui mentionnent explicitement la prévention primaire, certains en donnent au préalable une définition. Celle-ci s'avère alors assez proche de l'esprit de l'OMS, même si, comme on l'a vu, les orientations et les fiches actions qui en résultent ne sont pas nécessairement en adéquation avec la définition retenue :

- « La prévention se comprend ici au sens large et fait référence à des mesures déployées à plusieurs niveaux : **mesures visant à empêcher l'apparition de troubles ou de difficultés dans l'ensemble de la population (prévention primaire)**, mesures de soutien auprès de publics ciblés dits « à risque » pour leur éviter la dégradation de leurs situations (prévention secondaire) et mesures de réinsertion de personnes exclues (prévention tertiaire<sup>65</sup>). »
- « A la suite de l'OMS, on définit la prévention primaire par le fait d'agir pour **éviter la survenue d'une maladie ou d'une difficulté**, et la prévention secondaire par le fait de réduire les effets et d'éviter l'aggravation de cette maladie ou de cette difficulté ».

---

<sup>65</sup> Dans ce département, un plan global propose une approche globale (non thématique) coordonnée et décloisonnée de l'action sociale et médico-sociale. Mais les fiches action ne présentent pas de décalage par rapport aux approches classiques

- « **La prévention primaire agit en amont des difficultés** notamment à travers l'information et la promotion à la santé. La prévention secondaire s'engage lorsque des problématiques effectives ont été révélées afin d'accompagner les populations (...). La prévention primaire dépend également du repérage précoce des situations afin d'éviter les situations de danger pour les enfants qui pourraient amener vers des mesures de protection de l'enfance. La prévention secondaire s'articule principalement au sein du service de prévention administrative et sociale à travers la mise en œuvre de mesures individuelles auprès des familles, notamment avec l'intervention d'une (TISF), mais également au travers des mesures d'aide éducative à domicile (AED) et par l'accueil en centre maternel ».

D'autres schémas, plus fréquemment, adoptent explicitement la typologie de l'OMS sans se livrer à un travail préalable de définition. Ils procèdent alors directement à une classification des actions de leur département entre préventions primaire, secondaire et tertiaire. Mais les acceptions de chacune de ces catégories, qui semblent aller de soi pour les auteurs, révèlent des différences d'appréciation sensibles d'un schéma à l'autre. Ainsi dans un département :

- « les interventions dans le domaine de la **prévention primaire** regroupent notamment :
  - les actions de prévention précoce mises en œuvre par la PMI (permanences médico-sociales d'accueil, d'information et de suivi, consultations de jeune enfants, bilans de santé en école maternelle, actions collectives) ;
  - l'activité d'accueil, d'information, d'évaluation, d'aide à l'accès aux droits menée par le service public départemental d'action sociale (SPDAS) ;
  - les interventions réalisées avec les établissements scolaires et les actions menées auprès des jeunes et leurs familles par les éducateurs de prévention ;
  - les actions menées dans le cadre de la politique jeunesse : aide aux vacances, soutien à la parentalité et aux initiatives de jeunes, actions collectives famille et prévention santé ;
  - les actions réalisées par les partenaires subventionnés par le Département dans le cadre de leur mission d'animation et de prévention socio-éducative, notamment les centres sociaux, les associations jeunesse et l'APAPAR".

Les interventions dans le domaine de la **prévention secondaire** regroupent notamment :

- les accompagnements sociaux réalisés par les travailleurs sociaux du service public départemental d'action sociale (SPDAS) seuls ou en binôme avec des professionnels de la PMI ou de l'ASE. Ces accompagnements peuvent faire suite à une action de prévention primaire ou d'évaluation d'information préoccupante ;
- les accompagnements renforcés de la PMI par des visites à domicile régulières des puéricultrices auprès des familles pour apporter un étayage sur le plan éducatif, relationnel avec l'enfant et soins de puériculture ;
- les accompagnements renforcés non contractualisés mis en œuvre par les éducateurs des associations subventionnées.

Les interventions dans le domaine de la **prévention tertiaire** regroupent notamment les AED ».

Mais dans un autre département, le départage se fait entre la vocation par essence universelle de la PMI d'une part et la vocation nécessairement ciblée de l'intervention ASE d'autre part :

- « La prévention regroupe d'une part le travail réalisé par la PMI (**prévention primaire, dans une logique universelle**) et d'autre part, celui réalisé par l'ASE (**préventions essentiellement secondaire et tertiaire, dans une logique ciblée**) et constitue un des enjeux-clés pour le département ».

Certains schémas classent d'autorité (et pêle-mêle) un grand nombre d'actions en prévention primaire :

- « Le département (...) et ses partenaires ont mené une politique volontariste sur le champ de la prévention ces dernières années. Ce volontarisme se traduit par un maillage territorial important assuré par les travailleurs sociaux et médico sociaux du département et **des actions de prévention primaire multiples au bénéfice des enfants et de leur famille** (modes de garde de la petite enfance, permanences sociales, accompagnement dans l'accès aux droits, consultations et visites à domicile par les professionnels de PMI, entretien prénatal précoce, accompagnement à la gestion du budget, actions de soutien à la parentalité, médiation familiale, prévention spécialisée, planification...) » ;
- « les actions collectives favorisent l'insertion de la population et participent à l'amélioration des conditions générales de vie, définies dans le secteur social comme prévention primaire ».

Certains départements n'ignorent pas la difficulté d'agir en prévention primaire mais ne renoncent pas pour autant à pousser des politiques ambitieuses :

- « Plusieurs difficultés compromettent le développement d'actions de prévention : l'évaluation compliquée des impacts, le manque des moyens, les difficultés à mobiliser le partenariat, les difficultés à obtenir l'adhésion des usagers. Toutefois, l'ensemble des acteurs du schéma unique des solidarités s'accordent à souhaiter un **développement des actions de prévention primaire mais aussi secondaire, dans plusieurs domaines jugés prioritaires** ».

Certains schémas enfin, bien que s'y référant, paraissent assez éloignés de la prévention primaire, en situant le départage entre prévention et protection à la césure entre placements administratif et judiciaire. Cette représentation, assez fréquente, se nourrit du fait que dans un grand nombre de cas, la prévention est définie comme « les actions menées avant toute mesure de protection ». Dès lors, tout ce qui est entrepris par le conseil départemental en dehors des mesures judiciaires est schématiquement assimilé à de la prévention primaire :

- « **L'accent est placé sur la prévention, notamment la prévention dite primaire.** Dans le nouveau système de protection de l'enfance, la priorité est accordée à la protection administrative. La protection judiciaire ne doit être mobilisée que lorsque les services départementaux ne sont pas en mesure de remédier à une situation de danger – parce que les mesures déjà tentées ont échoué, et parce que la famille refuse de coopérer, ou encore qu'il n'est pas possible d'évaluer la situation. Cette nouvelle prévalence de la logique de prévention nécessite de mobiliser et de consolider des logiques de coopération 66 (...) ».
- « Orientation n°1 : Mobiliser de manière optimale les outils de **prévention primaire et secondaire** existants au bénéfice des enfants et des familles (...). » Ce qui recouvre « une plus grande visibilité et un meilleur accès aux actions de prévention et de soutien à la parentalité, renforcer l'accessibilité de l'offre d'accueil du jeune enfant dans une logique de prévention (Une offre d'accueil du jeune enfant constituant un outil de prévention essentiel à destination des familles : socialisation des enfants, conciliation vie professionnelle et vie familiale... ».

Parfois, la prévention primaire n'est pas du tout dissociée de l'accompagnement des familles déjà en difficulté :

- « **la prévention primaire en direction des familles recouvre un domaine très vaste visant à mobiliser les ressources parentales afin d'éviter une dégradation de situations** ».

---

<sup>66</sup> Cette définition est toutefois issue d'un schéma daté, remplacé depuis par un schéma transversal « d'amélioration de l'accessibilité des services publics du département »

Enfin, si tous les schémas qui recourent à la classification de l'OMS ne paraissent pas en tirer une traduction pratique dans l'organisation de l'activité du département, il arrive que certains d'entre eux en fassent un outil de pilotage de l'activité. C'est le cas de la Loire-Atlantique (délégation de Nantes) où le suivi des familles par la PMI et la charge d'activité du service sont régulés à l'aide d'un outil de classification des suivis dans une file active de puéricultrice par catégorie de prévention. La classification proposée est ici plutôt fidèle à l'esprit de l'OMS puisque la prévention primaire couvre les conseils délivrés à tous les parents indépendamment de toute difficulté ; elle n'a certes pas pour effet d'éviter les risques mais outille les parents pour faire face à des situations courantes qui relèvent de la normalité. La prévention secondaire concerne des situations où des facteurs objectifs de risque (ou critères de vulnérabilité) déclenchent des actions individuelles d'accompagnement tandis que la prévention tertiaire renvoie aux mesures prises « à titre conservatoire » pour soustraire l'enfant d'une situation effectivement dégradée :

➤ « Prévention primaire :

- *Conseils de puériculture sur les soins de base du bébé à de jeunes parents les aidant à décrypter les pleurs et les rythmes de leur bébé.*

*Prévention secondaire :*

- *Accompagner un risque reconnu comme pouvant favoriser la survenue de maltraitance. Ces risques sont : une grossesse mal suivie ou non déclarée ou non désirée, la prématurité du bébé, les naissances multiples, le handicap chez l'enfant, une mère isolée, une mère dépressive, un parent déficient mental, un conjoint absent ou violent, une situation socio-économique difficile, un logement exigu ou insalubre.*

*Cette prévention ne peut être mise en place sans la collaboration des parents (ex: TISF, hospitalisation mère/enfant, VAD puer, crèche...). Elle cible une population d'enfants dits "à risque".*

*Prévention tertiaire :*

*En cas de non collaboration de la famille à l'accompagnement proposé ou d'une collaboration médiocre ou préjudiciable à l'enfant, il y a une situation de danger. Dans ce cas, il y a une mesure administrative ou judiciaire afin de protéger l'enfant et de travailler dans le champ du symbolique et du rappel à la loi vis à vis des défaillances parentales. Il s'agit donc d'éviter une aggravation de la maltraitance ».*

### 3.2.2 La qualification des actions de prévention primaire est souvent inappropriée au regard de la définition OMS

Malgré la variabilité des acceptions, la lecture des schémas permet de dégager des représentations récurrentes de la prévention primaire dans les départements :

➤ **La PMI**, en particulier sur le volet santé de son action, est très généralement associée à la prévention primaire en raison de la nature de ses interventions :

- **universalisme** : les examens systématiques s'adressent en principe à tous ;
- **suppression du risque** : certains actes empêchent purement et simplement l'apparition de pathologies pour chaque enfant et au bénéfice de tous (vaccins) ;
- **déconnexion entre l'intervention et tout risque avéré** : certains conseils en prévention, prodigués *a priori* aux parents et futurs parents, même ponctuels, peuvent avoir des effets positifs décisifs sur leur comportement et la santé de l'enfant (gestion des pleurs, etc.) ;

- **précocité des interventions** (quatrième mois de grossesse...) : même si, dans sa fonction de repérage en amont, la PMI peut être conduite à mener des actions individuelles relevant du secondaire ou tertiaire<sup>67</sup>.
- **L'action collective**, en tant qu'elle s'adresse potentiellement à tous, est également souvent rattachée à la prévention primaire (soutien à la parentalité, etc.). L'enjeu est alors d'assurer un égal accès de tous à ces actions et peut-être, en corollaire, un accès privilégié des populations isolées, dans une logique d'universalisme proportionné.
- **L'action précoce** est très souvent assimilée à la prévention primaire, ce qui peut être le cas lorsqu'elle permet d'éliminer les causes conduisant à une mesure plus contraignante et complexe. Mais elle est souvent réalisée dans une optique de détection ou à la suite d'une détection (correction), qui relève en réalité de la prévention secondaire.
- **L'action positive**, qui prône une approche développementale, fait abstraction de toute approche par les risques ou les vulnérabilités : accès à la culture, au sport. Elle est aussi soucieuse de l'égalité d'accès mais est au cœur de la prévention primaire dans la mesure où ne s'inscrit pas dans une logique d'action corrective mais d'environnement propice.

Toutefois, indépendamment de la qualification qu'en font les départements, les schémas défendent majoritairement des modèles de prévention secondaire et tertiaire. Beaucoup d'axes et orientations stratégiques affichent en effet des ambitions de prévention qui, même lorsqu'ils sont qualifiés de primaire, relèvent en mode majeur de la prévention secondaire, voire tertiaire<sup>68</sup>.

Aucun schéma ne propose de rupture décisive avec l'organisation de la protection de l'enfance dans le département telle qu'elle résulte des missions réglementaires de l'ASE, ce que supposerait pourtant un réel développement de la prévention primaire. Une telle rupture, visant à orienter l'action des services sur les déterminants de la prévention, c'est-à-dire vers la création d'environnements propices à l'épanouissement de l'enfant dans une logique d'investissement social, impliquerait une refonte en profondeur de l'organisation des services dans les départements ainsi qu'une réallocation des ressources qui ne pourrait que s'opérer au détriment des missions traditionnelles de protection. Or, et ce point est systématiquement mentionné dans les schémas, celles-ci ne cessent de croître et de se complexifier alors même que les contraintes budgétaires augmentent. Dès lors, les actions de prévention primaire que les départements appellent de leurs vœux ne peuvent que revêtir un caractère limité voire expérimental.

Il s'ensuit que les fiches action des schémas relatives à la prévention présentent un écart inévitable avec les ambitions des préambules et des axes stratégiques, pour se concentrer sur l'optimisation de l'efficacité des mesures de prévention le plus souvent secondaires : repérage et accompagnement des enfants ou parents en difficulté de la manière la plus précoce possible, ce qui passe le plus souvent, dans l'énoncé des fiches, par l'information, la sensibilisation, la coordination des acteurs, la communication, en vue de proposer l'accès à des dispositifs d'appui susceptibles d'éviter ou retarder les mesures administratives contraignantes.

---

<sup>67</sup> « Elle (la prévention) se fonde sur les actions conduites par la PMI en matière d'accompagnement périnatal (entretien prénatal précoce, développement de liaisons PMI avec les maternités...) et de prévention précoce à destination des jeunes enfants (dès la sortie de la maternité sur les situations de fragilité repérées, avec les puéricultrices et les médecins de PMI, en dépistage systématique à l'école entre 4 et 5 ans...). **Cette intervention s'inscrit dans une logique de prévention précoce et de prévention secondaire** auprès des familles avec de jeunes enfants, pour prévenir l'émergence et accompagner la résolution des difficultés médico-socioéducatives autour de la grossesse, de la naissance et des premières années de l'enfant ».

<sup>68</sup> Rappelons que la principale caractéristique d'une action de prévention primaire est de supprimer le risque en s'attaquant aux déterminants de ce dernier.

La prévention est souvent décrite comme la « *bonne intervention au bon moment, auprès de la bonne personne* » ; elle est ciblée et centrée sur le soin dans des situations détériorées. Il est d'ailleurs frappant de constater le recours très fréquent au terme *étayage* pour qualifier les objectifs des actions, utilisé le plus souvent dans le sens d'un renfort/soutien d'une situation bancale. Ce terme semble aussi marquer un positionnement autre du département, qui ne cherche plus à être un « *interlocuteur administratif obligé* » dans une logique de « *face à face* » ou de substitution mais un appui « *aux cotés* » de la famille. Au point qu'il est permis de s'interroger sur l'opportunité de placer systématiquement ce changement de posture sous le signe de la prévention et plus particulièrement de la prévention primaire :

- « **Accompagner** les familles vers leur épanouissement social et professionnel » ;
- « **Aider** les familles à développer leur projet de vie par la mobilisation de toutes les ressources (...) fait partie des fondamentaux du travail social auprès des familles : les professionnels cherchent et développent avec les parents les ressources leur permettant de faire face aux difficultés. **Il s'agit de s'appuyer sur les ressources personnelles des familles ainsi que sur les services leur permettant de les aider dans leur fonction parentale.** Un groupe de travail partenarial a d'ailleurs été chargé de réfléchir à cette question : « comment investir davantage le champ de la prévention primaire ? »

### 3.2.3 L'assimilation d'une *intervention précoce* à la prévention primaire conduit à des interprétations réductrices de cette dernière

Les acteurs de la protection de l'enfance font un lien fort entre prévention et intervention précoce ou plus exactement entre précocité de l'intervention et efficacité de cette dernière. Cette association va souvent de pair, dans les documents examinés, avec la notion de prévention primaire, réputée la plus efficace. Or, si le lien entre prévention primaire et précocité semble intuitivement évident, il peut être discutable de les assimiler totalement. La prévention primaire consiste en effet à agir à la source, c'est-à-dire à s'intéresser à la cause et donc aux déterminants d'une situation. Elle n'est pas forcément synonyme d'intervention, fût-elle précoce, déclenchée par la détection d'un problème ou même la recherche de son repérage (vulnérabilité).

L'assimilation du dépistage précoce des difficultés en PMI à de la prévention primaire peut ainsi conduire à une lecture réductrice de cette dernière et focaliser l'activité sur le seul repérage :

- « **La prévention primaire** : Les (PMI) jouent un rôle central en matière de dépistage et d'orientation dans le cadre du suivi médico-social des femmes enceintes et des enfants de 0 à 6 ans : les avis de grossesse, fiches de liaison et certificats de santé des 8ème jour, 9ème mois et 24ème mois sont des instruments de repérage précoce des situations de vulnérabilité. les consultations prénatales, tout comme les visites à domicile ont pour objectif de réaliser un dépistage précoce et un suivi renforcé des femmes enceintes en situation vulnérable. Les consultations destinées aux enfants de 0 à 6 ans »

Or, la prévention primaire cherche à « *créer un cadre favorable à...* » (en l'espèce au développement et à l'épanouissement de l'enfant), tandis que l'intervention précoce s'intéresse plus particulièrement au meilleur moment de l'intervention pour éviter la survenue d'un risque ou en limiter les effets. Les deux peuvent se recouvrir mais ne se confondent pas car n'obéissent pas à la même logique :

- « *Toute action publique vise à favoriser le bien-être des populations et à détecter puis traiter les zones de fragilité. Pour être efficaces, **les mesures de prévention doivent s'adresser à un public très large et débiter le plus précocement possible.** Elles doivent préparer l'enfant à devenir un être social en soutenant les parents, premier cercle de prévention. Les actions de prévention précoce débutent dès que les jeunes s'éveillent à la sexualité, prennent en compte la grossesse, les soutiens à domicile, l'éveil de l'enfant et l'accompagnement jusqu'à l'entrée en structure d'accueil ou à l'école* »
- « *Ce schéma de l'enfance et des familles a pour ambition de valoriser la participation des usagers, de **donner une priorité à la prévention la plus en amont possible, ainsi qu'à la promotion de la santé globale*** ».

Pourtant, l'intervention précoce, y compris en PMI, peut bien souvent relever d'une logique de prévention secondaire. Ceci est explicite dans certains schémas, où la prévention est conçue comme une aide et un accompagnement dans une situation néanmoins déjà compromise :

- « *Placer l'action publique sous l'angle de la prévention vise donc à permettre un accompagnement précoce et dans la continuité, primordial pour la personne aidée comme pour son entourage, afin d'éviter une dégradation de la situation* ».
- « *Privilégier la prévention pour éviter à terme la protection* » en vue d'avoir « *des actions moins curatives au final* »

En résumé, assimiler systématiquement la précocité d'une intervention à de la prévention primaire peut conduire à opérer un raccourci et s'abstenir de réfléchir à une prévention primaire encore plus ambitieuse. Si une information éducative précoce, souvent collective, est de nature à ancrer des comportements durables de prévention chez l'enfant (alimentation, etc.), relevant bien de la prévention primaire, une détection précoce, souvent individuelle, est certes un gage d'efficacité de l'intervention (enrayement d'un processus délétère) mais revêt à ce titre un caractère secondaire.

### 3.2.4 Le recours à une typologie alternative ou l'absence de typologie permet parfois d'échapper aux impasses de la prévention primaire

Certains schémas, pour qualifier leur approche de la prévention, s'émancipent du triptyque de l'OMS au profit d'une répartition qui reflète une politique et une philosophie d'action alternatives. Ils incluent néanmoins des dispositions qui, sans les avoir qualifiées comme telle, relèvent de la prévention primaire et sont même, paradoxalement, plus proches de son essence. Ne se situant pas dans l'accompagnement de personnes en difficulté mais plutôt dans des logiques **d'universalisme proportionné** et **d'égalité d'accès**, ils entendent embarquer, dans des actions ouvertes et propices à tous, des publics qui pourraient ne pas en bénéficier spontanément :

- « *Favoriser l'accès des jeunes et des familles aux loisirs, au sport et à la culture. **L'accès aux loisirs, aux sports et à la culture est un facteur de développement, de sociabilité de construction du lien social** ; il nécessite un accompagnement pour un certain nombre de familles défavorisées et isolées. (...) Afin de lutter contre l'isolement des familles, de prévenir des risques environnementaux chez certains enfants ou adolescents vivant dans un quartier sensible ou dans des zones rurales peu équipées et afin de développer la sociabilité et du lien social, il est recommandé :*

  - *de poursuivre et développer des actions collectives telles que des **séjours éducatifs pour des enfants primo partants, des parcours de découvertes culturelles, ainsi que des actions de développement social local** ;*

- de développer les partenariats avec le milieu associatif (TISF, centres sociaux, association familiales, association d'insertion...) en privilégiant les ressources locales ;
  - de développer des actions mutualisées avec les Pôles jeunesse territoriaux autour de **l'accès aux sports.** ».
- « Les priorités du nouveau schéma 2016-2021 vont servir de « fil rouge » (...) :
- une aide apportée à toutes les familles : Toutes les familles notamment à la naissance d'un enfant doivent pouvoir bénéficier d'un accompagnement personnalisé si elles le souhaitent. **Les actions de ce schéma seront toujours orientées vers l'universalité. Elles seront plurielles pour que chaque famille puisse être accompagnée et soutenue selon le degré de difficultés qu'elle rencontre sans se sentir stigmatisée** ;
  - la recherche d'une prévention la plus précoce possible car nous savons tous qu'il « vaut mieux prévenir que guérir », que plus on tarde à repérer les difficultés, plus elles seront difficiles à résoudre et plus elles entraîneront des « dégâts humains et financiers ».

Plusieurs schémas départementaux introduisent une distinction inédite **entre prévention et prévention**. Dans ce cas, la prévention est ce qui s'adresse expressément aux seules personnes en situation de fragilité et le schéma départemental ne fait pas de cette dernière un axe en tant que tel puisque toute sa construction est, par définition, censée s'inscrire dans la prévention. Il se veut opérationnel et se concentre sur les situations à risques (séparation des parents, situation périnatale à risque, etc.) :

- « **Alors que les actions de prévention s'adressent à tous, la prévention vise des publics ciblés, préalablement repérés comme présentant des risques, et elle doit proposer des actions visant à éviter que ces risques ne dégèrent en situations de maltraitance.** ».

Une autre approche consiste à distinguer la **prévention ciblée** de la **prévention de droit commun**. L'AEMO, l'accompagnement à domicile, relèvent alors de la première tandis que les actions en direction des futurs parents, des jeunes enfants, de la santé, de la parentalité mais aussi de la prévention spécialisée relèvent de la seconde. D'autres plans se réfèrent à la notion de **prévention générale** :

- « **La prévention générale** concerne un ensemble d'actions territorialisées, auxquelles s'ajoutent les actions de médiation familiales, les actions de prévention des ruptures scolaires, ainsi que les actions de bilan et d'orientations spécialisés qui sont mises en œuvre dans le cadre d'un partenariat construit avec l'Éducation nationale et le secteur associatif. »

### Encadré 3 : Des approches transversales encore peu convaincantes

Des approches transversales tendent à se développer dans des « schémas uniques », en particulier dans des départements de petite taille, ce qui peut s'expliquer par un souci compréhensible de mutualisation des moyens et d'économies d'échelle. Elles mobilisent les notions de *soutien, ressources...* et s'inscrivent d'emblée dans une approche *d'égal accès de tous* à des services favorisant la promotion de la santé, l'autonomie, etc. plutôt qu'un traitement des situations par les risques et les publics. Les auteurs escomptent « *une offre plus équitable pour la population* », une « *politique de prévention plus globale et moins segmentée par public/institutions/territoires* ». Au prix toutefois d'une moindre lisibilité des plans d'action et de l'offre de service, ce que l'ONED avait d'ailleurs déjà identifié dans son rapport 2015. Ce d'autant plus qu'en pratique, les solutions proposées dans les fiches actions de ces schémas ne se distinguent pas fondamentalement de l'offre classique : AED renforcées, accompagnement à domicile, préparation améliorée et accompagnement de la sortie de l'ASE des jeunes (16-20 ans).

### 3.3 Sauf lorsqu'elle est pensée, la partition des actions entre prévention et protection s'avère peu féconde pour définir la prévention

#### 3.3.1 Quand prévention et protection sont opposées

Un certain nombre de schémas définissent la prévention par opposition à la protection. Dans cette acception, « *tout ce qui n'est pas protection fait en quelque sorte prévention* ». Il s'ensuit que le domaine potentiel de la prévention est très vaste et peut contenir pêle-mêle une variété très importante d'actions qualifiées de préventives.

Tirée des évolutions de la loi de 2007, cette lecture conduit à assimiler à de la prévention toutes les actions qui se situent en amont des mesures judiciaires ou sont réalisées en dehors du placement :

- « *La subsidiarité du judiciaire, instaurée par la loi du 5 mars 2007 (...) oblige (...) l'administration à devoir épuiser toutes ses ressources d'action avant la saisine de l'autorité judiciaire. Cette réforme substitue à la notion de maltraitance, celle de danger ou de risque de danger pour l'enfant, qu'elle définit comme la mesure de toute entrave portant préjudice à sa santé physique, psychique, à son développement multiforme ainsi qu'à celle des anomalies éducatives parentales* »
- « *Une politique de prévention à redéfinir* » : « *Même si depuis longtemps, les activités des trois services du Département concourent à la prévention des difficultés éducatives, sociales et médico-sociales dans les familles, la loi du 5 mars 2007 lui donne une toute autre ampleur, du fait de l'objectif de « déjudiciariser » et de graduer les réponses apportées aux familles, aux enfants et aux jeunes. **L'action de prévention intervient en amont d'une mesure de protection judiciaire et vise à apporter un mieux-être à l'enfant et à développer les compétences de ses parents.*** »
- « *Au titre de la prévention, l'objectif de travail principal est d'œuvrer pour maintenir les enfants dans la cellule familiale, en mobilisant 2 types d'aides : aides financières aux familles et aides socio-éducatives (TISF, AEMO...)* »
- « *PREVENIR : il s'agit d'amplifier les actions préventives visant non seulement à éviter le placement des enfants mais également à accompagner et consolider des situations de retour en famille après placement. PROTEGER : assurer à chaque enfant accueilli un cadre favorisant la résilience et, dans le même temps, coordonner l'intervention sociale auprès des parents dont l'enfant a été confié afin de réunir les conditions nécessaires à son retour dans sa famille.* »

La prévention apparaît également parfois dans une logique séquentielle, inspirée de la loi, où sont successivement distingués la prévention, le signalement puis, en dernier recours, la prise en charge diversifiée. Dans ce triptyque, la prévention se traduit par tous les types d'actions dont :

- « *La mise en place systématique de l'entretien au 4e mois de grossesse, afin de détecter en amont d'éventuelles difficultés d'ordre psychologique ou social, le contact de la Protection maternelle infantile (PMI) avec les parents à la maternité (avec visite si une difficulté est détectée chez les parents), la généralisation des bilans à l'école maternelle pour les enfants entre 3 et 4 ans, et à l'entrée en primaire, le développement des prestations éducatives d'aide à domicile* » (...) Dans ce schéma, « *les actions développées dans le cadre des REAAP participent aux actions de prévention primaire et généraliste* », tandis que « *La prévention des risques de danger s'effectue dans le cadre du dispositif de recueil, d'évaluation et de traitement des informations préoccupantes* ».

Certains schémas pointent les limites de ce qu'ils considèrent être un clivage nuisible à leur volonté de déployer « *une logique préventive permanente* » même si l'on peine à percevoir les implications pratiques d'une démarche transcendant ce clivage :

- « *Trop souvent, la notion de prévention est opposée à la logique de protection créant ainsi des formes de rupture voire d'irréversibilité. L'enjeu pour les années à venir est de dépasser ce clivage. C'est-à-dire : de diffuser aussi largement que possible la culture, les outils et les pratiques de prévention de la difficulté éducative et de soutien à l'autorité parentale de développer la précocité du soutien éducatif et de maintenir une approche préventive c'est-à-dire confiante dans l'avenir à tous les moments de l'accompagnement, d'irriguer les pratiques de protection à partir des pratiques de prévention plus ouvertes, plus concrètes, plus lisibles, plus territorialisées et plus transversales déjà à l'œuvre sur le territoire, d'établir une continuité lisible et pilotée entre l'intervention éducative conduite en amont des mesures et les mesures administratives et judiciaires elles-mêmes.* »

C. Sellenet, à la faveur d'une étude réalisée auprès des personnes de la PMI de Loire Atlantique, a rappelé la manière dont le terme « protection » était diversement interprété et parfois volontairement écarté en raison des connotations qui lui étaient prêtées. Alors que, parmi un groupe de puéricultrices interrogées pour décrire leurs missions, le mot protection apparaît en deuxième après le mot prévention, le groupe des médecins cite uniquement le mot prévention : « *le premier argumentaire associe le terme protection à celui de contrôle (protéger contre). Protéger serait alors faire barrière, s'opposer aux parents et donc abandonner une lecture compréhensive de la situation globale. Cette mission de protection est donc moins appréciée que celle de prévention. La seconde raison est institutionnelle, elle traduit la crainte que la PMI soit essentiellement perçue comme un service centré sur « ce qui ne va pas », « les cas difficiles »* ».

Cette représentation de la protection peut expliquer pourquoi la prévention, littéralement idéalisée, est citée à de multiples occasions dans le registre sémantique de l'enfance. Plus encore, elle éclaire ce pourquoi, particulièrement à la PMI, l'accent est systématiquement porté sur la prévention primaire ou universelle, au risque de dévoyer la notion et de creuser l'écart entre l'activité de prévention « souhaitée » et, par la force des choses, le travail effectivement « réalisé ».

Or, C. Sellenet rappelle que la protection est d'abord « *une action de protéger, de défendre quelqu'un contre un danger, un mal, un risque mais c'est aussi des moyens mis en œuvre (Ce qui protège, assure contre un risque, un danger, un mal)* » (...) « *Les synonymes du terme protection, nombreux, offrent une belle palette de positionnements possibles auxquels il serait dommage de renoncer : (...) assistance, conservation, défense, restauration, sauvegarde, secours, tutelle (...) asile, bouclier, garantie, refuge, rempart, soutien (...) encouragement, mécénat, parrainage (...)*. Certes, *les dangers auxquels sont exposés les enfants ont en partie évolué, certains ont disparu, d'autres sont propres à notre époque (on pense aux addictions aux nouvelles technologies...), mais la protection reste l'une des dimensions centrales de la PMI* ».

En fin de compte, la répartition des actions à partir d'une césure entre prévention et protection ne se traduit pas par des pratiques d'intervention foncièrement différenciées et ne fournit donc pas une grille de lecture clarifiant le cadre d'action caractéristique de la prévention.

### 3.3.2 Quand prévention et protection sont articulées

Lorsque, *a contrario*, l'articulation protection/prévention est le fruit d'une réelle réflexion sur la prévention, les orientations gagnent en lisibilité et les fiches-action sont structurantes, rendant le schéma plus explicite. Dans l'exemple ci-dessous, tout ce qui permet d'assurer la continuité

entre la prévention et la protection (dans le temps et entre services), est considéré comme un acte préventif puisque de nature à éviter une prise en charge erratique voire une rupture brutale dans le parcours. :

- « *Orientation n°1 : Mobiliser de manière optimale les outils de prévention primaire et secondaire existants au bénéfice des enfants et des familles : (...) renforcer le partenariat entre les acteurs intervenant dans le champ de la Périnatalité, offrir un étayage aux TISF dans le cadre de leur mission de prévention*
- *Orientation n°2 : De la prévention à la protection : favoriser la continuité des parcours et la prise en compte globale des besoins des enfants et des familles **par le renforcement des articulations entre les accompagnements de prévention et de protection de l'enfance** : (renforcer le travail en transversalité entre les services (service social, PMI, ASE, Psychologues ASMS, éducatrice de prévention), mieux articuler les interventions de chacun tout au long de l'accompagnement.»*

En corollaire, les partenariats, qui apparaissent souvent comme la pierre angulaire des plans d'action, sont perçus comme des actes de prévention. La transversalité et l'exigence de coordination qui en découlent restent entendues comme la mobilisation optimale, au bon moment et le plus tôt possible, des différents outils d'accompagnement des publics en difficulté. Même s'il s'agit de prévention secondaire, il s'agit bien de prévention, dont l'objet n'est pas tant de prévenir les difficultés (elles sont avérées) que la rupture préjudiciable de prise en charge :

- « *En renforçant le travail en matière de prévention et en **faisant jouer les complémentarités entre les acteurs intervenant auprès des familles**, le Département se place dans une logique de prévention des risques éducatifs et se donne pour objectifs de **continuer à réguler, voire réduire les flux en matière de mesures d'accueil au service** ».*

Dès lors, il n'est pas surprenant que dans le département en question, le schéma départemental<sup>69</sup> fasse de la mise en place du protocole de coordination de la prévention, une pièce essentielle de son dispositif et se fixe pour objectif de « **Réunir l'ensemble des professionnels autour d'une éthique commune de la prévention** ».

Cette préoccupation de la coordination en vue de donner corps et cohérence aux actions de prévention à partir de l'offre existante, se retrouve fréquemment dans les schémas :

- « *Si le précédent schéma revisitait l'offre sociale et médico-sociale, le nouveau schéma 2017-2021 souhaité par le Département, **axe davantage sur le cadre de coopération et de coordination à mettre en place entre les acteurs de terrain, les institutions et avec les familles** »*
- « *Repenser les pratiques pour **faire de la prévention une priorité partagée par tous les acteurs** (départementaux et locaux) et mobiliser l'ensemble des ressources autour des familles rencontrant des difficultés éducatives ».*

---

<sup>69</sup> Schéma départemental enfance famille 2017-2021.

### 3.4 Le virage annoncé de la prévention ne se traduit pas par une modification en conséquence des pratiques et organisations du département dans les schémas

La lecture des plans d'action déclinant les axes stratégiques énoncés dans les schémas révèle un écart entre les intentions affichées en termes de prévention et leur traduction opérationnelle dans les fiches action. Certains départements, plutôt rares, ont pris le parti d'assumer une approche pragmatique en ne cherchant pas à élargir leur palette d'interventions en prévention mais plutôt à optimiser les dispositifs existant, quitte à circonscrire leur dimension préventive.

L'un d'eux, entièrement tourné vers le repérage et la prise en charge, fait même figure d'exception, en ne faisant aucune référence à la prévention :

- ▶ *« 6 orientations, 14 objectifs stratégiques et 51 actions :*
  - *Orientation 1 : Consolider le dispositif de repérage et d'évaluation des situations d'enfants en danger ou risque de danger ;*
  - *Orientation 2 : Mieux répondre au public et aux problématiques de la prévention spécialisée ;*
  - *Orientation 3 : Moduler l'accompagnement à domicile en fonction des besoins des enfants et des parents ;*
  - *Orientation 4 : Adapter et diversifier l'offre d'accueil pour garantir une adéquation des prises en charge aux profils des enfants accueillis ;*
  - *Orientation 5 : Préparer le passage à l'âge adulte à la sortie du dispositif de l'Aide sociale à l'enfance ;*
  - *Orientation 6 : Améliorer la continuité et la cohérence des accompagnements réalisés auprès des enfants et de leurs familles » ;*

Mais quand, en revanche, ils mettent l'accent sur un renforcement de leur actions dans le champ de la prévention, rares sont les schémas qui en tirent explicitement les conséquences sur leur organisation et les pratiques professionnelles :

- ▶ *« Le précédent schéma a axé ses actions sur le renforcement de la prévention dans l'objectif d'une baisse des mesures de placement. Le projet de direction de la fonction enfance famille a d'ailleurs repensé l'organisation administrative du Département en identifiant clairement les missions de prévention. Un bilan des dispositifs de prévention (TISF, centre maternel, AED, AEMO) sera réalisé et permettra d'ajuster les fonctionnements pour répondre davantage aux besoins du territoire. Des référentiels viendront préciser les attendus. »*

L'absence fréquente de référence à un nouveau schéma de service susceptible d'accompagner la mise en place d'une politique de prévention, alors que l'avènement de cette dernière est en général présenté comme une rupture ou une évolution majeure, conduit à s'interroger sur la portée réelle de l'évolution annoncée.

## 4 LA PERCEPTION DES ACTEURS CONFIRME LES CONSTATS OPERES DANS LES SCHEMAS ANALYSES

### 4.1 Les commentaires des professionnels reflètent les doutes, interrogations et ambivalences sur la prévention

Certains départements profitent de l'élaboration de leur schéma pour interroger leurs pratiques et donnent à ce titre la parole aux professionnels<sup>70</sup>. Les doutes exprimés par ces derniers, le plus souvent dans la partie diagnostic des schémas, reflètent des organisations mises en tension entre les ambitions préventives affichées d'une part, les contingences budgétaires et l'urgence du terrain d'autre part, au risque parfois de les exposer à des injonctions paradoxales :

- « Où commence et où se termine la prévention ? »
- « Il ne faut pas méconnaître les limites et le caractère parfois illusoire de la prévention »
- « La prévention s'adresse à tous les publics, au-delà des publics « captifs » du Conseil général »
- Les professionnels s'interrogent pour résoudre un certain nombre de « contradictions » : prévention / protection ; contractualisation / assistance ; approche globale/ actions ciblées ; actions dans l'urgence/ actions dans la durée »
- « L'articulation entre la prévention et la protection est essentielle selon les professionnels de PMI. Certains regrettent la montée en charge des missions de protection (notamment les évaluations d'informations préoccupantes, les synthèses...) au détriment des actions de prévention pour les puéricultrices »

L'expression des professionnels dans certains diagnostics permet d'apprécier leur propre lecture de la prévention primaire au travers, en premier lieu de ce qu'ils y rangent, en second lieu de ce qui leur donne satisfaction ou au contraire leur paraît dysfonctionner. On y trouve de manière surprenante des actions qu'on s'attendrait *a priori* à retrouver dans le chapitre de la prévention secondaire. Ils rangent de même dans cette catégorie l'accompagnement des familles par les services gardiens, le recueil, le traitement et l'évaluation des informations préoccupantes mais aussi la prise en charge des situations d'enfants en urgence.

- « Les répondants (au questionnaire<sup>71</sup>) estiment que les **actions de prévention** primaire réalisées dans le département sont globalement satisfaisantes. Selon eux les 4 principaux points forts actuels de la prévention primaire (dans le département) sont les suivants : Les interventions du service social polyvalent, les visites à domicile des puéricultrices, les consultations réalisées par les centres de PMI, les bilans de santé réalisés en école maternelle. Selon les répondants, les 2 principaux points faibles actuels de la prévention primaire dans le département sont la connaissance des dispositifs par l'ensemble des partenaires impliqués, les actions mises en œuvre dans le cadre de la prévention spécialisée. Viennent ensuite les actions de soutien à la parentalité menées sous l'égide du REAAP, les aides financières en direction des familles et les lieux d'accueil parents enfants et actions collectives des CMS ».

---

<sup>70</sup> *Verbatim* issus des groupes de travail lors des phases qui ont généralement présidé aux travaux préparatoires des schémas et sont repris dans le chapitre « diagnostic/bilan » de ces documents.

<sup>71</sup> Il s'agit d'un questionnaire dispensé par le département dans le cadre des travaux préparatoires du schéma.

## 4.2 Les réponses au questionnaire adressé aux départements corroborent les constats

### 4.2.1 Les freins vécus à la prévention

Interrogés sur les principales lacunes et difficultés qu'ils identifient en matière de prévention, les répondants au questionnaire adressé aux conseils départementaux ont produit de nombreux commentaires. Ils convergent pour signaler :

- un manque de temps de l'ASE, concentrée sur l'urgence des situations à traiter, reléguant les actions de prévention au second plan, notamment les actions de protection collective, et sensiblement aggravé récemment par l'accompagnement des mineurs non accompagnés (MNA). A noter, côté PMI, la constance avec laquelle sont rappelés les difficultés de recrutement (médecins en particulier, infirmiers, puéricultrices), conduisant à une concentration de l'action sur les seules urgences et les familles les plus précarisées, au détriment de la vocation universaliste des missions. Plusieurs départements mentionnent, relayés en cela par certaines auditions, la prise en charge croissante par la PMI de consultations de « première ligne » pour pallier l'absence de médecin traitant sur le territoire. Certains départements ont instauré en conséquence des consultations d'infirmiers ou de puéricultrices ;
- un manque de moyens humains et matériels<sup>72</sup> et des crédits contraints majoritairement orientés vers les actions de protection (décalage entre des ambitions politiques pertinentes (pauvreté, parentalité) et des moyens financiers et humains réduits) ;
- une définition de la prévention et des actions qui en découlent différente selon les acteurs<sup>73</sup> ;
- le nombre et la diversité des acteurs (coordination et transmission de l'information) rendant difficile la lisibilité des actions ;
- une difficulté à évaluer l'impact des actions dans le temps<sup>74</sup> ;
- la disparité, le maillage territorial inégal des dispositifs sur le territoire et leur accessibilité.

On note par ailleurs, plus ponctuellement :

- la connaissance et l'appropriation par les professionnels des ressources de droit commun pour l'accompagnement ;
- l'insuffisante prise en compte des questions budgétaires des familles et plus généralement d'approche globale de leur condition de vie (logement...) <sup>75</sup> ;
- la croissance des situations où les troubles psychiques des parents prennent le pas et rendent la prévention limitée ;

---

<sup>72</sup> Ce point a aussi été souligné lors des auditions de la mission : manque de matériel informatique, ordinateurs et téléphones portables

<sup>73</sup> Un département corrobore les constats de la mission : « La définition de la prévention est imprécise. Elle souffre d'une absence de lisibilité et d'une confusion entre prévention primaire, secondaire et tertiaire ».

<sup>74</sup> Un département signale même que « le développement des mesures de prévention en ...n'a pas permis de stopper l'évolution des placements, administratifs ou judiciaires ».

<sup>75</sup> « On se rend compte que les enfants et leurs familles rencontrent des difficultés de plusieurs ordres et souvent cumulées (...) c'est le travail de coordination qui fait parfois défaut »

- l'insuffisance du soutien psychologique (attente d'une année pour un suivi en CMPP), l'absence de diversification des réponses (notamment les thérapies brèves), la nécessaire diversification de l'offre pour une prise en charge très individualisée, l'absence de pédopsychiatrie.

#### 4.2.2 Les démarches considérées comme emblématiques de la prévention

Les difficultés soulevées par les départements ne les empêchent pas de signaler des interventions qu'ils souhaitent faire valoir au titre de bonnes pratiques de prévention.

Il est frappant en premier lieu de constater que beaucoup d'actions valorisées au titre de la prévention ont pour objet le partenariat et le travail en concertation, selon des configurations et des objets variés :

- CAF/CPAM/CD ;
- CAF/MSA/CD ;
- ASE/PMI/secteur/insertion/psychologie ;
- CD/centres sociaux ;
- Justice/État/CAF/MSA/services associatifs/ éducation nationale/prévention spécialisée/CD ;
- Service de psychiatrie/PMI/LAEP, etc.

A signaler également :

- la volonté d'expérimenter une **mesure unique**, en lien avec un référentiel d'évaluation des besoins fondamentaux des enfants, pour raisonner à partir des besoins et non plus à partir d'un système de ratios ou de fréquence d'interventions dans les familles (Loire Atlantique).
- Au sein de la PMI :
  - le suivi des bilans de santé des enfants de 4 ans ;
  - le lien avec les maternités privées ;
  - la réalisation de 95 % des bilans des 3- 4 ans dans un département ;
  - l'écriture du **référentiel PMI** ayant permis aux professionnels de s'exprimer et de réfléchir à leurs pratiques (tous les professionnels du pôle concernés) puis de constituer la feuille de route pour harmoniser les pratiques et rendre équitable le traitement des usagers ;
  - le recentrage des médecins de PMI sur la médecine clinique et le rôle d'expertise et conseil auprès des familles vulnérables, donnant satisfaction aux équipes ;
- Au sein de l'AEMO:
  - en particulier toutes les actions qui, sous des appellations diverses, relèvent de l'AEMO renforcée (interventions et placement à domicile, accueil de jour...)
- Au sein de l'éducation nationale :
  - la présence des équipes de prévention au sein des collèges pour éviter les ruptures éducatives lors de sanctions/exclusions et dans le développement de projets sur différentes thématiques (réseau sociaux, relations hommes/femmes, etc.).

#### 4.2.3 Les définitions de la prévention proposées par les départements

A la question de savoir quelle définition ils donneraient de la prévention en protection de l'enfance, les départements ont, logiquement, répondu avec la même diversité que dans les SDPE. Cette variété ne dément pas, cependant, les traits communs massivement décelés dans les schémas à savoir la place prépondérante de la prévention secondaire, ici lucidement assumée.

Sont ainsi considérés comme relevant de la prévention :

- « Etre à même de **repérer des difficultés potentielles** et orienter les familles vers les services adaptés »
- « Toute action permettant de **prévenir les situations de danger** ou de risque de danger, travaillée en lien avec la famille et l'enfant »
- « **Réduire les risques** avant l'apparition de tous problèmes (...). La prévention se doit donc de dépister les fragilités afin de les traiter par un accompagnement adapté aux besoins de la famille.»
- « **Eviter des situations de maltraitance** en agissant d'abord sur l'environnement immédiat de l'enfant dès lors qu'il y a repérage, en agissant sur les autres facteurs qui peuvent induire chez les parents des comportements inadaptés »
- « **Assurer un détection précoce des carences parentales et des troubles associés** »
- « Actions individuelles et/ou collectives permettant de **prévenir une situation de danger** ou de risque de danger. Elle doit se distinguer de l'ensemble des mesures ou prestations de protection à domicile avec ou sans hébergement »
- « Soutenir et conforter les compétences parentales (...) pour **éviter la dégradation de la situation, à favoriser le maintien des liens familiaux** »
- « Ensemble des mesures et des actions destinées à **aider les familles à résoudre les difficultés qu'elle rencontre** »
- « intervenir pour **éviter l'aggravation de difficultés** notamment éducatives ».

Certains départements privilégient une approche pragmatique consistant à considérer que la prévention s'exerce dans un logique de continuum, même dans le cadre d'une mesure de protection :

- « **Dès lors qu'un professionnel intervient auprès d'une famille il est possible de considérer que l'on entre dans une forme de prévention.** La limite avec la protection pourrait s'établir dès lors que l'enfant est sorti de son milieu naturel, de sa famille, pour être placé. Là encore cependant, la prévention continue de s'exercer auprès de la famille et l'enfant grâce à l'action des différents professionnels qui les entourent. C'est pourquoi **il faudrait voir prévention et protection comme un continuum d'actions** plutôt que comme deux politiques distinctes l'une de l'autre ».

**La réponse aux besoins** de l'enfant et/ou de la famille, avec une forte composante d'accompagnement, apparaît comme un axe fort de prévention de la protection de l'enfance :

- « Toutes les actions du département (PMI, Polyvalence de secteur, développement social, insertion, ...), les collectivités territoriales, la Caf, les associations familiales, les centres sociaux ... **visant à répondre aux besoins des familles**, à les accompagner et soutenir les parents dans leur rôle de parents relève »
- « Mettre en œuvre les soutiens et les ressources permettant à toutes les familles de **trouver réponse à leurs besoins au moment où elles en ont besoin** »

- « *Accompagnement et étayage des familles pour évaluer leur capacité et compétence afin de les conduire vers une autonomie éducative et organisationnelle qui réponde **au besoin de l'enfant** et notamment à sa sécurité* »
- « *Répondre le plus en précocement possible des situations de dangers ou de carences éducatives afin de garantir le développement de l'enfant et son accès aux **besoins fondamentaux*** »
- « *Toute action visant à renforcer le lien d'attachement, les compétences parentales, l'autonomie des familles dans l'éducation de leur(s) enfant(s)* »
- « *Permettre aux parents de **répondre aux besoins de leurs enfants** (...) Elle (la prévenance) doit tenir compte des droits fondamentaux des enfants : sociaux, affectifs ou culturels. Elle concerne l'ensemble des personnels en lien avec les mineurs dans un souci de prévenance* »
- « ***Accompagner**, soutenir les parents dans leurs fonctions parentales* ».

Enfin, la politique de prévention n'est pas dissociée dans certains départements de toutes les autres politiques susceptibles de concourir à la protection de l'enfance. Elle induit des approches globales, territoriales :

- « *La philosophie de la politique de protection de l'enfance (...) est de contribuer à un renforcement massif des actions de prévention en développant en particulier et de manière systématique les **articulations avec les autres politiques publique relevant du droit commun** en direction des familles. Aussi les travaux autour du schéma de la parentalité sont coordonnés avec les objectifs du SEJF, les axes de la PMI en matière de santé publique sont en adéquation avec les objectifs ciblés en termes de petite enfance. La politique d'insertion en direction des bénéficiaires du RSA est aujourd'hui pensée comme pouvant contribuer à améliorer les conditions de vie des familles. La politique du Département en matière de Jeunesse et des Sports est dirigée vers les publics prioritaires de la solidarité. Pour mener à bien la synergie de ces actions, l'organisation territorialisée des services s'est déployée dans la logique d'une plus grande proximité et de transversalité des acteurs au profit des familles. (...). Aussi, pour le Département (...), la prévention constitue la mise en lien de l'ensemble de ses politiques en direction des familles en plaçant l'enfant au cœur des objectifs partagés. **Aussi le défi de la prévention en s'adossant sur la nécessité de faire de la protection de l'enfance une priorité, nécessite la mise en synergie de l'ensemble des politiques publiques par le décloisonnement des pratiques et l'engagement de l'ensemble des acteurs*** ».
- « ***Approche globale** des problématiques rencontrées dans les situations familiales dans les domaines de la **santé, de l'accès aux droits, logement, insertion et précarité**. Toute action permettant de réunir les conditions favorables à l'épanouissement, et au bon développement de l'enfant au sein de sa famille* ».

## ANNEXE 5 :

# POUR UN REFERENTIEL DE LA PREVENTION PARTAGE EN PROTECTION DE L'ENFANCE

### 1 UNE CLARIFICATION DU CHAMP DE LA PREVENTION EST NECESSAIRE AFIN D'IDENTIFIER LES COMPETENCES RESPECTIVES DES ACTEURS ET DE BATIR DES POLITIQUES PUBLIQUES LOCALES EN CONSEQUENCE

#### 1.1 A la croisée des chemins, les départements se trouvent placés devant un choix décisif

La première question à laquelle il doit être répondu est celle du périmètre de la prévention retenu par le chef de file de la protection de l'enfance qu'est le conseil départemental. Si l'on considère que son champ d'application est celui des mineurs dont le « *développement est compromis du fait des situations adverses auxquels ils ont été confrontés* », le travail du département, en premier lieu de l'ASE, est avant tout de retenir des « *principes pour un cadre de suppléance compensateur structurant* <sup>76</sup> ». Si l'on considère au contraire que la mission préventive du département revêt avant tout un caractère universel et a vocation à s'appliquer à tous, sans considération *a priori* de l'existence de difficultés, le travail du département est davantage axé sur l'environnement de l'enfant.

La prévention ne peut être envisagée de la même manière selon le cas. Dans le premier cas, elle est ciblée, centrée sur l'enfant (ou ses parents) et ses / leurs difficultés. Il ne saurait vraiment être question de prévention primaire. On se situe « *au début de la maladie* », pour reprendre la définition de l'OMS, et la prévention sera d'ordre secondaire. L'intervention devra être la plus précoce possible mais cette précocité n'a pas tant pour objet ni pour effet d'éviter les difficultés que de les compenser comme la définition ci-dessus l'exprime bien. Dans le second cas, le champ de la prévention est universel et les actions conduites, souvent de nature collective, s'adressent à tous.

Une voie d'équilibre consiste à défendre l'idée selon laquelle l'universalisme n'interdit pas un réalisme conduisant à concentrer les efforts sur les publics défavorisés, préalablement définis puis repérés, dans le souci de leur donner des chances égales d'accès au développement de la personne. Il s'agit de la notion d'*universalisme proportionné*, impliquant qu'un droit ouvert à tous doit l'être plus particulièrement aux populations les plus vulnérables si l'on tient à ce qu'il soit également accessible à tous<sup>77</sup>. A titre d'illustration, la ville de Lyon a mis en place un système par points, où les demandes de places en crèche offrent plus de poids aux critères sociaux. Les parents obtiennent plus de points s'ils sont en situation d'isolement ou si leur enfant est porteur

---

<sup>76</sup> Les besoins fondamentaux de l'enfant en protection de l'enfance, Dr Marie-Paule Martin-Blachais, 2017.

<sup>77</sup> « *L'ensemble de la population accède aux stratégies de prévention et de soin tout en accordant une attention particulière aux populations les plus vulnérables* » In rapport terra nova.

d'un handicap, mais moins de points s'ils ont des revenus élevés. La mission, qui ne conteste pas la pertinence de cette approche, ne la retient pas à ce stade des travaux. En effet, le concept d'universalisme proportionné permet de décrire et qualifier le point d'aboutissement d'une politique de prévention assumée mais ne constitue pas une grille de lecture suffisante dans le cadre de l'exercice en amont, objet de la présente annexe, consistant à chercher à identifier les leviers et acteurs pertinents de la prévention en protection de l'enfance. En d'autres termes, le recours au concept d'universalisme proportionné trahit la difficulté du préventeur à atteindre les objectifs qu'il se fixe. Il est le résultat, mais ne peut être le fondement, d'une politique de prévention synthétisant le meilleur compromis possible au vu du diagnostic et des moyens disponibles dans l'instant. Il ne peut pas constituer un cadre d'action explicatif *a priori*.

## 1.2 Opérer une bifurcation en investissant de nouveaux champs ou renforcer les missions clés en se concentrant sur l'accompagnement des enfants confrontés à des difficultés

La prévention en protection de l'enfance souffre des contraintes de la prévention en général, *a fortiori* dans un contexte de moyens contraints et alors que la pression du traitement prioritaire des situations d'urgence se fait ressentir sur le terrain : alors que tout *préventeur* sait que la prévention la plus efficace est, selon la nomenclature retenue, la prévention primaire ou la prévention universelle, il peine à faire la démonstration de l'utilité ou plus exactement du rendement de l'investissement de long terme. De ce point de vue, le retour sur l'investissement de l'action préventive et la part qui lui est attribuable dans l'évolution favorable d'une situation multifactorielle étant par définition difficiles à apporter, il y aurait lieu de mieux documenter le lien entre prévention et réduction des dépenses de l'ASE pour permettre de justifier les nécessaires réallocations des ressources qu'appellerait tout changement substantiel d'orientation d'une politique de prévention. Au-delà des seules réductions de dépenses de protection constatées, dont les effets peuvent au demeurant être tardifs dès lors qu'il s'agit d'agir en profondeur, cela supposerait de sortir du suivi d'indicateurs de court terme et surtout d'indicateurs négatifs (nombre d'informations préoccupantes, de placements...), au profit d'une approche plus qualitative tels que, par exemple, un baromètre du bien-être des enfants, voire des adultes que sont devenus ces enfants<sup>78</sup>.

Pour l'heure, écartelée entre des ambitions universalistes et le pragmatisme requis par les contraintes budgétaires et les évolutions sociétales, la politique de protection de l'enfance doit opérer des choix afin d'identifier quels sont les acteurs les mieux placés, pour quel type de prévention.

Les incitations législatives en faveur de la prévention et les compétences générales du conseil départemental dans le domaine de l'enfance invitent certes ce dernier à préférer promouvoir des actions positives plutôt qu'à se situer et être perçu sur le seul registre de la protection et de l'intervention. La longue expérience des professionnels et leur compréhension des facteurs de

---

<sup>78</sup> Dans le champ de la petite enfance, les programmes expérimentaux nord-américains conduits dans les années soixante (Perry Preschool) et soixante-dix (Carolina Abecedarian) ont mesuré les effets à long terme de programmes éducatifs précoces et intensifs en comparant les résultats du groupe testé avec ceux d'un groupe témoin. Dans le premier cas, l'évaluation a porté sur la réussite scolaire à 5 ans et 14 ans, ainsi qu'à l'âge des études supérieures, puis sur la réussite socio-économique, en s'intéressant aux taux d'emploi et d'accès à la propriété. Elle a par ailleurs mesuré l'impact des expérimentations sur la responsabilité sociale à travers le taux de criminalité et la situation familiale à 27ans. Dans le second cas, les enfants ont été suivis jusqu'à l'âge de 30 ans et les résultats ont porté successivement sur leur développement cognitif, leur parcours scolaire, leur réussite professionnelle ou encore la réduction de risques sociaux tels que la grossesse précoce.

danger pour l'enfant renforcent leur conviction de la nécessité d'agir de manière préventive plutôt que curative. Mais cette ambition est contrecarrée, d'une part par la vocation historique du conseil départemental, confortée par les textes, d'assurer une mission de protection des enfants *stricto sensu*, d'autre part par les réalités du travail quotidien des équipes du département, assignées prioritairement à la prise en charge des enfants d'ores et déjà confrontés à des difficultés.

En effet :

- le dispositif normatif en matière d'enfance au sein du code de l'action sociale et des familles (CASF) est principalement orienté sur les publics en difficulté. De manière générale, tout ce qui y est désigné « prévention » dans ce domaine s'apparente, selon la typologie retenue, à de la prévention secondaire voire tertiaire ou à de la prévention ciblée ;
- les dispositions du code de la santé publique en matière de protection maternelle infantile (PMI) se rapprochent plus d'une logique de prévention primaire, en particulier sur le champ sanitaire, mais ne sont pas dissociées d'une logique de repérage et de dépistage de difficultés, amplement renforcée en pratique par les moyens réduits des services qui en ont la charge, contraints de prioriser les publics vulnérables dans une logique à nouveau de prévention secondaire ou ciblée.

Face à ces tensions, l'examen des schémas départementaux a montré que la réponse institutionnelle tend à « *tenir tous les bouts* », c'est-à-dire à tenter de répondre et d'être présent sur tous les registres<sup>79</sup>, au risque de la dilution des efforts et de l'essoufflement. Ce positionnement constitue un écueil car il fragilise d'autant la capacité à évaluer l'impact de la multitude des actions et initiatives conduites. Il paraît intenable dans la durée.

Devant ce dilemme, le département se trouve en quelque sorte placé devant l'alternative suivante.

- Soit s'inscrire résolument dans une démarche universaliste de promotion de la santé et faire de celle-ci l'axe majeur de son intervention. Il s'agirait de rompre avec les dispositifs de protection classiques (mesures administratives et judiciaires individuelles de masse), au profit d'une logique d'investissement dans des politiques de long terme propices au développement de l'enfant. Une telle orientation impliquerait ni plus ni moins qu'une redéfinition des compétences dévolues au département et une acceptation de l'idée selon laquelle celui-ci est l'échelon le plus approprié pour porter une politique décentralisée de prévention universelle. Ce repositionnement radical induirait une réforme politique et législative majeure. En outre, la prévention universelle ne relevant pas de la même temporalité et n'agissant pas sur les mêmes ressorts que la protection, elle appellerait des leviers et moyens d'intervention substantiellement différents. Elle ne pourrait être confiée simultanément à des agents dont la priorité et la logique d'action reposent sur le traitement de situations dégradées, voire d'urgence. C'est ce qu'exprime très clairement un cadre territorial ayant répondu au questionnaire de la mission adressé aux conseils départementaux : « *Pas très facile de redéployer les moyens sur la prévention car il y a un moment où il faudra doubler prévention et protection pour ceux qui n'ont pas pu bénéficier des actions de prévention. Et comme vous le savez on doit tous essayer de garder de la disponibilité d'esprit alors que nous sommes sollicités par la question de l'accueil et de la prise en charge des mineurs non accompagnés, les informations préoccupantes qui embolissent aussi les équipes, pas toujours à bon escient...* ».

---

<sup>79</sup> Préventions primaire, secondaire et tertiaire. La synthèse des tensions qui en résulte s'exprime concrètement dans le recours fréquent au concept d'universalisme proportionné.

Les enjeux et conditions de réussite d'une telle option sont rappelés dans le rapport de capitalisation de l'IGAS sur l'accompagnement social<sup>80</sup>, reproduits dans l'encadré ci-dessous.

**Encadré 4 : Promouvoir de nouvelles formes de « redevabilité »**

*« Face au double constat d'un large consensus intellectuel en faveur de l'essor du développement social d'une part, d'une difficulté persistante à transcrire cette orientation dans les pratiques d'autre part, il paraît utile de rappeler ci-après les recommandations formulées par le groupe de travail des EGTS sur le développement social. Le groupe de travail, présidé par M. Michel Dagbert, président du conseil départemental du Pas-de-Calais, avait proposé des leviers d'action pour lever les freins qui entravent l'essor du développement social et du travail social collectif dans notre pays.*

**Promouvoir de nouvelles formes de « redevabilité »**

*Dans un contexte de raréfaction des ressources budgétaires, l'intervention publique est – logiquement - de plus en plus assignée à produire des résultats concrets et mesurables dans des délais rapprochés. Cette injonction de l'efficacité est relayée par l'ensemble de la chaîne politique et managériale.*

*Or, le développement social et les actions collectives s'inscrivent dans un registre différent, voire dissident, par rapport à cette culture gestionnaire : les processus d'empowerment impliquent une part de risque et d'expérimentation, une temporalité parfois longue associée à une échelle le plus souvent modeste, des bénéfices difficilement modélisables, des résultats qui ne peuvent pas toujours s'énoncer a priori sous forme d'objectifs etc. Tout ceci s'inscrit en rupture par rapport aux canons contemporains d'une action publique « moderne » (dispositifs, objectifs, tableaux de bord, transférabilité...). Pour les promoteurs d'actions collectives, il peut dès lors s'avérer difficile d'obtenir le soutien hiérarchique et budgétaire nécessaire. Encourager de telles démarches suppose, de la part des responsables politiques et administratifs, une forme de lâcher prise, et passe par la mise en place de cadres et d'espaces qui acceptent une vision élargie de « l'accountability » (redevabilité).*

*Le rapport Dagbert suggérait l'expérimentation de collectifs locaux permettant de donner du pouvoir d'agir aux acteurs du développement social. Ces collectifs, dotés d'une autonomie de décision et de fonctionnement, bénéficieraient sous certaines conditions d'un accès à des financements pluriannuels ainsi que d'une mise à disposition sur un temps partiel de professionnels des collectivités à l'origine du projet et membres du collectif».*

Source : « L'accompagnement social », Bénédicte Jacquey-Vazquez, IGAS, septembre 2018

- Soit assumer sa vocation prioritairement protectrice, dans une logique de prévention secondaire et tertiaire, et concentrer son action sur l'amélioration des conditions de prise en charge des enfants en difficulté, quitte à renforcer la qualité des dispositifs existants (par exemple recherche de solutions alternatives au placement : AEMO renforcées, placement à domicile...).

Cette option, qui pourrait apparaître comme une forme de repli, n'est en réalité pas dénuée d'ambition et pourrait même conduire à des arbitrages lourds au sein des départements qui l'expérimenteraient en réallouant massivement les ressources financières et humaines affectées

<sup>80</sup> Rapport de capitalisation Igas « l'accompagnement social », Bénédicte Jacquey-Vazquez, septembre 2018.

au placement classique (en moyenne 70 000 euros par placement<sup>81</sup>) à des actions privilégiant des solutions intermédiaires. L'action préventive, bien que de nature secondaire, serait beaucoup plus proactive. Certains départements pourraient être autorisés à expérimenter une bascule massive vers ce type de dispositifs sur la durée de la stratégie nationale en protection de l'enfance, sous couvert d'un dispositif rigoureux d'évaluation de l'impact au regard des résultats des départements n'y recourant pas. Dans ce schéma, les actions de prévention primaire seraient plutôt confiées aux acteurs non spécialisés, dits de droit commun, de l'éducation nationale, de la politique de la ville, de l'accès à la culture et aux sports...

Il y a lieu, pour pouvoir l'instruire et le trancher, d'outiller ce débat structurant par la définition préalable d'un référentiel conceptuel de la prévention.

## **2 PROPOSITIONS D'ORIENTATIONS POUR UN CADRE CONCEPTUEL DE LA PREVENTION**

### **2.1 Les écueils d'une acception extensive de la prévention**

En l'absence de doctrine stabilisée, l'analyse du champ lexical de la prévention utilisé par les départements dans leurs schémas de protection de l'enfance met en évidence des biais. Ceux-ci se traduisent par une acception trop extensive de la prévention en général et un mésusage de la notion de prévention primaire en particulier. Autrement dit, trop d'actions ne relevant pas à titre principal de la prévention sont qualifiées comme telles tandis que trop d'actions décrites comme relevant de la prévention primaire relèvent au mieux de la prévention secondaire. Enfin, nombre d'actions prétendument à vocation universelle relèvent en réalité d'une prévention ciblée.

Ce constat acte un décalage et une tension croissants entre ce que les départements souhaitent faire et ce qu'ils sont réellement en capacité de faire. Or, ni l'environnement sociétal ni le contexte budgétaire n'invitent à penser que cet écart puisse se réduire dans un délai proche. Le laisser se creuser serait contreproductif car le fait d'embrasser trop largement le champ de la prévention :

- réduit les horizons d'action possibles. Il empêche les départements de penser et déployer véritablement une politique de prévention articulée à celle d'autres acteurs, mieux à même de prendre en charge certaines dimensions de la prévention. Si le département qualifie systématiquement de primaires ou universelles des mesures de prévention secondaire ou ciblée, comment peut-il penser, outiller et laisser une place à de réelles actions de prévention primaire et bâtir en conséquence une politique locale concertée et cohérente ?
- masque et dévalorise implicitement le travail d'accompagnement réalisé au quotidien dans les départements. Or, si la vocation première de ce travail n'est pas la prévention, sa nécessité n'en n'est pas moins grande. Sa portée n'est au demeurant pas dénuée d'une dimension préventive.

---

<sup>81</sup> Le coût du placement est estimé à 69300 euros par an en 2016 par la DREES. « L'aide et l'action sociale en France, édition 2018 » DREES, p 145.

Encadré 5 : Intervention précoce et prévention primaire : un exemple d'assimilation trompeuse

Les acteurs de la protection de l'enfance font à juste titre un lien fort entre prévention et intervention précoce ou plus exactement entre précocité de l'intervention et efficacité de cette dernière. Mais cette association va souvent de pair, dans les documents examinés, avec la notion de prévention primaire, réputée la plus efficace. Or, si le lien semble intuitivement évident, l'assimilation peut être trompeuse. La prévention primaire consistant en effet à s'intéresser à la cause et donc aux déterminants d'une situation, elle n'est en principe pas forcément synonyme d'intervention, fût-elle précoce, déclenchée par la détection d'un problème ou même la recherche de son repérage (indice de vulnérabilité par exemple). L'assimilation du dépistage précoce de difficultés en PMI à de la prévention primaire peut ainsi conduire à une lecture réductrice de cette dernière et focaliser l'activité sur le seul repérage<sup>82</sup>. Or, si la prévention primaire cherche à *créer un cadre propice* en amont de toute difficulté (en l'espèce le développement et l'épanouissement de l'enfant), l'intervention précoce s'intéresse plus particulièrement au meilleur moment de l'intervention pour éviter la survenue d'un risque ou en limiter les effets. Les deux peuvent se recouvrir mais ne se confondent pas car n'obéissent pas à la même logique. L'intervention précoce, y compris en PMI, relève d'une logique de prévention secondaire lorsqu'elle est conçue comme une aide et un accompagnement dans une situation néanmoins déjà compromise :

*« Placer l'action publique sous l'angle de la prévention vise donc à permettre un accompagnement précoce et dans la continuité, primordial pour la personne aidée comme pour son entourage, afin d'éviter une dégradation de la situation ».*

En résumé, assimiler « précocité » à « prévention primaire » revient à opérer un raccourci et s'abstenir de réfléchir à une prévention primaire encore plus ambitieuse. Si une information éducative précoce, souvent collective, est de nature à ancrer des comportements durables de prévention chez l'enfant (alimentation, etc.), relevant bien de la prévention primaire, une détection précoce, souvent individuelle, est certes un gage d'enrayement efficace d'un processus délétère mais revêt à ce titre un caractère secondaire.

Une clarification s'impose donc afin d'identifier :

- ce que serait une stratégie complète et articulée de prévention,
- ce qui peut être projeté en termes d'impact attendu,
- ce qui peut être raisonnablement confié au chef de file dans le département,
- ce qui ne peut être pris en charge par lui et les modalités selon lesquelles d'autres acteurs pourraient ou devraient se voir confier les missions qui ne peuvent être portées par les acteurs traditionnels de la protection de l'enfance.

## 2.2 La nécessité de qualifier les actions en fonction de leur finalité principale pour mieux décrire et valoriser ce qui est fait

Il est crucial, lorsque l'on entend agir en prévention, de savoir ce sur quoi on agit et ce que l'on peut en attendre. Ceci suppose d'avoir conscience de « *ce que je fais quand je fais cela* ». En pratique, beaucoup d'interventions qualifiées de préventives relèvent d'un travail de traitement habituel de situations quotidiennes que l'on placerait plus justement sous le vocable **d'accompagnement social** englobant « *accueil, écoute, soutien, information, orientation, secours*

<sup>82</sup> « *La prévention primaire : Les (PMI) jouent un rôle central en matière de dépistage et d'orientation dans le cadre du suivi médico-social des femmes enceintes et des enfants de 0 à 6 ans : les avis de grossesse, fiches de liaison et certificats de santé des 8ème jour, 9ème mois et 24ème mois sont des instruments de repérage précoce des situations de vulnérabilité. les consultations prénatales, tout comme les visites à domicile ont pour objectif de réaliser un dépistage précoce et un suivi renforcé des femmes enceintes en situation vulnérable. les consultations destinées aux enfants de 0 à 6 ans* » (extrait d'un SDPE)

*matériel, instruction de dossier, appui à l'élaboration de projet, médiation, etc.*<sup>83</sup> ». Toutes ces activités **courantes d'aide** concourent concomitamment à *prévenir* des situations indésirables mais leur finalité première s'inscrit dans une logique de *soutien* et doit être valorisée en tant que telle, sans pour autant en amoindrir l'utilité<sup>84</sup>.

Il est donc souhaitable, pour pouvoir apprécier correctement la portée préventive d'une mesure, de s'attacher à la finalité principale des actes qui la caractérisent. Ceci afin de n'attribuer à la prévention que les actions délibérément conduites en vue non pas d'accéder à un droit, ouvrir une prestation, donner suite à une demande ou résoudre une *situation-problème* mais de détourner le cours d'un évènement qui prend le tour d'une telle situation. Si l'accompagnement social englobe tout ce qui est *réponse à la demande*, la prévention pourra être décrite comme *l'action sciemment conduite par anticipation, en vue d'éviter un écueil pré-identifié*.

Parmi ces actions, une gradation peut être opérée, qui permet, en fonction du registre sur lequel l'action porte, de repérer l'acteur et l'outil les plus à même d'obtenir l'effet attendu (cf. annexe 3).

### 2.3 La nécessité de penser la prévention pour concevoir l'organisation

Une stratégie de prévention conditionne l'offre de service, les moyens et les compétences requis pour sa mise en œuvre. Ainsi, par exemple, les trois types de prévention répertoriés par l'OMS (primaire, secondaire, tertiaire) n'agissant pas sur les mêmes déterminants (causes, symptômes, effets), ils ne mobilisent pas des outillages identiques et n'appellent par conséquent pas les mêmes technicités, compétences et organisations. Lorsqu'un schéma départemental fixe un cap stratégique, il en découle nécessairement une organisation administrative (projet de service au sein du conseil départemental, composition des équipes, formation, allocation des ressources, modalités de coordination avec les autres acteurs dans le département, etc.). L'ensemble doit être compatible avec les missions de l'institution.

Dans le domaine de la santé publique par exemple, il est admis qu'il ne faut pas fondre les activités de sécurité sanitaire dans celles de promotion de santé et de prévention car « *Ces dernières ont besoin de temps pour se mettre en place ; elles ne doivent pas être « parasitées » en permanence par les crises de sécurité sanitaire chronophages, coûteuses, et qui nécessitent une mobilisation dans l'urgence ; les modes d'action et le savoir-faire dans ces deux champs ne sont pas identiques, même si ces deux activités concourent à une action générale de prévention en santé publique* »<sup>85</sup>.

Ainsi, prétendre confier à un unique opérateur l'exhaustivité des missions de prévention d'une part, l'ensemble des volets gestionnaires et administratifs d'autre part, serait une vue de l'esprit qui ne peut que provoquer des conflits de priorité. De même, dans le seul champ de la prévention, la nécessité d'agir sur tous les déterminants oblige à reconnaître que beaucoup d'entre eux ne relèvent pas d'un seul et même acteur, en l'occurrence le département, et qu'il convient d'identifier les leviers dont chacun dispose en vue de répartir au mieux les rôles et d'allouer les ressources correspondantes (budget prévention, effectifs, dispositifs...). Si l'un des acteurs doit être chef de file, c'est dans un souci d'animation et de pilotage pour assurer la

---

<sup>83</sup> cf. rapport de capitalisation IGAS « L'accompagnement social », Bénédicte Jacquy-Vazquez, septembre 2018.

<sup>84</sup> Voir également en ce sens, en annexe 2, les propos de C. Sellenet, professeur d'université en sciences de l'éducation, sur la disqualification induite de la notion de *protection* par certains professionnels, préférant se réclamer de la prévention.

<sup>85</sup> Agences régionales de santé : Promotion, prévention et programmes de santé, INPES, 2009.

coordination, la convergence des actions, la capitalisation et l'évaluation des résultats sur le territoire, afin que chacun puisse agir de manière cohérente et que, dans une logique de parcours, l'ensemble « *fasse prévention* ».

Le passage d'une logique de protection *stricto sensu*, par la prise en charge d'enfants exposés à des risques avérés, à une politique de promotion des environnements favorables à l'épanouissement de l'enfant, constitue un changement substantiel d'échelle et de nature d'activité. Il est difficile d'imaginer le département en mesure, à lui seul, d'améliorer la situation d'enfants dont le sort dépend tout à la fois de facteurs économiques, sociaux, environnementaux et personnels, quand bien même il se lancerait dans une logique interne poussée d'intersectorialité. A fortiori s'il reste en charge dans le même temps de la protection *stricto sensu*.

Les moyens étant limités, les questions d'adéquation et de gestion des ressources, d'efficience, d'efficacité, de pertinence, d'impact, de bilans coûts/avantages, coûts/efficacité, s'imposent. Définir et délimiter les champs d'intervention permet d'éviter une dilution et un épuisement des ressources en poursuivant en vain des objectifs inatteignables (risques psychosociaux et de désengagement pour les agents, de désenchantement et de rupture avec les bénéficiaires). Certains schémas ou rapports<sup>86</sup> transcrivent explicitement cette perception d'écart croissant entre les ambitions et le possible : « *on voudrait faire de la prévention primaire mais on est pris par l'urgence : traitement des IP...* ».

## 2.4 Proposition de repères pour une typologie propre à la protection de l'enfance

Si prévenir consiste à agir sur les facteurs de risques, la typologie qui permet d'identifier ces derniers doit aussi permettre de les classer de telle sorte que les actions de prévention conduites soient appropriées au facteur considéré et assignées au bon opérateur. Disposer d'une typologie robuste permet ainsi :

- d'agir en connaissance de cause et de calibrer les moyens et outils mobilisés aux ambitions de l'action ;
- recenser les actions conduites en fonction de leur nature et de leur finalité ;
- faciliter le travail de capitalisation et d'évaluation de la couverture et de l'impact des actions.

### 2.4.1 Prévention universelle et prévention ciblée sont un cadre approprié pour penser la prévention en protection de l'enfance

La mission estime que la définition d'un cadre théorique partagé, élaboré dans le cadre d'une concertation approfondie avec les acteurs concernés par la protection de l'enfance, est un préalable indispensable à toute projection stratégique en prévention. Elle permettra de clarifier les rôles et places respectifs de chacun (cf. recommandation n°1 en partie IV du rapport). Dans l'attente, sans présumer du contenu et du résultat de ces travaux, la mission verse au débat les orientations qu'elle privilégie et les prémices de ce que pourrait être à ses yeux un tel cadre.

---

<sup>86</sup> Rapport de contrôle ASE Pas-de- Calais, IGAS.

L'approche de l'OMS consistant à distinguer préventions primaire, secondaire et tertiaire tend à se généraliser dans le secteur de l'enfance. Mais elle n'est pas aisément transposable et conduit à une tripartition artificielle. De nombreux éléments montrent ses limites, ne serait-ce qu'au regard des missions et de l'organisation actuelles des conseils départementaux<sup>87</sup>. La mission propose de l'abandonner à ce stade au profit d'une approche opérationnelle distinguant prévention universelle et prévention ciblée. La première catégorie vise à agir sur les « déterminants » principaux de la protection de l'enfance, sans logique de ciblage préalable. La deuxième catégorie comprend les mesures de prévention ciblées agissant sur des familles ou sur des populations identifiées ou repérées par différents canaux comme vulnérables ou « à risque », avérés ou probables<sup>88</sup>.

- Face aux conceptions des acteurs extensives (ou centrifuges) de la prévention, tendant à opérer un glissement impropre des qualifications de l'action vers la prévention primaire, la mission préfère adopter une conception *inclusive* (ou centripète) de la place de cette dernière dans le champ de la protection de l'enfance. Celle-ci consiste à reconnaître la dimension préventive incluse dans tout acte ayant pour objet ou pour effet de retirer un enfant d'une situation dangereuse, y compris donc une décision judiciaire de placement prise dans une situation de danger grave et imminent (violence, etc.). En effet, toute mesure, en ce qu'elle vise à prévenir le palier suivant dans la dégradation de la situation, contient une part de prévention (au sens d'évitement). Mais celle-ci est nécessairement ciblée et sa portée préventive est d'autant plus réduite qu'elle se situe tardivement dans le parcours d'un enfant en difficulté. Elle a donc peu à voir avec la prévention universelle, qui relève d'autres modes d'action et ne réfère pas à des difficultés. Cette approche, en circonscrivant la tendance trompeuse consistant à revendiquer la vocation par nature universelle ou primaire de l'action des services spécialisés de la protection de l'enfance, permet au contraire d'assumer et valoriser le caractère prioritairement ciblé de l'ASE. Dans cette acception, les actions de prévention universelle relèvent plutôt des acteurs de droit commun, à même d'agir sur les déterminants de la santé et du développement de l'enfant (au sens de l'OMS) tandis que la prévention ciblée est plutôt du ressort des acteurs spécialisés du département dont la portée préventive n'est nullement déniée mais incluse dans une finalité avant tout protectrice.
- A titre d'illustration l'opposition courante, dans le champ des interventions à domicile, entre mesures administratives, qui intégreraient une dimension préventive, et mesures judiciaires, qui n'en auraient pas, paraît partiellement infondée au regard de la réalité des pratiques (cf. infra). De même, la mission a considéré que rentrait dans le cadre de ses travaux le dispositif des CRIP, autour duquel s'organise largement le « repérage » et la définition de réponses plus ou moins graduées, à la charnière entre prévention et protection. La mission considère à cet égard que l'enjeu principal est de renforcer la « visée préventive » dans l'ensemble des dispositifs de protection de l'enfance, dans une logique de continuum et de « réponse graduée », à l'opposé d'une logique d'opposition tranchée entre « prévention » et « protection ».

Les éléments ci-dessous proposent quelques repères susceptibles d'alimenter la concertation des acteurs recommandée par la mission.

---

<sup>87</sup> Cf. annexes 3 et 4.

<sup>88</sup> La mission ne conteste pas la notion d'universalisme proportionné fréquemment utilisée par les acteurs du champ mais ne la reprend pas à son compte dans un exercice amont qui ne vise pas à réaliser la synthèse de deux approches mais à clarifier les contours de chacune d'elle afin d'identifier les leviers et les acteurs respectifs qu'elles mobilisent.

#### 2.4.1.1 Ce qui relèverait de la prévention universelle

##### ➤ **L'investissement social**

Dans l'ouvrage paru à la Documentation française « *L'investissement social : quelle stratégie pour la France ?* » l'investissement social dans la petite enfance est, notamment, défini comme, « *une perspective axée sur l'avenir. L'objectif de l'action publique est de promouvoir les conditions pour la réussite à l'âge adulte et, surtout, de casser le cycle intergénérationnel de la pauvreté et de l'exclusion sociale ; l'investissement social génère de la croissance inclusive par une démarche de prévention plutôt que de réparation.* ».

Les travaux convergent pour dire que les enfants placés dans une situation sécurisante à l'âge d'un an présentent de plus grandes facilités d'adaptation, de meilleures performances scolaires et cognitives, des relations sociales plus variées et de meilleure qualité. Agir sur l'environnement social défavorable d'un enfant permet donc de lutter contre l'inégalité des chances de développement.

Le rapport de la fondation Terra nova « *Investissons dans la petite enfance ; l'égalité des chances se joue avant la maternelle* » (2017) se situe résolument dans une logique d'investissement social. Il s'inspire de deux expérimentations nord-américaines<sup>89</sup> qui présentent la particularité d'avoir été évaluées scientifiquement et sur le long terme, pour démontrer que des enfants issus de milieux défavorisés ayant bénéficié de programmes de préscolarisation intensifs, peuvent échapper aux inégalités et présenter des résultats meilleurs que d'autres enfants d'un groupe témoin :

- « *Les enfants ont été suivis jusqu'à l'âge de 40 ans et les résultats sont saisissants : meilleure réussite scolaire, accès à l'enseignement supérieur plus large, chômage plus faible et meilleurs revenus, meilleure santé, moindre risque de délinquance. Selon le prix Nobel d'économie James Heckman, qui a mené une analyse coûts-bénéfices détaillée de ces programmes, il s'agirait de l'investissement éducatif le plus « rentable » pour la société : les montants considérables investis dans la requalification professionnelle, la lutte contre le décrochage ou la prévention de l'échec scolaire au collège, bénéficieraient davantage aux individus s'ils l'étaient, 10, 15 ou 20 ans en amont, dans des initiatives de haute qualité à destination de la petite enfance* ».

Terra nova en conclut qu'une politique de développement de crèches à haute qualité éducative, accessible aux enfants de milieux défavorisés et ne se centrant pas seulement sur la création de places, constituerait un gage de prévention universelle par excellence. Au-delà de la santé et de la sécurité, du développement psychomoteur et de la socialisation des enfants, la pédagogie éducative qui devrait y être dispensée permettrait de ne pas faire de ces crèches seulement un mode de garde<sup>90</sup>. L'investissement, à ce stade plus qualitatif que quantitatif, résiderait en outre dans les économies résultant à terme d'un moindre recours ultérieur par ces enfants au RSA, allocations chômage, AAH, etc. L'investissement peut en outre être considéré comme réduit dans la mesure où la France dispose déjà d'une infrastructure d'accueils en petite enfance développée.

<sup>89</sup> Perry Preschool Project et Carolina Abecedarian.

<sup>90</sup> « *Investir dans la petite enfance aurait de multiples effets bénéfiques : d'une part, la garde des enfants permettrait à la mère de trouver plus facilement un emploi, d'accroître le revenu du ménage et ainsi de diminuer le nombre d'enfants pauvres ; d'autre part, comme on l'a vu à propos des programmes Perry Preschool et Carolina Abecedarian, l'accueil dans des crèches de très bonne qualité éducative favorise une meilleure intégration dans le système scolaire, et in fine sur le marché du travail. En fin de compte, il s'agirait là d'un investissement très fructueux pour la société, et non d'une simple dépense.* » (extrait du rapport terra nova).

Terra nova classe aussi les actions des centre de PMI au rang de l'investissement social : « *ils répondent à une démarche de prévention primaire (promotion de la santé des enfants dès la naissance, avant la survenue de pathologies éventuelles), qui est ancienne mais qui correspond à une logique d'investissement social avant l'heure : les bénéfices de la PMI sont ainsi avérés en matière de santé (augmentation des taux de vaccination des enfants, réduction de la mortalité infantile, dépistage et prévention de certaines pathologie comme le saturnisme infantile, etc.)* ».

La spécificité de cette approche en prévention universelle est donc de permettre un égal accès de tous au développement personnel.

### ➤ **La promotion de la santé : un environnement propice**

Il s'agit d'une approche par les ressources, les opportunités et non plus les vulnérabilités : un égal accès de tous à la prévention.

Le dossier de presse du comité interministériel sur la santé (*Priorité prévention : rester en bonne santé tout au long de sa vie*, mars 2018), contient un volet sur la santé des enfants et des jeunes dont les objectifs affichés sont de « *renforcer dès les premières années les actions de prévention des inégalités sociales et de santé* » en instaurant un parcours santé des 0-6 ans (dont nouvelles obligations vaccinales). Il est également prévu de prévenir l'obésité chez les enfants en agissant sur les deux déterminants de santé que sont l'activité physique et l'alimentation, ou d'outiller en milieu scolaire enfants, parents et personnel éducatif pour développer une école promotrice de la santé (aller bien pour mieux apprendre). Ces outils, qui ne relèvent pas de la protection de l'enfance, relèvent d'une logique de prévention universelle.

Dès lors, les actions d'information et de sensibilisation en matière de prévention de santé réalisées notamment dans le cadre de la médecine scolaire, mais aussi des enseignements, portant notamment sur l'alimentation, la sexualité, le harcèlement ou les addictions, par leur caractère collectif et éducatif, relèvent de la prévention universelle. Si elles ne suffisent à elles seules à éliminer les risques, elles mettent tous les enfants, ainsi informés, en capacité de ne pas s'y exposer lorsque cette exposition dépend de leur capacité de décision.

### ➤ **Certaines missions de la PMI**

Tous les travaux tendent à placer la PMI au cœur de la prévention universelle même si, on l'a vu, celle-ci rejoint fréquemment la prévention ciblée à travers le travail de repérage et dépistage des enfants ou familles en situation de risque qu'elle permet de prendre en charge dans la foulée. Mais de par le caractère en principe généralisé et systématique des visites médicales périodiques, par les messages de prévention qu'elle permet de passer à tous et qui peuvent, même en une seule fois, éviter des comportements à risque, ainsi qu'à travers la vaccination, les interventions de la PMI qui agissent sur les déterminants (comportement, barrière virale...) peuvent incontestablement être rattachées à la prévention universelle.

#### **Encadré 6 : La vocation universelle de la PMI, rattrapée par les réalités du terrain**

La question de savoir si l'action de la PMI relève de la prévention universelle ou de la prévention ciblée est sensible et régulièrement évoquée<sup>91</sup>.

Le CESE dans son avis de 2012 sur « *les enjeux de la prévention en matière de santé* » s'est explicitement inquiété du risque inhérent au ciblage des actions des PMI sur les seuls publics en difficulté, à l'encontre de sa vocation universelle, notamment à l'occasion de la visite du 1er trimestre ou au plus tard du 4ème mois de grossesse:

<sup>91</sup> Cf. analyse des SDPE et des retours du questionnaire adressé aux conseils départementaux en annexe 4.

« Les visites de suivi des jeunes enfants. À cet égard, le CESE souhaite réaffirmer la vocation universelle, c'est-à-dire l'accessibilité à toutes les familles de la PMI et son rôle dans la prévention et l'organisation du système de soins dans le respect du principe d'égalité sur tout le territoire. Certaines PMI, faute de moyens, focalisent leur action sur les publics en situation de précarité. Par exemple, les PMI ont pour mission d'intervenir dans les écoles préélémentaires. Dans les faits, faute d'une priorité intégrée dans les schémas départementaux de PMI par les conseils généraux, les médecins de PMI peuvent être amenés à cibler leurs interventions. Or, les PMI jouent, pour les parents notamment, un rôle de première importance en matière de prévention à toutes les étapes de la petite enfance ».

La DGCS dans son rapport de 2016 sur la PMI tente de réaliser une synthèse en indiquant qu'elle « intervient en effet sur tous les déterminants de la santé, sur le contexte général de vie des enfants et permet d'apporter une réponse en termes de santé globale et de soutien à la fonction parentale » au motif que « les parents qui sont soutenus à l'occasion d'accueils, de consultations, d'entretiens, de visites à domicile, d'actions collectives, sont eux-mêmes les acteurs-clés de prévention auprès de leurs enfants, par la confiance gagnée en leur propre capacité de contribuer à la bonne santé et au développement de leur enfant dans tous ses milieux de vie (...) Le dispositif de PMI, préventif en amont de la protection de l'enfance, est également un "rempart" contre le débordement des situations (ex. prévention du bébé secoué...) et évite dans certains cas la transmission mal fondée d'informations préoccupantes ».

De manière générale, la recommandation 1959 (2011) du parlement européen sur les politiques de prévention en matière de santé dans les États membres du Conseil de l'Europe, appelle ces derniers à intégrer un volet prévention de la santé dans toutes les politiques : « faire en sorte que la promotion de la santé et le comblement des retards en matière de santé constituent un objectif partagé par tous les secteurs d'action des pouvoirs publics et à incorporer dans le processus d'élaboration des politiques de tous les secteurs et agences une réflexion sur les impacts pour la santé, en adoptant l'approche de la « perspective santé dans toutes les politiques » et plus spécifiquement s'agissant des enfants : « à favoriser un bon départ dans la vie pour les familles et les jeunes enfants, en renforçant les soins préventifs avant la grossesse ainsi que les soins aux mères et aux nourrissons dans des centres de soins pré- et post-natals, pédiatriques et scolaires, et également par l'amélioration du niveau d'instruction des parents et des enfants ».

#### 2.4.1.2 Ce qui relèverait de la prévention ciblée

Typiquement, la prévention ciblée en protection de l'enfance s'appuie sur une analyse des risques potentiels ou avérés. Elle se fonde donc sur le repérage des vulnérabilités (indices prédictifs) ou des risques constatés (l'équivalent du dépistage et du diagnostic en maladie) puis sur l'intervention graduée, surtout individuelle mais aussi potentiellement collective (l'équivalent du soin et du traitement en maladie).

En se centrant sur les « risques de danger »<sup>92</sup>, le CASF se focalise en définitive sur l'identification des sources d'exposition au danger c'est-à-dire les situations intrinsèquement dommageables et préjudiciables pour l'enfant. L'objet est d'anticiper et d'évaluer afin de pouvoir décider c'est-à-dire convenir d'une intervention appropriée parmi la palette des outils qui sont à la disposition des services du département. Ces outils sont gradués et l'anticipation permet de retarder voire éviter le placement ou plus généralement la dégradation de la situation. De fait, l'immense majorité des dispositifs mobilisés par le département dans sa mission de protection de l'enfance découlent d'un repérage, d'un dépistage, d'un signalement, d'une saisine ou d'une demande et relèvent à ce titre de la prévention ciblée.

<sup>92</sup> On notera au passage, qu'aux yeux du préventeur, en raison des définitions rappelées à l'annexe 1, la locution « risque de danger » figurant dans le CASF constitue à tout le moins une contradiction dans les termes, illustrative des confusions susceptibles de résulter d'une moindre appropriation de la sémantique de la prévention...

Le 119, service national d'accueil téléphonique de l'enfance en danger (SNATED), est également un dispositif relevant de la prévention ciblée. Il permet de recueillir 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 les appels relatifs à des enfants confrontés à une situation de danger : violences (psychologiques, physiques, sexuelles) ou autres problématiques de danger (jeux dangereux, délaissement, errance, racket...). Portant sur une situation dégradée constatée ou soupçonnée, le signalement est par définition tardif et la réponse, par nature brève et ponctuelle, ne peut qu'être à visée « corrective » (soutien, conseils, informations, orientations de parents en difficulté éducative vers des services de proximité en l'absence de repérage d'éléments de danger) ou à visée interventionnelle « réparatrice » (signalement à la Cellule de recueil des informations préoccupantes (CRIP) ou mise à l'abri par contact des services de première urgence).

Le fait que 60 % des enfants repérés par le 119 soient inconnus des services sociaux n'a pas pour effet de faire de ce service un dispositif de prévention universelle. De même, le fait de réaliser une campagne périodique d'information sur l'existence du 119 n'est pas une action de prévention universelle. La possibilité d'intervenir dans une situation inconnue dans un cas, d'augmenter le nombre de signalements dans l'autre, augmente le taux de couverture des bénéficiaires et permet d'agir avant qu'il ne soit trop tard mais ne modifie pas la nature ciblée de l'action préventive. **Le 119, dispositif de recueil d'appels, n'a pas pour objet d'agir sur les déterminants du risque.**

#### 2.4.1.3 Le départ entre prévention universelle et prévention ciblée induit aussi une répartition naturelle des rôles

Dans ce débat, il n'est pas exclu de devoir acter que les lieux et les acteurs de déploiement privilégiés de la prévention universelle et de la prévention ciblée ne sont pas les mêmes, les premières devant se jouer dans tous les milieux de vie. Le champ des acteurs de la prévention en protection de l'enfance ne se limite naturellement pas aux spécialistes de la protection de l'enfance, mais doit, dans le cadre d'une réelle prévention à visée universelle, intégrer de nombreux acteurs de « droit commun », en charge des différents domaines de l'action publique (éducation, santé, logement, culture, sport, insertion...).

Ainsi par exemple, sur le plan sanitaire, conformément à l'article L. 1411-1-1 du code de santé publique, introduit récemment par la loi de santé, « *les actions de promotion de la santé reposent sur la concertation et la coordination de l'ensemble des politiques publiques pour favoriser à la fois le développement des compétences individuelles et la création d'environnements physiques, sociaux et économiques favorables à la santé.* ». Ces actions ont vocation à être déployées dans tous les milieux de vie, dont, naturellement, les établissements d'enseignement. La loi complète, par ailleurs, le code de l'éducation en précisant que cette mission de promotion de la santé « *est conduite, dans tous les établissements d'enseignement (...) conformément aux priorités de la politique de santé* ». La contribution potentiellement majeure de l'école aux politiques de santé appelle de fait une articulation optimale au niveau national et académique/régional, rendue d'autant plus nécessaire par la perspective d'une politique de santé de l'enfant globale et concertée.

Encadré 7 : Médecine scolaire : l'éducation nationale parmi les acteurs majeurs d'une politique globale de prévention

En 2011, le rapport parlementaire citait la direction générale de la santé, pour laquelle il importait de « resituer » les objectifs de la médecine scolaire « *dans une politique générale de santé publique, l'enfant – élève seulement une partie de son temps – étant considéré dans sa globalité* » et il notait que, faute d'avoir insuffisamment pris en compte les impératifs plus globaux de santé publique, le ministère de l'éducation nationale n'était toujours pas en mesure ni de transcrire les ambitions affichées par la politique sanitaire en objectifs organisationnels permettant d'y répondre, ni de fédérer l'action des personnels de santé autour de priorités sanitaires clairement déterminées. Les parlementaires réaffirmaient donc que « *les solutions à la crise actuelle (de la médecine scolaire) sont à rechercher dans le cadre d'une politique globale de renforcement de la prévention autour de l'enfant* », qui requérait notamment l'institution d'« *une instance nationale interministérielle chargée de définir les axes d'une politique de santé et de prévention des risques sanitaires en faveur des enfants* ».

Source : *Rapport IGAS-IGEN sur la santé scolaire*)

Il s'agit de cibler l'effort de la santé scolaire, soit sur certaines populations, renonçant alors pour tout ou partie à l'universalisme, soit sur certaines missions, renonçant cette fois à certaines facettes du rôle de promotion de la santé.

Tableau 1 : Proposition de repères pour la définition d'un cadre partagé

Registre de prévention	Finalité	Déterminants et leviers	Acteurs et milieux	Modalités/dispositifs (exemples)
<b>Prévention universelle</b> (logique anticipatoire)	Amélioration des conditions générales de la population/ développement social  Promotion de la santé  Autonomie des personnes	<p><b>Agir sur les déterminants sociaux, économiques et institutionnels du développement, du bien-être et de la santé</b> (environnement social) :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Accès à la santé</li> <li>➤ Accès à l'éducation</li> <li>➤ Accès au logement</li> <li>➤ Accès à des revenus, à l'emploi</li> <li>➤ Accès aux services publics</li> <li>➤ Accès aux transports</li> <li>➤ Accès à la culture</li> <li>➤ Accès aux vacances</li> <li>➤ Accès au sport</li> </ul> <p><b>Agir sur les comportements individuels :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Education de la population générale (amélioration de l'information, de la sensibilisation et montée en compétences des personnes au contact, à quelque titre que ce soit, des enfants et des parents)</li> </ul>	<p><b>Acteurs de « droit commun »</b> (volet prévention de toute politique publique):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Médecine de ville/maternités</li> <li>➤ PMI</li> <li>➤ Ville/quartier/commune</li> <li>➤ Ecole, médecine scolaire</li> <li>➤ Crèche</li> <li>➤ CAF</li> </ul>	<p><b>Actions de nature souvent collective</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Accueil petite enfance (crèches et lieux de garde éducatifs)</li> <li>➤ Développement des compétences langagières</li> <li>➤ Actions à caractère éducatif, activités péri- et extra-scolaires</li> <li>➤ Implantation des services publics de proximité (guichets, permanences...), équipements, centres sociaux</li> <li>➤ Actions d'information et de sensibilisation en milieu scolaire : éducation pour la santé ; usage du numérique<sup>93</sup></li> </ul>

<sup>93</sup> Réseaux sociaux, utilisation des données, harcèlement, pornographie, radicalisation, addictions aux jeux...

<p><b>Prévention ciblée</b> (logique compensatoire: priorisation et efficience)</p>	<p>Réduire les facteurs de risque ou leurs effets</p> <p>Eviter l'aggravation de la situation</p> <p>Accompagner/soutenir/ réinsérer</p>	<p><b>Intervenir de manière précoce sur des risques dont la probabilité est plus importante dans certaines situations ou populations</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Détection, dépistage, repérage précoces des situations à risque (tout ce qui peut mettre en danger ou constituer des entraves au développement de l'enfant).</li> <li>➤ Accompagnement (de l'enfant, des parents)</li> <li>➤ Sécurisation physique et psychique (soustraction au risque)</li> </ul>	<p><b>Acteurs spécialisés :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Conseil départemental (ASE, prévention spécialisée, service social)</li> <li>➤ Ministère de la justice</li> </ul> <p><b>Acteurs droit commun :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ PMI, maternités, médecine de ville, école, CAF...</li> </ul>	<p><b>Actions de nature souvent individuelle</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Outils de veille, de repérage, de diagnostic et de coordination<sup>94</sup></li> <li>➤ Dispositifs d'étayage<sup>95</sup></li> <li>➤ Recueil et accompagnement d'un risque reconnu (119...)</li> <li>➤ Accompagnement renforcé adapté, mesures administratives et judiciaires</li> <li>➤ Communication ciblée, conseils et orientation</li> </ul>
---	--	---	---	--

<sup>94</sup> Vigilance partagée, signaux faibles, signalements, indicateurs de vulnérabilité pondérés...

<sup>95</sup> Médiation familiale de la CAF, aide à domicile (TISF/AVS...), soutien à la parentalité (lieux d'accueil parents-enfants...).

## **ANNEXE 6 : OBSERVATION ET SUIVI : DES DONNEES DE CADRAGE EXISTENT MAIS ELLES SONT PEU DETAILLEES, LES DETERMINANTS ET LES PARCOURS SONT PEU ETAYES**

Le défaut de connaissance quantitative et qualitative des besoins, des populations et des parcours en protection de l'enfance a déjà été pointé par divers rapports. Récemment, le rapport Dini-Meunier<sup>96</sup> de 2014 relevait « une connaissance insuffisante de la population des enfants protégés qui appelle une optimisation du dispositif d'observation de la protection de l'enfance ». Le rapport du CESE<sup>97</sup> de 2018 réitère le constat. Cette carence concerne à la fois les données de suivi sur les mesures, les déterminants du placement et les parcours. Cette annexe détaille les constats du rapport en partie 2.4.2.

### **1 L'ORGANISATION DE L'OBSERVATION DE LA POLITIQUE ET DU SUIVI DES MESURES EST CENTREE AUTOUR DE DEUX ACTEURS PRINCIPAUX, LA DREES QUI PRODUIT DES DONNEES ET L'ONPE QUI LES CONSOLIDE**

#### **1.1 La DREES est le principal producteur de données de suivi de la protection de l'enfance**

La principale source de données concernant les mesures de protection de l'enfance est l'enquête Aide sociale de la DREES. Depuis le milieu des années 1980, la DREES recueille chaque année auprès des conseils départementaux des informations sur les bénéficiaires des aides sociales, les personnels techniques de ces collectivités, et les dépenses relevant de l'aide sociale départementale. Concernant les bénéficiaires de l'aide sociale à l'enfance, les informations collectées portent sur :

- le type de mesures mises en place (action éducative à domicile ou en milieu ouvert, placement),
- le nombre d'enfants confiés à l'ASE,
- le type de placements (famille d'accueil, établissement, etc.).
- les dépenses.

---

<sup>96</sup> « Protection de l'enfance : améliorer le dispositif dans l'intérêt de l'enfant », Rapport d'information de Mmes Muguette DINI et Michelle MEUNIER, fait au nom de la commission des affaires sociales, juin 2014.

<sup>97</sup> Op.cit.

Par ailleurs, les grandes enquêtes du système statistique public n'intègrent que rarement dans leurs variables d'analyses le fait d'être un ancien enfant de l'ASE.

Notons que les ressources affectées à la protection de l'enfance à la DREES sont de l'ordre d'un ETP à un ETP et demi. Un si petit effectif est absorbé par la production de statistiques et ne peut exploiter la totalité des sources.

## 1.2 Le rôle de consolidation de l'ONPE

Créé par la loi n°2004-1 du 2 janvier 2004 relative à l'accueil et à la protection de l'enfance, l'observatoire national de la protection de l'enfance (ONPE) a pour mission principale la mise en cohérence de données chiffrées portant sur la protection de l'enfance. Selon le code de l'action sociale et des familles<sup>98</sup> (CASF) : « L'observatoire national de la protection de l'enfance contribue au recueil et à l'analyse des données et des études concernant la protection de l'enfance, en provenance de l'État, des collectivités territoriales, des établissements publics, des fondations et des associations œuvrant en ce domaine. Il contribue à la mise en cohérence des différentes données et informations, à l'amélioration de la connaissance des phénomènes de mise en danger des mineurs. » En matière d'information statistique, l'activité de l'ONPE comporte une publication annuelle sur les chiffres clés en protection de l'enfance et des travaux de méthode faisant le point sur l'information disponible sur certains sujets.

Publiés sous double timbre ONPE DREES, les chiffres clés sur la protection de l'enfance<sup>99</sup> comportent :

- Une estimation du nombre de mineurs et de jeunes majeurs pris en charge par la protection de l'enfance. Cette estimation est calculée à partir des données de la DREES sur les mesures en protection de l'enfance, de la direction de la protection judiciaire de la jeunesse (DPJJ) et du ministère de la Justice concernant l'activité civile des tribunaux pour enfants. Ces sources sont mises en cohérence et retraitées de façon à obtenir un nombre d'individus (sachant qu'un même individu peut faire l'objet, au cours d'une année, de plusieurs mesures).
- Une estimation du nombre de mineurs ayant fait l'objet de la saisine d'un juge des enfants en protection de l'enfance, à partir de données du ministère de la Justice.
- Une estimation du nombre de mineurs décédés de mort violente au sein de la famille. Cette estimation repose sur une base du Service statistique ministériel de la sécurité intérieure (SSMSI) qui propose une estimation du nombre de victimes mineures dont l'enregistrement par les forces de sécurité est associé à des infractions d'homicides intentionnels et de violences suivies de mort sans intention de la donner.
- Une estimation des dépenses en protection de l'enfance. Ces données reposent sur l'enquête annuelle de la DREES auprès des conseils départementaux sur l'aide sociale à l'enfance.

Outre cette synthèse annuelle (la publication de l'année N concerne les données N-2), l'ONPE remet chaque année, un rapport au Gouvernement et au Parlement. Il comprend des statistiques relatives aux mineurs pris en charge en protection de l'enfance et une analyse qualitative de l'évolution des dispositifs de protection de l'enfance.

---

<sup>98</sup> Article L. 226-6.

<sup>99</sup> [https://www.onpe.gouv.fr/system/files/publication/note\\_chiffres\\_cles\\_janvier\\_2018.pdf](https://www.onpe.gouv.fr/system/files/publication/note_chiffres_cles_janvier_2018.pdf)

L'ODAS s'est retiré du champ à la suite de la création de l'ONPE sans que son analyse exhaustive des signalements (aujourd'hui « informations préoccupantes ») ne soit reprise.

Jusqu'à la création de l'observatoire national de l'enfance en danger (ONED) en 2007, parallèlement à ses régulières enquêtes concernant la protection de l'enfance, l'Observatoire national de l'action sociale (ODAS) produisait une enquête annuelle sur les signalements (les ancêtres des « informations préoccupantes »). Cette enquête nationale de référence était menée auprès de l'ensemble des départements et permettait de mesurer le nombre de signalements ainsi que leur évolution. Pour cela, elle s'appuyait sur une typologie élaborée par l'ODAS distinguant parmi les enfants en danger « enfants en risque » et « enfants maltraités ». Même si cette enquête souffrait d'un défaut de robustesse, cette approche a permis de mieux connaître les raisons des signalements et les suites données aux informations signalées.

### **1.3 Au niveau local, les ODPE ont trop peu de ressources pour jouer un véritable rôle dans la production de données et l'éclairage des politiques**

Instauré par la loi du 5 mars 2007, l'ODPE a pour missions, en matière d'observation statistique :

- de recueillir, examiner et analyser les données relatives à l'enfance en danger dans le département,
- d'être informé de toute évaluation des services et établissements intervenant dans le domaine de la protection de l'enfance,
- de suivre la mise en place du schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale prévu à l'article L312-5 du Code de l'action sociale et des familles et de formuler des propositions et avis sur la politique de protection de l'enfance dans le département.

Les trois quarts des 49 départements ayant répondu au questionnaire de la mission déclarent avoir mis en place un ODPE. Dans la plupart des cas il n'a pas de ressources propres et l'agent affecté à l'ODPE a souvent en charge d'autres dossiers si bien que le plus souvent l'effectif de l'ODPE est compris entre 0,20 et un ETP. Seuls deux départements déclarent que leur ODPE comprend plus de deux ETP. On comprend donc que les observatoires départementaux peinent à centraliser toutes les données utiles sur la protection de l'enfance et, encore plus, à participer à l'élaboration d'un diagnostic solide sur ces questions.

## **2 LE SYSTEME D'INFORMATION CONCERNANT LES ACTIONS MISES EN ŒUVRE EST SOUVENT PEU DETAILLE**

### **2.1 Le taux de réalisation des examens et bilans de santé n'est pas connu de manière fiable**

La DREES recueille les données sur les certificats de santé délivrés lors de l'examen préventif obligatoire effectué dans les huit jours suivant la naissance (CS8), l'examen effectué au cours du neuvième mois (CS9) et celui du vingt-quatrième mois (CS24). Les données sont collectées auprès des services de PMI des départements à qui le médecin envoie le certificat. Environ 70 %

des départements envoient leurs trois certificats de santé et les taux de couverture moyens nationaux atteignent respectivement 60 %, 30 % et 30 %<sup>100</sup>.

Les données sur le bilan de santé des enfants de trois à quatre ans, confié à la PMI, proviennent de l'enquête Aide sociale de la DREES conduite auprès des départements et qui recueille le nombre d'enfants ayant fait l'objet d'un bilan en milieu scolaire ou non et quelque que soit le professionnel. On ne peut en déduire un taux de réalisation car il manque le dénominateur pour estimer le nombre d'enfants concernés, et de plus tous les départements ne renvoient pas les données.

Les quelques données départementales recueillies pas la mission mettent en évidence des taux de réalisation variables, en fonction des moyens et de la stratégie de la PMI.

Concernant les bilans de santé en grande section, 6ème, 3ème, les données de l'éducation nationale remontant des départements sont très inégalement renseignées et, de ce fait, non exploitables. La DREES effectue une enquête tous les deux ans pour un niveau ce qui signifie que chaque niveau est enquêté tous les six ans. L'enquête porte sur un échantillon d'élèves appartenant à un échantillon d'établissements, ce qui permet d'avoir une image relativement fidèle de la santé des élèves mais pas de calculer un taux de couverture par la médecine scolaire.

## 2.2 Le suivi des mesures fournit les grandes données de cadrage mais manque de détail

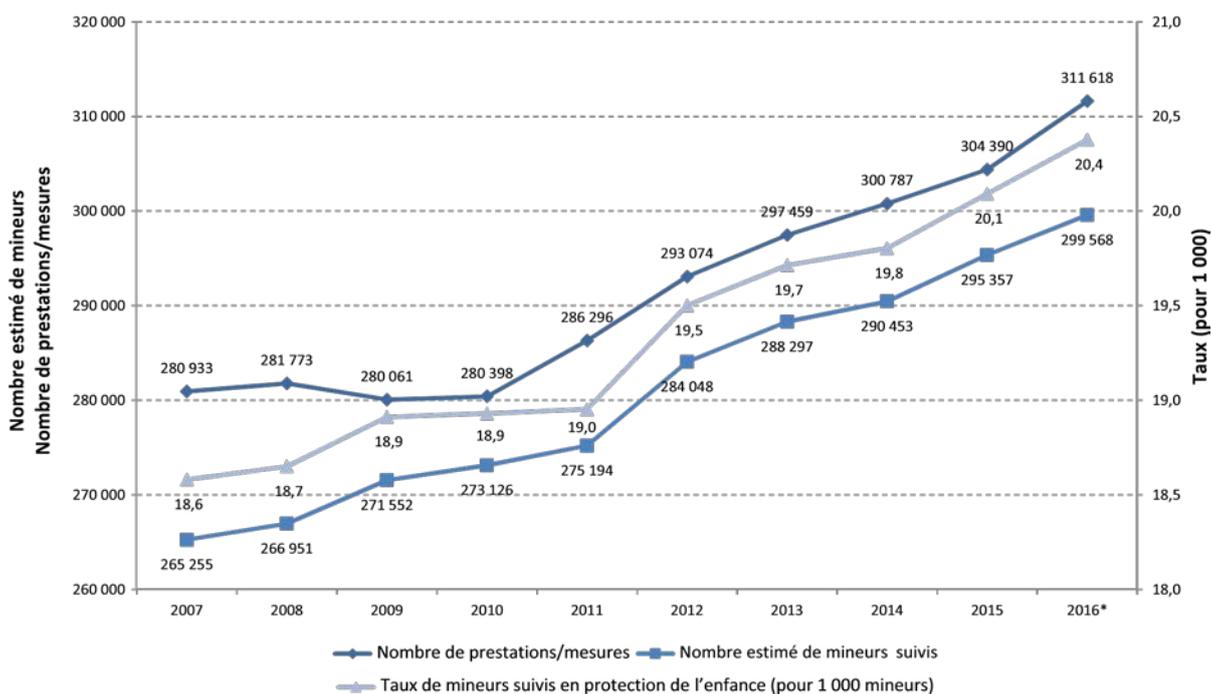
L'unité de compte étant la prestation/mesure au 31 décembre, un enfant peut être comptabilisé plusieurs fois puisqu'il peut bénéficier de plusieurs prestations/mesures. Concernant la description des mesures, les données sont solides mais peu détaillées et un flou subsiste concernant les points suivants :

- La typologie des mesures n'a pas intégré les nouvelles modalités d'accueil : les nouveaux dispositifs dont certains sont issus de la loi de 2007 comme le placement à domicile, les AEMO renforcées, l'accueil modulable ou séquentiel ne sont pas identifiés et on ne sait s'ils sont comptabilisés et, si c'est le cas dans quelle catégorie.
- Le nombre de mesures de TISF et AESF n'est pas correctement recensé même si les dépenses associées sont censées apparaître parmi les dépenses totales d'ASE, amalgamées dans les « autres dépenses » (qui sont toutefois hors dépenses de personnel).
- Un léger doute subsiste sur le décompte des MNA dans les mesures de placement.

---

<sup>100</sup> Les taux de couverture des certificats de santé sont calculés en rapportant le nombre de certificats remplis reçus et saisis par les PMI, dont les données sont transmises à la DREES aux effectifs d'enfants concernés (données INSEE sur les enfants domiciliés).

Graphique 2 : Évolutions des suivis de mineurs en protection de l'enfance au 31 décembre (de 2007 à 2016)



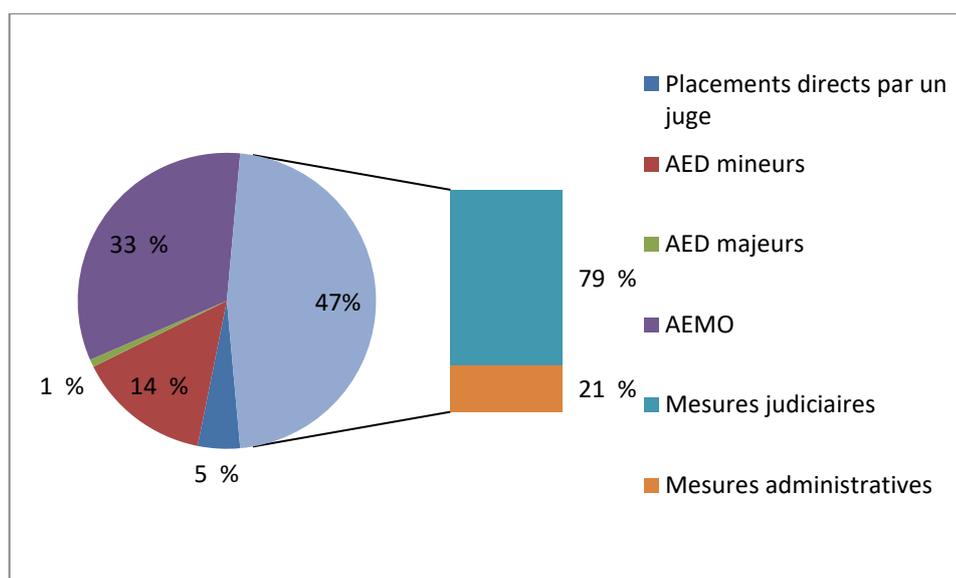
Source : Drees, DPJJ, Insee (estimation de population au 1<sup>er</sup> janvier 2016, résultats provisoires arrêtés fin 2016), ministère de la Justice, calculs ONPE

Ces données publiées sous double timbre ONPE DREES ne constituent pas les seuls résultats de l'exploitation de l'enquête Aide sociale dans son volet ASE. Cette enquête fournit également des éléments descriptifs sur les mesures et leurs bénéficiaires.

### ► Un état des lieux des mesures d'aide sociale à l'enfance et de leur évolution

Ces plus de 300 000 jeunes bénéficiaires de mesures correspondent à 334 000 mesures en 2016 et 340 000 mesures en 2017<sup>101</sup>. Ces mesures sont, à quasi-part égale, des actions éducatives et des placements : fin 2017, on dénombrait 176 000 placements et 164 000 actions éducatives. Au cours du temps, la part relative des placements a diminué, passant de 54 % en 2006 à 52 % en 2017. Parmi les actions éducatives, les AEMO représentent plus deux tiers des mesures contre un tiers pour les AED. Pour les placements hors placements directs, la part des mesures judiciaires est majoritaire (79 % en 2017).

Graphique 3 : Répartition des mesures d'aide sociale à l'enfance au 31 décembre 2017



Source : DREES, Etudes et résultats 1090, octobre 2018 341000 mesures d'aide sociale à l'enfance en cours fin 2017

Les placements connaissent une évolution particulièrement dynamique entre 2016 et 2017, avec une croissance de 4,2 % que la DREES attribue en partie à la hausse du nombre de MNA accueillis sur le territoire.

Graphique 4 : Mesures d'aide sociale à l'enfance de 2013 à 2017

		2 013	2 014	2 015	2 016	2017 (p)	Evolution en %
							2016-2017 (p)
Ensemble des mesures		318 990	322 050	325 170	333 460	340 770	2,2
<b>Mesures d'accueil (placements)</b>		<b>159 590</b>	<b>161 720</b>	<b>163 790</b>	<b>169 110</b>	<b>176 240</b>	<b>4,2</b>
<b>Enfants confiés à l'ASE</b>		<b>143 070</b>	<b>145 640</b>	<b>148 070</b>	<b>153 290</b>	<b>160 650</b>	<b>4,8</b>
<b>Mesures administratives, dont :</b>		<b>34 960</b>	<b>34 190</b>	<b>33 760</b>	<b>34 110</b>	<b>33 510</b>	<b>-1,8</b>
	pupilles	2 270	2 380	2 450	2 490	2 660	6,8
	accueil provisoire de mineurs	14 230	13 480	12 910	13 570	13 200	-2,7
	accueil provisoire de jeunes majeurs	18 450	18 330	18 400	18 040	17 650	-2,2
<b>Mesures judiciaires, dont :</b>		<b>108 110</b>	<b>111 450</b>	<b>114 310</b>	<b>119 180</b>	<b>127 140</b>	<b>6,7</b>
	délégation de l'autorité parentale à l'ASE <sup>1</sup>	3 160	3 320	3 060	3 060	3 270	6,9
	tutelle	4 210	4 700	5 280	5 930	7 650	29,0
	placement à l'ASE par le juge	100 740	103 430	105 940	110 190	116 220	5,5

		<b>Placements directs par un juge<sup>2</sup></b>	<b>16 530</b>	<b>16 080</b>	<b>15 720</b>	<b>15 820</b>	<b>15 590</b>	<b>-1,5</b>
		<b>Actions éducatives</b>	<b>159 400</b>	<b>160 330</b>	<b>161 380</b>	<b>164 350</b>	<b>164 530</b>	<b>0,1</b>
		Actions éducatives à domicile (AED) dont :	50 460	50 230	50 950	51 310	52 240	1,8
		AED en faveur des mineurs	47 190	47 120	48 060	48 540	49 430	1,8
		AED en faveur des majeurs	3 260	3 120	2 890	2 760	2 810	1,8
		Actions éducatives en milieu ouvert (AEMO)	108 950	110 100	110 430	113 040	112 290	-0,7

Source : DREES *ibidem*

L'hébergement en famille d'accueil est plus fréquent que le placement en établissement :

Tableau 5 : Répartition des enfants placés selon le monde d'hébergement (en %)

	2013	2014	2015	2016	2017 (p)
<b>Familles d'accueil</b>	51,9	51,6	50,4	48,9	47,1
<b>Établissements</b>	38,5	37,5	37,7	37,6	36,8
<b>Adolescents et jeunes majeurs autonomes<sup>1</sup></b>	3,7	4,1	4,7	5,3	6,6
<b>Autres<sup>2</sup></b>	5,9	6,8	7,3	8,2	9,5
<b>Total enfants confiés</b>	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Source : DREES *ibidem*

➤ **Une estimation des dépenses de protection de l'enfance**

Concernant les dépenses, l'estimation est hors dépenses de personnels. De plus, la prévention n'est pas correctement fléchée.

Tableau 6 : Dépenses d'ASE des départements (en millions d'euros courants) hors dépenses de personnel

	2012	2013	2014	2015	2016	Part dans l'ensemble des dépenses brutes d'aide sociale en 2016
Dépenses brutes	7 360	7 593	7 552	7 741	7 825	20 %
<b>Enfants accueillis à l'ASE (y compris placements directs), dont :</b>	5 639	5 747	5 834	6 067	6 150	16 %
<i>placements en établissements</i>	3 578	3 652	3 704	3 887	3 957	10 %
<i>placements en familles d'accueil</i>	1 914	1 984	2 030	2 079	2 104	5 %
<i>autres dépenses de placement</i>	147	112	100	101	88	0 %
<b>Actions éducatives</b>	434	438	455	465	473	1 %
<b>Dépenses d'allocation</b>	361	362	353	348	324	1 %
<b>Prévention spécialisée</b>	268	265	259	261	252	1 %
<b>Autres dépenses (participations, subventions et autres)</b>	659	780	651	600	626	2 %
dépenses nettes	7 177	7 403	7 353	7 510	7 582	-

Source : DREES. NB : ces dépenses sont issues de l'exploitation des comptes administratifs des départements par la DREES et ne tiennent pas compte des frais de personnel, à l'exception de ceux liés aux assistants familiaux. Ces chiffres diffèrent légèrement de ceux publiés dans « L'Aide et l'action sociale en France » DREES oct. 2018 p 136 qui ont été redressés différemment mais nous avons préféré ceux-ci car ils contiennent le détail des composantes de la dépense de placement en évolution.

### 2.3 Peu d'éléments existent sur les déterminants conduisant au placement

S'il existe une connaissance « de terrain » des contextes fragilisant la famille et l'enfant et pouvant dégénérer en danger, il existe peu d'études récentes et solides sur les raisons du placement.

#### ➤ L'analyse des raisons des signalements repose sur des données anciennes et à la méthodologie peu solide

En 2007, l'ODAS avait publié une analyse des signalements adressés aux départements en 2006. Cette étude par enquête auprès des départements portait sur les raisons du signalement, les suites données, les caractéristiques des enfants (âge, sexe).

Tableau 7 : L'origine du danger ayant conduit au signalement en 2006 selon l'ODAS

Origine du danger	Proportion d'enfants concernés en %
Carences éducatives des parents	53
Conflits de couple et de séparation	22
Violence conjugales	11
Problèmes psycho pathologiques de parents	11
Dépendance à l'alcool ou à la drogue	11
Maladie, décès d'un des parents	5
Chômage, précarité, difficultés financières	15
Environnement, habitat	7
Errance, marginale	3
Autres	9

Source : ODAS, Champ : signalements d'enfants traités par les Conseils généraux, i.e. les informations qui leur sont parvenues et qui, suite à une évaluation pluridisciplinaire, ont donné lieu à une décision de mise en place d'une mesure de protection administrative ou de transmission à l'autorité judiciaire. Le total dépasse 100 % car un signalement peut avoir plusieurs raisons.

Si la méthodologie était peu explicitée (taux de non-réponses non renseignés, concepts insuffisamment définis), il est dommage que la mise en place de l'ONPE et le retrait corrélatif de l'ODAS de ce champ aient fait disparaître l'analyse de l'ensemble des signalements. En effet, aujourd'hui les seules sources disponibles sont très partielles.

#### ► Les analyses récentes reposent sur des sources partielles

- L'analyse des appels au 119

Le Service national d'accueil téléphonique pour l'enfance en danger (Snated), dénommé le 119, recueille des données sur les appels traités relatives au profil des appelants, aux caractéristiques socio-démographiques des enfants en danger, aux auteurs présumés du danger, à l'objet de l'appel, à la nature, à la forme des mauvais traitements et à la réponse qui a été apportée par le conseil départemental pour les cas où l'appel a abouti à la transmission d'une information préoccupante. Le Snated produit à partir de ces données une analyse qui contient notamment des éléments sur la répartition des différents types de dangers (cf. rapport graphique 2). Comme dit plus haut, l'analyse ne porte que sur les informations préoccupantes (IP) passant par le 119 et rien ne permet d'affirmer qu'elles sont représentatives de l'ensemble des IP. Le Snated estime la proportion des IP dont il est l'émetteur à environ 15 à 20 % de l'activité totale des CRIP<sup>102</sup>. En outre, la présentation de ces données prête à confusion : les deux modalités d'action du Snated (conseil/transmission au conseil départemental) ne sont pas clairement distinguées dans l'analyse. Et là encore la robustesse des résultats est difficile à évaluer.

- Le bilan des CRIP

LONPE a entrepris de faire un bilan national de l'activité des CRIP à partir de remontées départementales. Les variables que les départements transmettent aux ODPE et à l'ONPE ont été définies par décret de 2011<sup>103</sup>. Cependant, l'ONED dans son septième rapport annuel au

<sup>102</sup> Cette estimation provient des échanges du groupe de travail sur le socle commun d'activité des CRIP conduit par la SNATED et auxquels des départements étaient parties prenantes.

<sup>103</sup> Décret n° 2011-222 du 28 février 2011 organisant la transmission d'informations sous forme anonyme aux observatoires départementaux de la protection de l'enfance et à l'Observatoire national de l'enfance en danger

gouvernement et au parlement remis en mars 2012 a alerté sur la difficulté d'organiser des transmissions homogènes à partir de ces variables et a préconisé une démarche de consensus en vue de clarifier ces variables d'observation. La DGCS et la DPJJ, avec le soutien de l'association des départements de France (ADF), ont mis en place une telle démarche qui a abouti à un rapport<sup>104</sup>. Celui-ci a permis de faire le tri dans le trop grand nombre de variables prévues par le décret<sup>105</sup>. Les conseils départementaux ont commencé à transmettre des éléments chiffrés et/ou des rapports d'activité relatifs aux IP reçues. Il ressort de l'analyse des données alimentant le rapport de l'ONPE de 2016<sup>106</sup> que, malgré le travail réalisé à partir des variables du décret, ces données sont très hétérogènes selon le département et par conséquent difficilement interprétables tant que les définitions des variables remontant des conseils départementaux ne sont pas stabilisées. Parmi les principales difficultés, on peut citer :

- La définition même de l'IP n'était pas homogène selon les départements : certains réalisent une primo-qualification des informations reçues à leur arrivée dans les services avant de les considérer comme des « IP » tandis que d'autres nomment « IP » l'ensemble des informations entrantes.
- Les départements n'adoptent pas les mêmes conventions pour dénombrer les IP multiples se rapportant à une même situation : dans certains cas, on compte une seule IP, dans d'autres plusieurs.
- Certains conseils départementaux vont jusqu'à considérer comme IP les demandes d'aide des familles.
- Les variables d'analyse ne s'expriment pas dans la même typologie selon les départements (par exemple, les classes d'âge ne sont pas partitionnées de façon identique).
- L'origine de l'IP n'est pas toujours renseignée et, quand elle l'est, chaque département a sa propre typologie.
- Les informations sur les suites de l'IP reposent sur des nomenclatures différentes.
- Le motif de l'IP n'est renseigné que dans la moitié des départements et, quand il l'est, l'information est codée dans une typologie propre à chaque département.

La mission reprend à son compte la préconisation de l'ONPE : « Il apparaît essentiel de préciser dans chaque département la définition retenue pour l'IP et le périmètre précis de l'observation lorsque des chiffres sont produits ».

## 2.4 L'analyse des parcours au niveau national est embryonnaire

La difficulté à recueillir des données de longue période sur les parcours explique ce relatif désintérêt de la recherche en sciences sociales. Les quelques études existantes reposent sur des monographies d'un échantillon plus ou moins large.

---

<sup>104</sup> Le comité d'experts indépendants, présidé par Michel Legros, professeur à l'EHESP (15), a procédé les 13 et 14 mai 2013 à l'audition de l'ensemble des acteurs concernés et remis le 2 juillet 2013 son rapport et ses préconisations à Dominique Bertinotti, ministre déléguée chargée de la famille.

<sup>105</sup> Le rapport distingue quatre types de variables : - les variables prioritaires, immédiatement accessibles, décrivant la population et les mesures mises en œuvre ; - les variables relatives à l'environnement de l'enfant ; - les variables nécessitant le recueil d'informations provenant d'autres acteurs, nécessitant un croisement de données ou un recueil approfondi ; - les variables contestées soit pour leur pertinence soit pour la fiabilité de leur recueil

<sup>106</sup> ONPE, « Enfants en (risque de) danger, enfants protégés : quelles données chiffrées ? Onzième rapport au Gouvernement et au Parlement Octobre 2016 »

Pour pallier ce manque, l'ONPE s'est vu confier la mise en place d'un système d'information analysant les parcours : « Observation longitudinale, individuelle et nationale en protection de l'enfance » (Olinpe). Les travaux préparatoires<sup>107</sup> conduisent à s'interroger sur la possibilité de construire un système d'information concernant les parcours des enfants, en raison de l'extrême hétérogénéité des SI et des données recueillies dans les départements déjà évoquées plus haut.

Au niveau local, la mission voudrait souligner un travail éclairant qui n'est pas à proprement parler une étude de parcours mais qui fournit des éléments sur le parcours rétrospectif des enfants placés : il s'agit d'une étude conduite par le département du Var portant sur la prise en charge avant la mesure de placement. Cette étude met en évidence plusieurs résultats :

- Les motifs conduisant au placement sont, au premier chef, les problèmes de prise en charge de l'enfant, carence éducative, hygiène (44 % des situations), puis les problèmes de santé physique ou psychique d'un ou des parents (35 % des situations). La précarité (dont le logement) est citée dans un quart des cas.
- Près de la moitié des enfants sont connus des services de l'ASE depuis moins d'un an dont 22 % depuis moins d'un mois mais un enfant sur cinq est connu des services de l'ASE depuis plus de cinq ans.
- 81 % des enfants ont été sujets d'au moins une information préoccupante avant leur premier placement. La part des enfants ayant fait l'objet de plusieurs IP est relativement importante : 37 %
- Plus d'un enfant sur deux (52 %) a bénéficié d'au moins une mesure éducative avant son premier placement.

---

<sup>107</sup> [https://www.onpe.gouv.fr/system/files/publication/premier\\_rapport\\_olinpe.pdf](https://www.onpe.gouv.fr/system/files/publication/premier_rapport_olinpe.pdf)

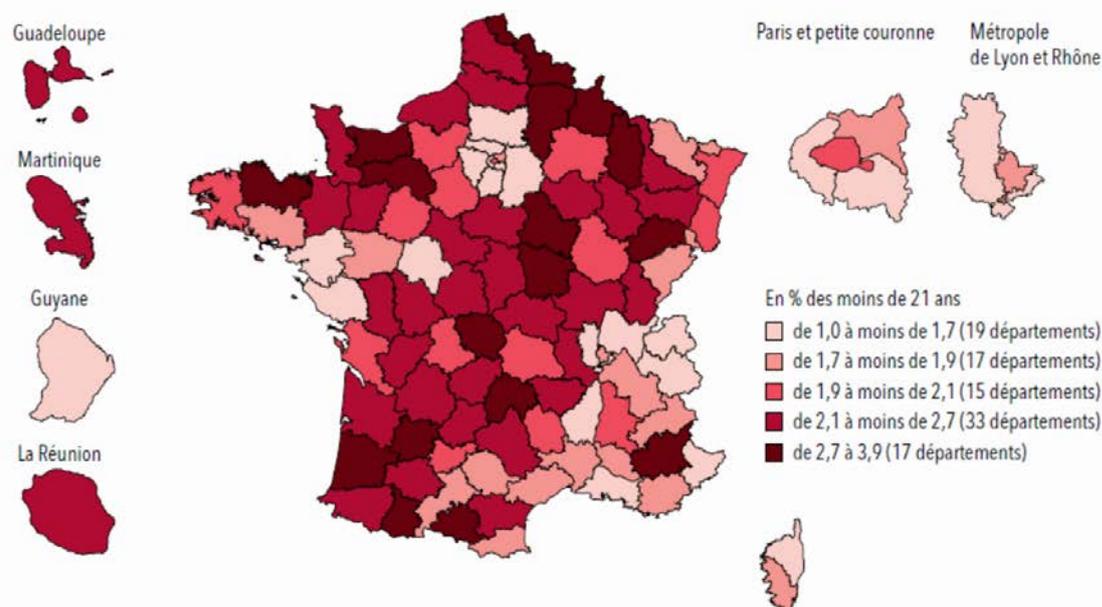


## ANNEXE 7 : QUELQUES ILLUSTRATIONS DES DISPARITES TERRITORIALES

### 1 LES TAUX D'INTERVENTION EN PROTECTION DE L'ENFANCE ET LA NATURE DE CES INTERVENTIONS SE CARACTERISENT PAR DE FORTES DISPARITES DEPARTEMENTALES

Selon la DREES<sup>108</sup>, les taux de mesure d'ASE dans la population des moins de 21 ans varient entre 1 et 3,9 % des moins de 21 ans ; la moitié des départements se situant entre 1,7 et 2,4 %. Les taux les plus faibles sont observés dans les départements du quart sud-est, les départements d'Île-de-France et les Pays de la Loire.

**Carte 1 Taux de mesures d'aide sociale à l'enfance, au 31 décembre 2016**



**Note** > Les départements sont répartis par classe selon la méthode de Jenks (« seuils naturels », au sens où les départements de valeurs proches sont regroupés dans la même classe).

**Lecture** > Au niveau national, au 31 décembre 2016, le taux de mesures d'aide sociale à l'enfance est de 1,9 pour 100 habitants de moins de 21 ans.

**Champ** > France métropolitaine et DROM (hors Mayotte).

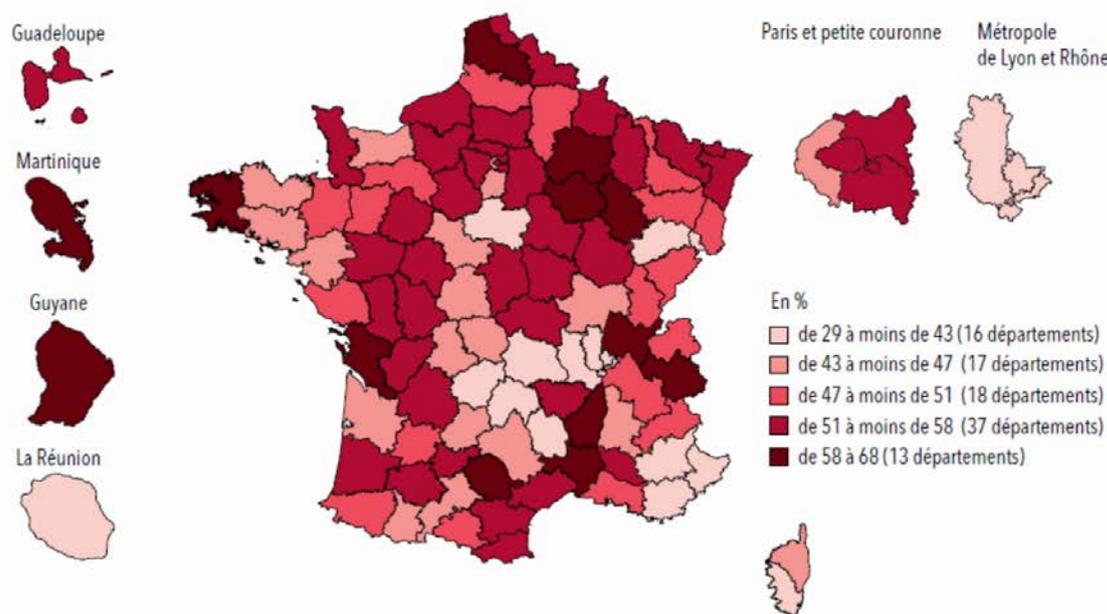
**Sources** > DREES, enquête Aide sociale 2016 ; Insee, estimations provisoires de population au 1<sup>er</sup> janvier 2017 (résultats arrêtés fin 2017) ; ISD n° ASE06.

La répartition entre placements et actions éducatives connaît elle aussi de fortes disparités départementales. La répartition moyenne assez équilibrée (autour de 50 % de placement) cache de grandes différences entre des départements où le taux de placement tombe à moins de 40 %

<sup>108</sup> Source : DREES, L'aide et l'action sociale édition 2018, fiche 22 du volume et données xl afférentes.

ou dépasse les 60 % ( 29 % pour le minimum et 68 % pour le maximum). Toutefois, dans plus de la moitié des départements, la part des placements est entre 40 et 60 %.

**Carte 2 Part des mesures de placement dans l'ensemble des mesures d'aide sociale à l'enfance, au 31 décembre 2016**



**Note** > Les départements sont répartis par classe selon la méthode de Jenks (« seuils naturels », au sens où les départements de valeurs proches sont regroupés dans la même classe).

**Lecture** > Au niveau national, au 31 décembre 2016, la part des mesures de placement parmi les mesures d'aide sociale à l'enfance (placements et actions éducatives) est de 51 %.

**Champ** > France métropolitaine et DROM (hors Mayotte).

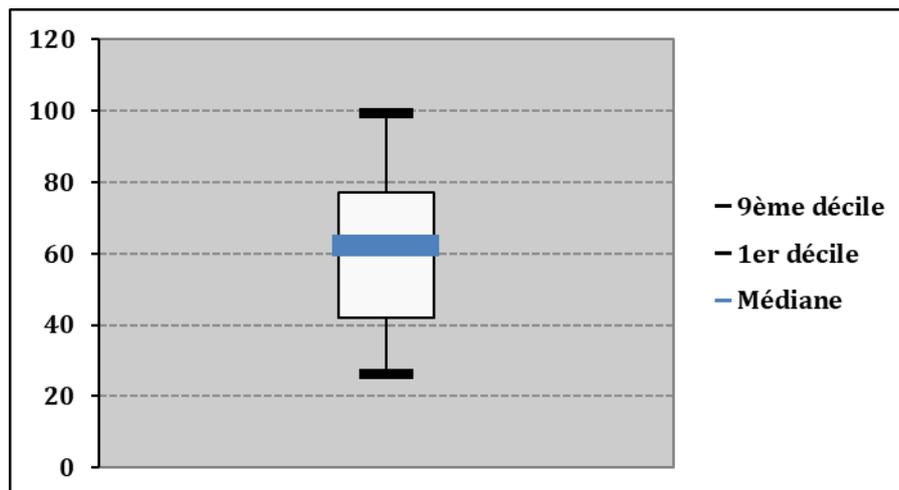
**Source** > DREES, enquête Aide sociale 2016 ; ISD n° ASE06.

## 2 L'IMPLANTATION DES DISPOSITIFS DE SOUTIEN A LA PARENTALITE SE CARACTERISE PAR DE FORTES DISPARITES DEPARTEMENTALES ET INFRA-DEPARTEMENTALES

En 2015 on comptait un LAEP pour 3 380 enfants de moins de six ans (1 453 LAEP selon le site de la CAF monenfant.fr). Ceux-ci sont inégalement répartis sur le territoire. L'étude des implantations territoriales des LAEP réalisée par la mission d'évaluation de la COG CNAF, à partir des données de la CNAF, a mis en évidence de fortes disparités territoriales. En effet, en considérant qu'un enfant de 0 à 5 ans est couvert par un LAEP dès lors que celui-ci est situé dans son intercommunalité, on obtient un taux de couverture géographique national de 72,3 % mais avec des écarts importants entre départements tandis que la médiane (50<sup>ème</sup> département le mieux couvert) s'établit à 62,5 % d'intercommunalités couvertes. Un quart des départements ont un taux de couverture géographique inférieur à 41,8 % et un quart un taux supérieur à 77,2 % ; on trouve même 10 % des départements sous le seuil des 26,2 % de couverture.

Ces disparités entre départements masquent également des disparités à l'intérieur même des départements, certaines zones étant surchargées en LAEP tandis que d'autres zones en sont dépourvues.

Graphique 1 : Dispersion des départements en termes de taux de couverture géographique



Source : Rapport d'évaluation de la COG CNAF déjà cité.



## ANNEXE 8 : PRINCIPAUX RESULTATS DU QUESTIONNAIRE ADRESSE AUX CONSEILS DEPARTEMENTAUX

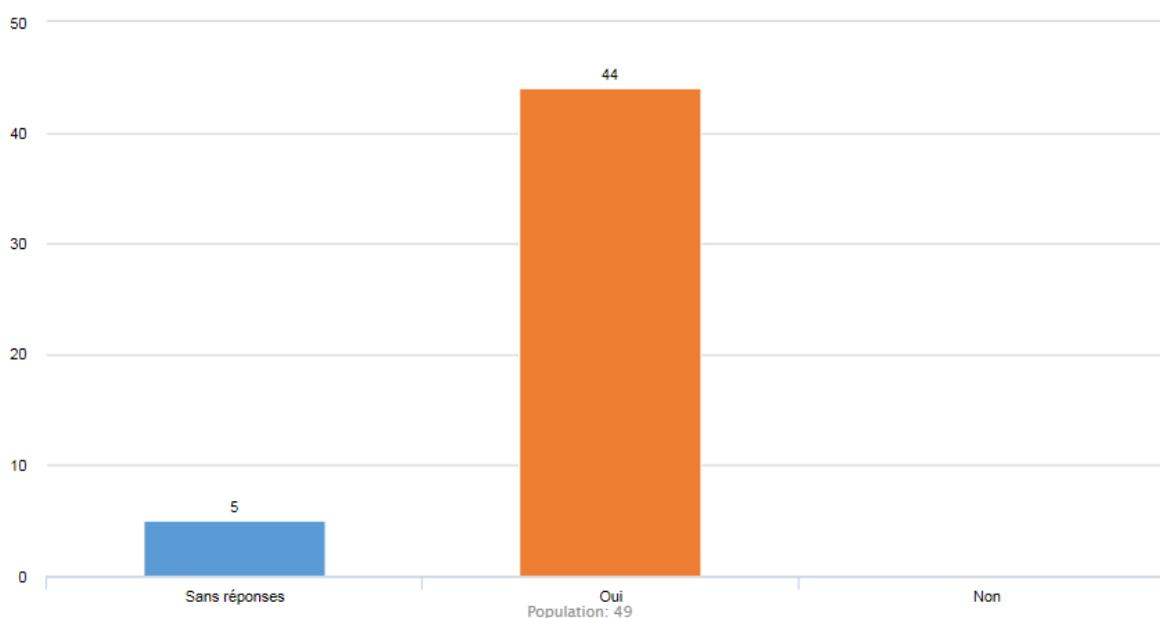
Le questionnaire réalisé par la mission a été adressé aux conseils départementaux en juillet 2018. Quarante-neuf d'entre eux ont répondu. L'annexe 8 présente une partie des résultats et s'organise en cinq sous-rubriques :

- Vue globale de la prévention en protection de l'enfance
- La PMI
- Les mesures d'actions éducatives et interventions à domicile
- La prévention spécialisée
- Les informations préoccupantes

### 1 VUE GLOBALE DE LA PREVENTION EN PROTECTION DE L'ENFANCE

#### 1) Le schéma départemental de l'enfance et de la famille comporte-t-il un ou plusieurs axes explicitement consacrés à la prévention ?

1) Le schéma départemental de l'enfance et de la famille comporte-t-il un ou plusieurs axes explicitement consacrés à la prévention ?

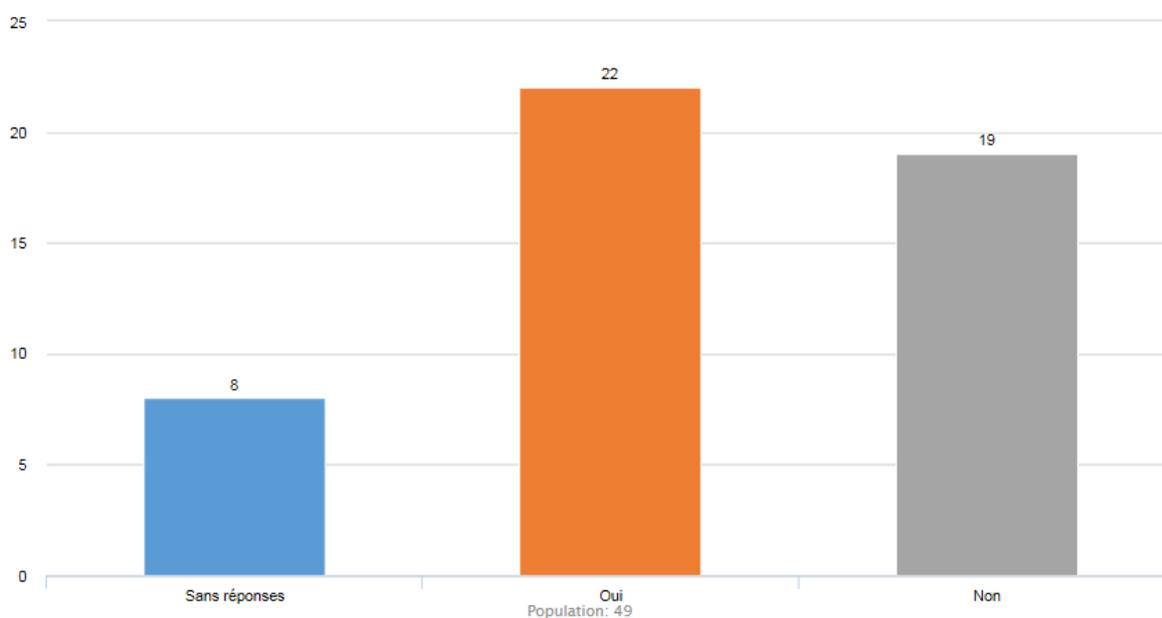


Libellés	Nombre de réponses	Pourcentages
Sans réponse	5	10,2 %
Oui	44	89,8 %
Non	0	0 %

Population: 49

## 2) Les actions en matière de prévention sont-elles adossées à un diagnostic formalisé des vulnérabilités?

2) Les actions en matière de prévention sont-elles adossées à un diagnostic formalisé des vulnérabilités?

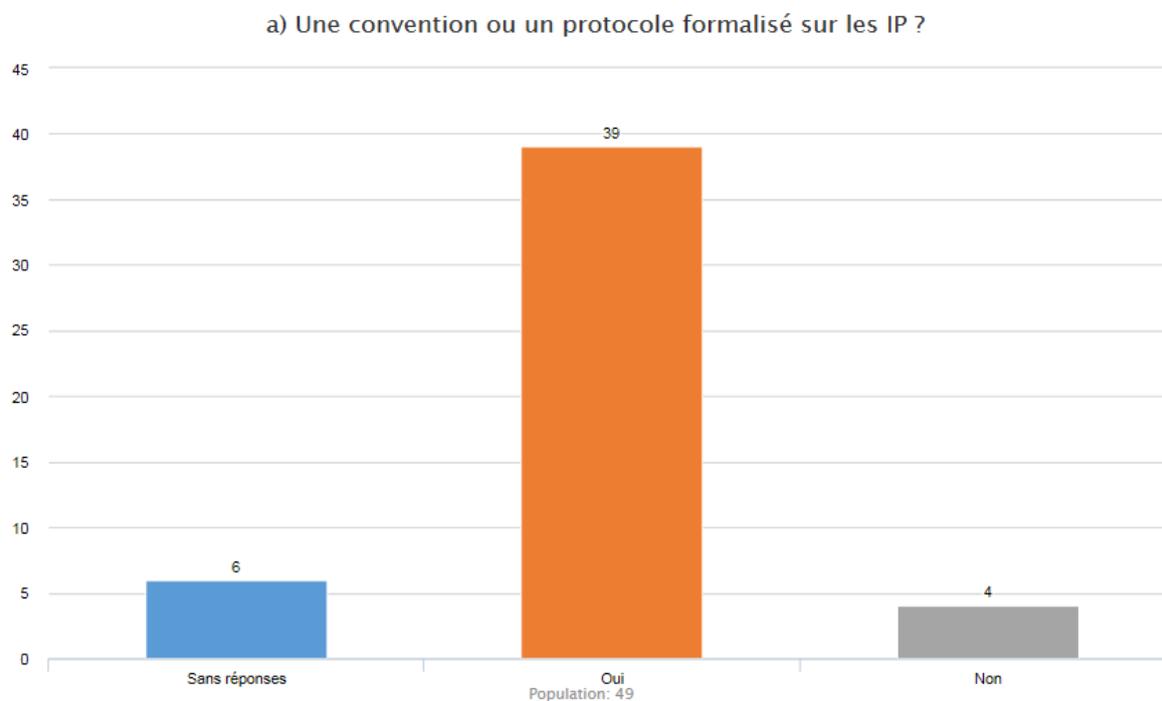


Libellés	Nombre de réponses	Pourcentages
Sans réponses	8	16,3 %
Oui	22	44,9 %
Non	19	38,8 %

Population: 49

### 3) Comment se traduit le partenariat avec l'Éducation nationale ?

#### a) par une convention ou un protocole formalisé sur les IP ?



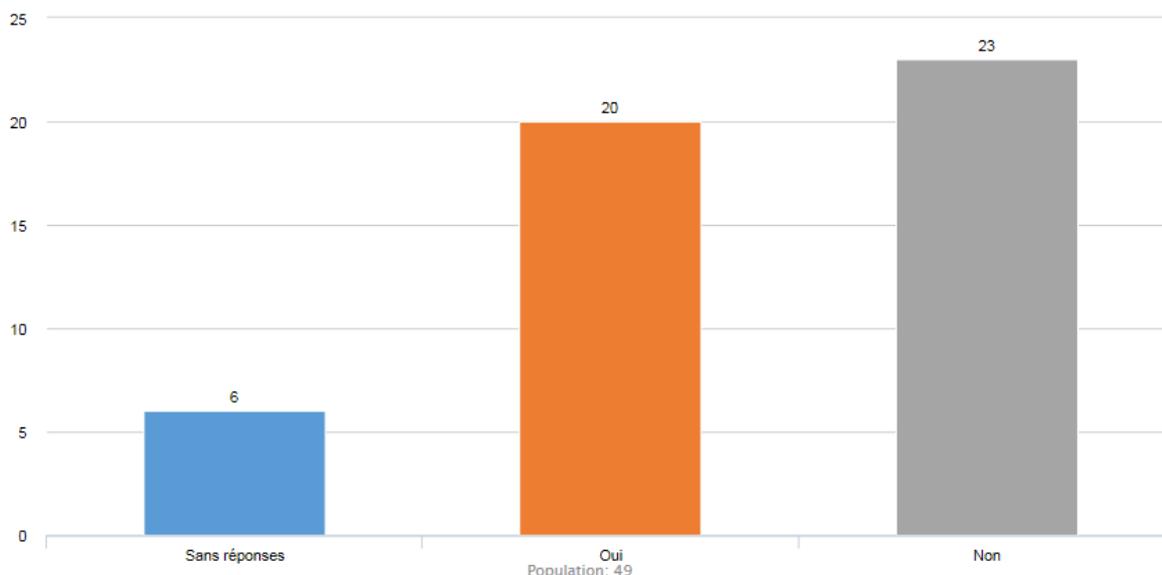
#### Données

Libellés	Nombre de réponses	Pourcentages
Sans réponses	6	12,2 %
Oui	39	79,6 %
Non	4	8,2 %

Population: 49

b) Par une convention ou un protocole formalisé qui dépasse le traitement des IP et organise la coopération entre les réseaux (par exemple traitement des situations complexes, organisations d'actions collectives, formations conjointes) ?

b) Une convention ou un protocole formalisé qui dépasse le traitement des IP et organise la coopération entre les réseaux (par exemple traitement des situations complexes, organisations d'actions collectives, formations conjointes)

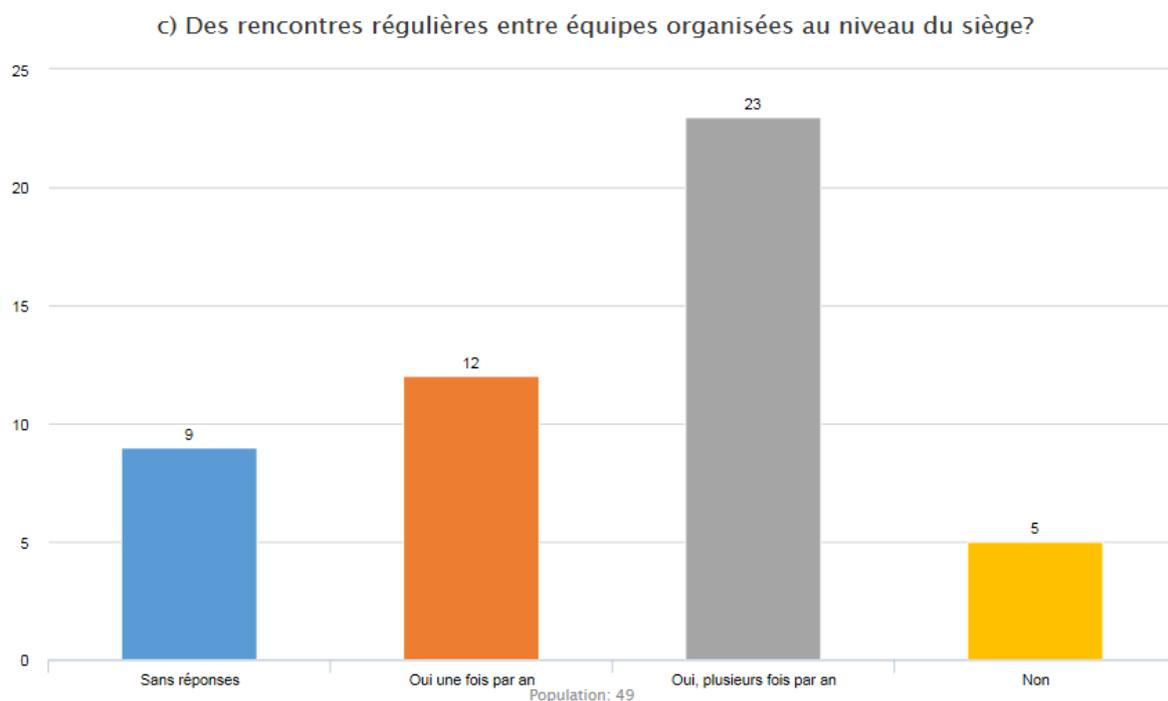


*Données*

Libellés	Nombre de réponses	Pourcentages
Sans réponses	6	12,2 %
Oui	20	40,8 %
Non	23	46,9 %

Population: 49

c) Par des rencontres régulières entre équipes organisées au niveau du siège ?

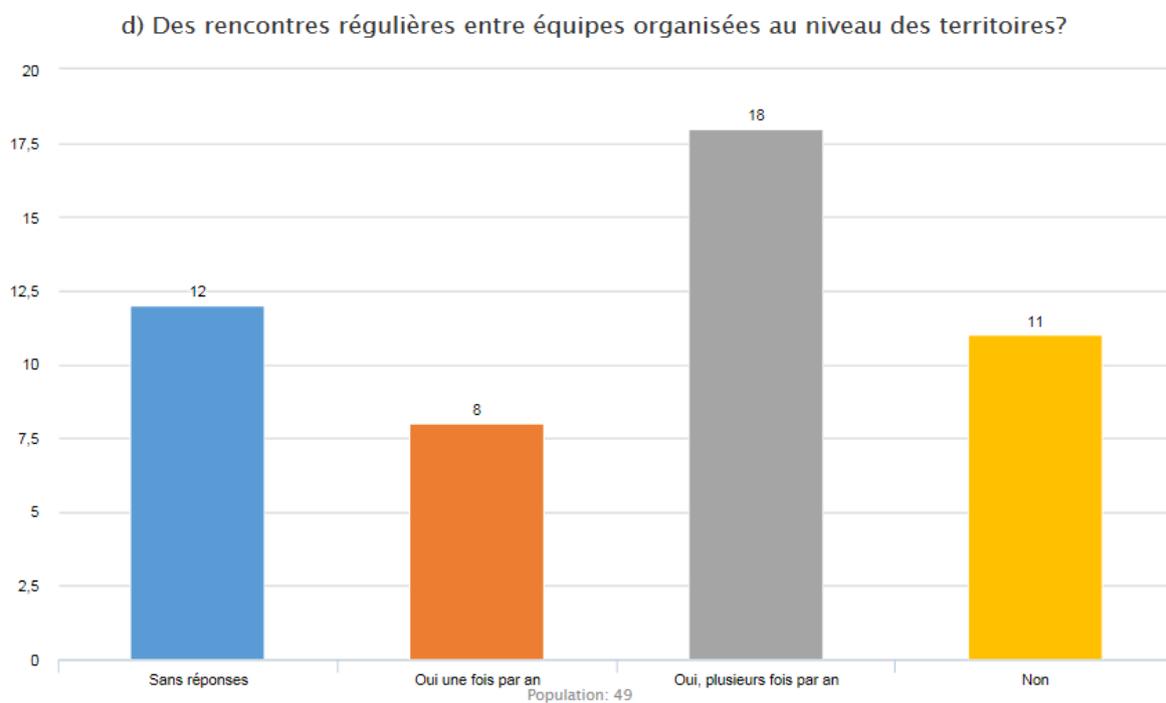


*Données*

Libellés	Nombre de réponses	Pourcentages
Sans réponses	9	18,4 %
Oui une fois par an	12	24,5 %
Oui, plusieurs fois par an	23	46,9 %
Non	5	10,2 %

Population: 49

d) Par des rencontres régulières entre équipes organisées au niveau des territoires ?



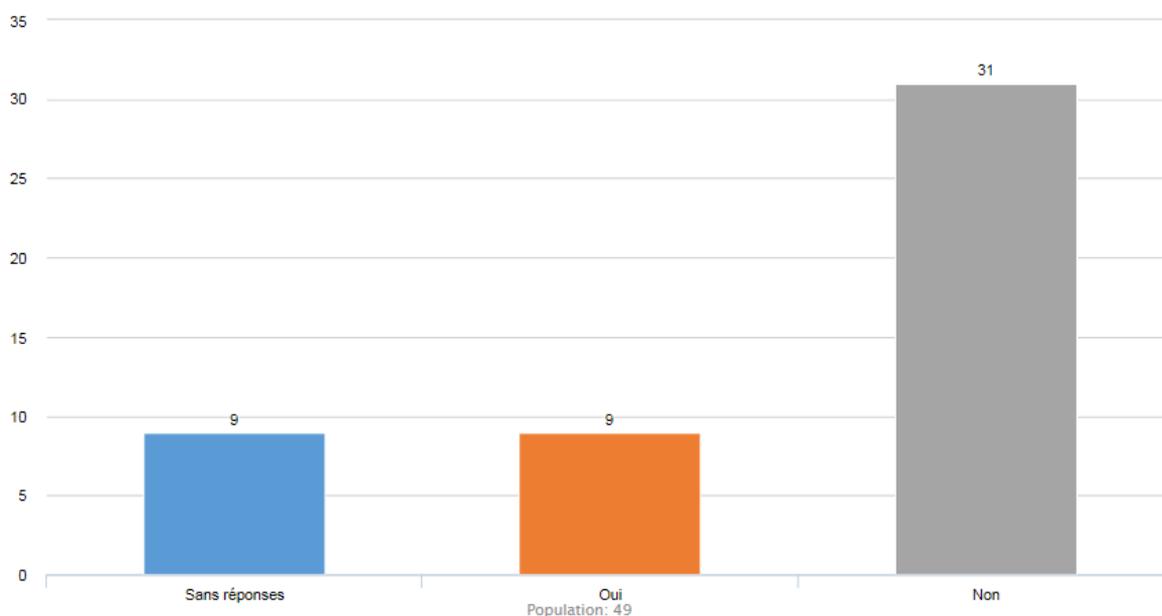
*Données*

Libellés	Nombre de réponses	Pourcentages
Sans réponses	12	24,5 %
Oui une fois par an	8	16,3 %
Oui, plusieurs fois par an	18	36,7 %
Non	11	22,4 %

Population: 49

e) Par la présence d'agents du département (travailleurs sociaux, éducateurs - hors PMI) dans les établissements scolaires du 1er ou 2nd degré ?

e) La présence d'agents du département (travailleurs sociaux, éducateurs – hors PMI) dans les établissements scolaires du 1er ou 2nd degré ?



*Données*

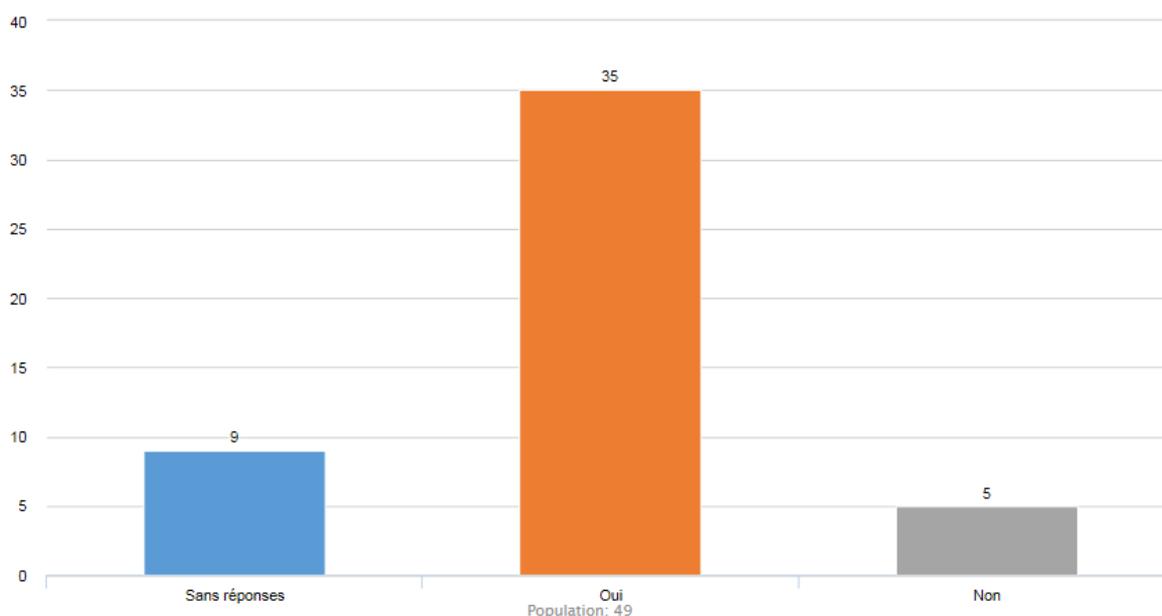
Libellés	Nombre de réponses	Pourcentages
Sans réponses	9	18,4 %
Oui	9	18,4 %
Non	31	63,3 %

Population: 49

**4) Concernant le partenariat avec la CAF, au-delà de l'examen conjoint des demandes de financement y a-t-il :**

a) Un diagnostic partagé écrit sur les besoins et une cartographie d'implantation des structures de soutien à la parentalité ?

a) Un diagnostic partagé écrit sur les besoins et une cartographie d'implantation des structures de soutien à la parentalité ?



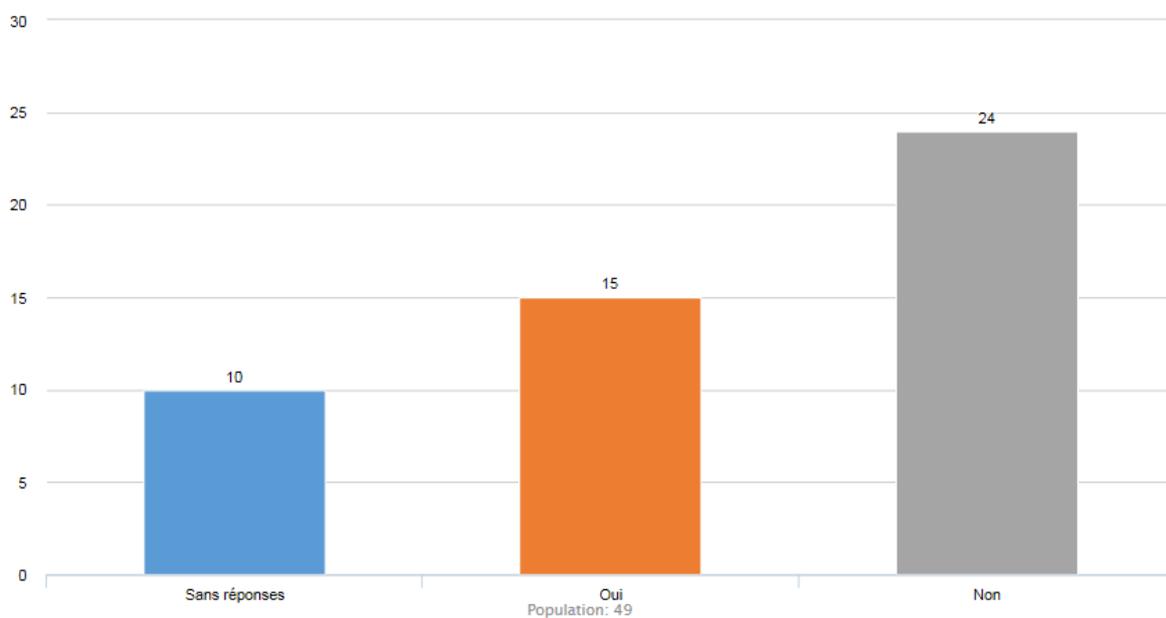
*Données*

Libellés	Nombre de réponses	Pourcentages
Sans réponses	9	18,4 %
Oui	35	71,4 %
Non	5	10,2 %

Population: 49

b) Un cahier des charges ou référentiel conjoint intégrant la question de la prévention en direction des LAEP ?

b) Un cahier des charges ou référentiel conjoint intégrant la question de la prévention en direction des LAEP ?



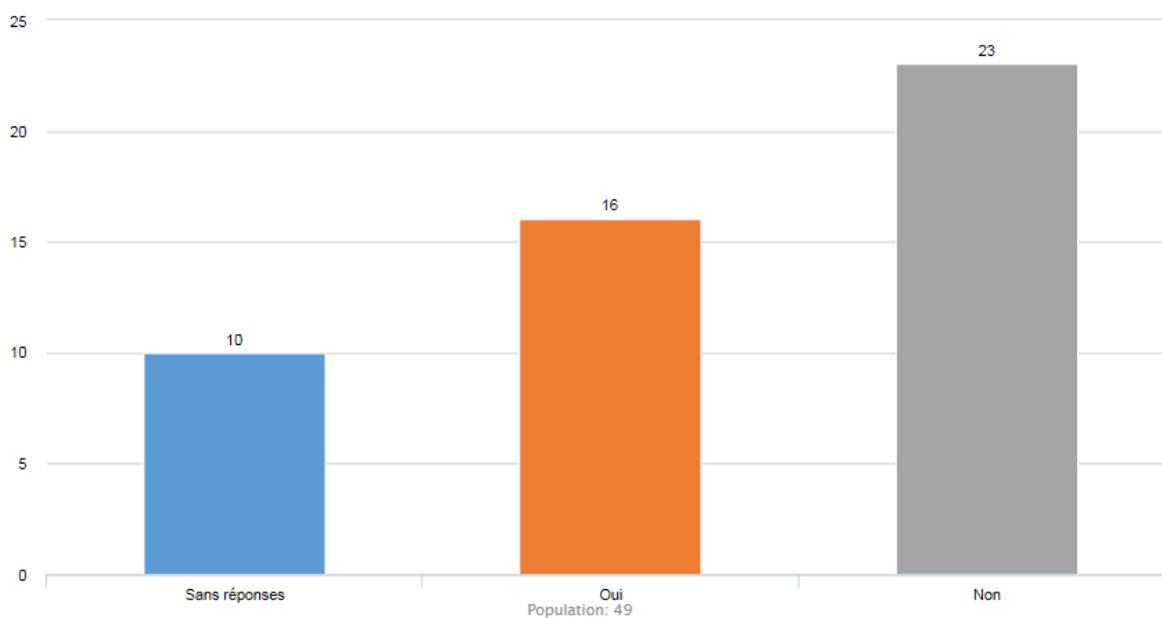
*Données*

Libellés	Nombre de réponses	Pourcentages
Sans réponses	10	20,4 %
Oui	15	30,6 %
Non	24	49 %

Population: 49

c) Un cahier des charges ou référentiel conjoint intégrant la question de la prévention en direction des REAAP ?

c) Un cahier des charges ou référentiel conjoint intégrant la question de la prévention en direction des REAAP ?



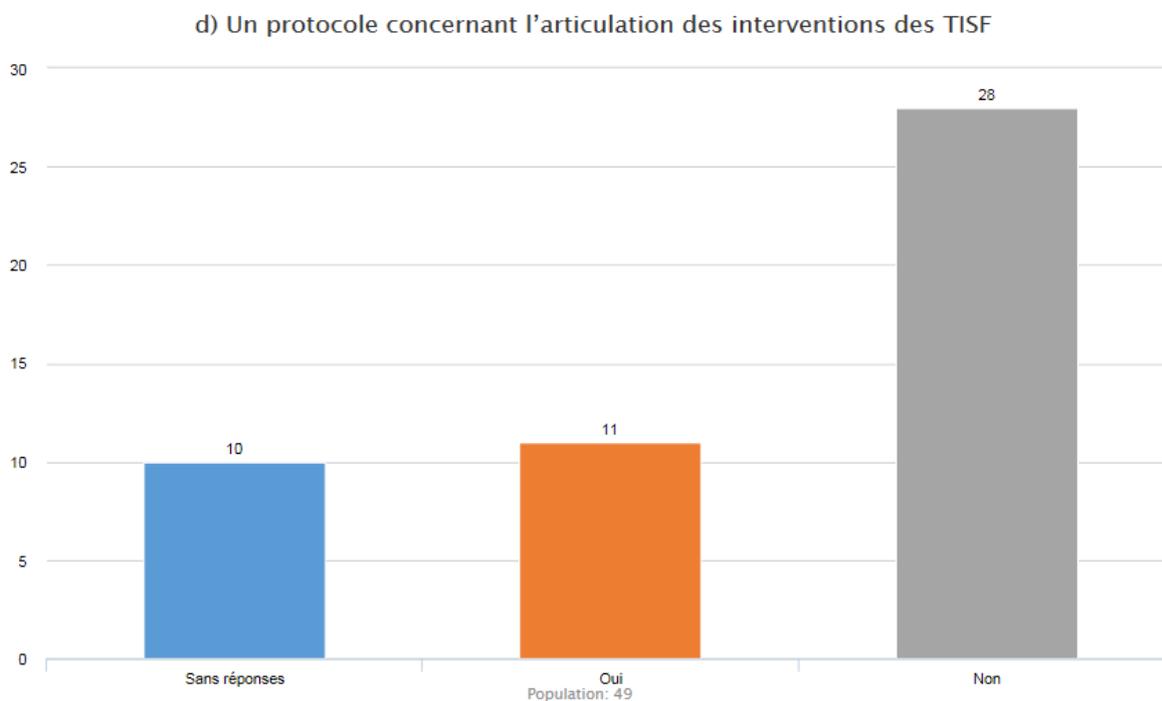
*Données*

Libellés	Nombre de réponses	Pourcentages
Sans réponses	10	20,4 %
Oui	16	32,7 %
Non	23	46,9 %

Population: 49

d) Un protocole concernant l’articulation des interventions des TISF ?

Graphique



Données

Libellés	Nombre de réponses	Pourcentages
Sans réponses	10	20,4 %
Oui	11	22,4 %
Non	28	57,1 %

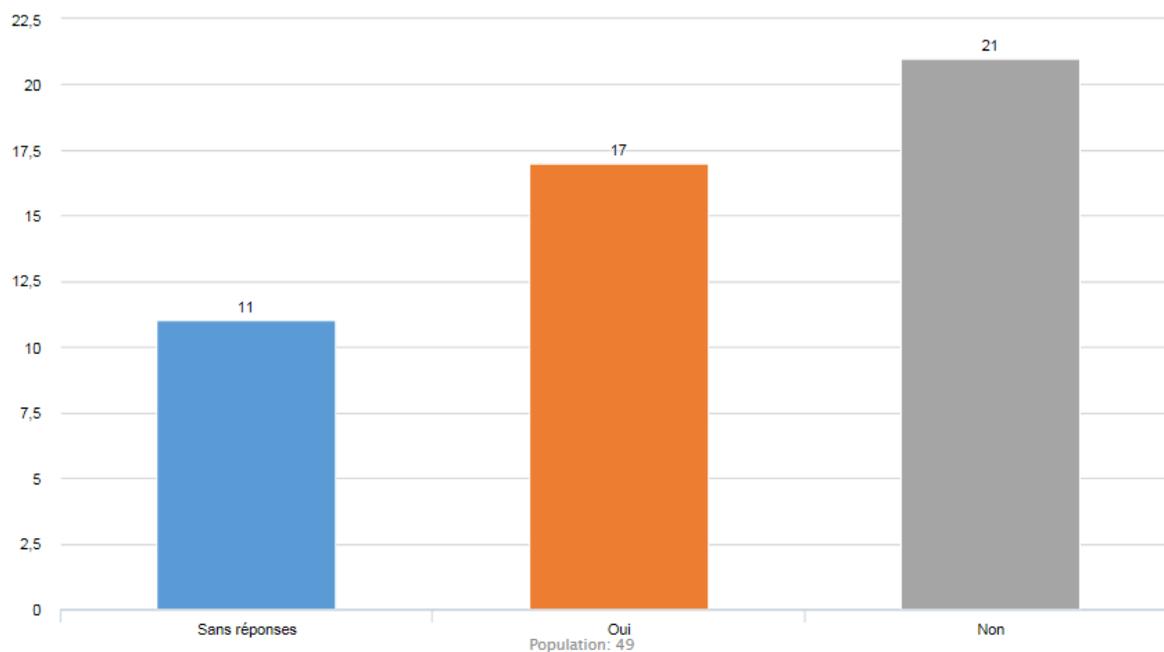
Population: 49

**5) Existe-t-il des partenariats formalisés ou contractualisés avec des villes et EPCI sur des questions ?**

a) De petite enfance ?

*Graphique*

a) De petite enfance ?



*Données*

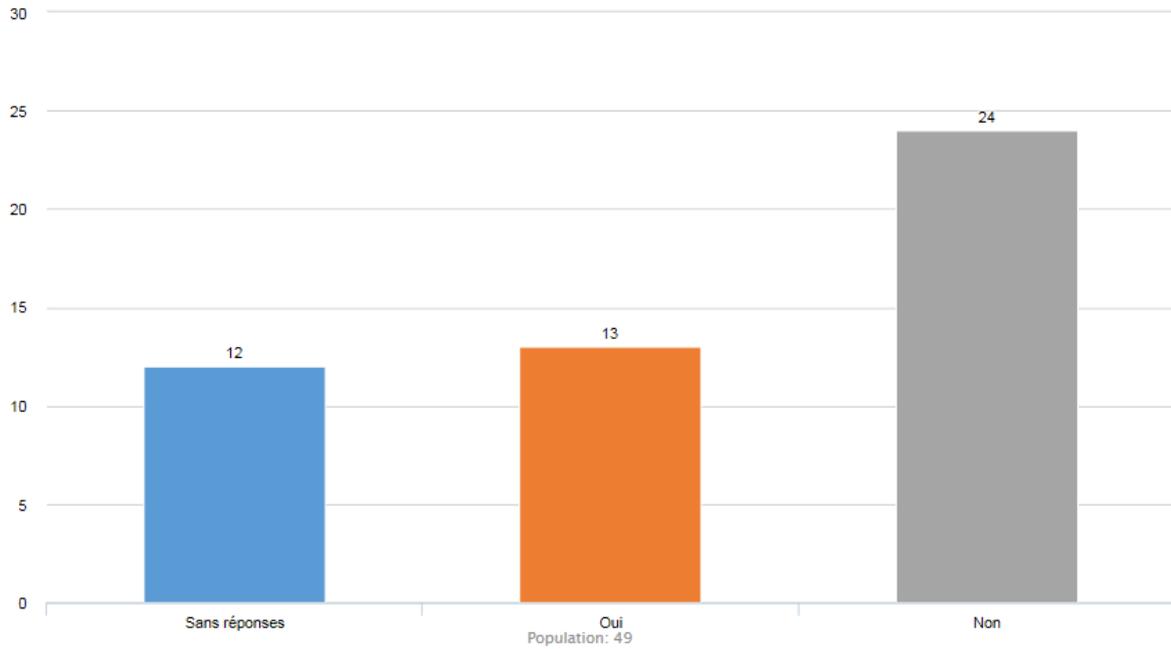
Libellés	Nombre de réponses	Pourcentages
Sans réponses	11	22,4 %
Oui	17	34,7 %
Non	21	42,9 %

Population: 49

b) De parentalité ?

*Graphique*

b) De parentalité ?

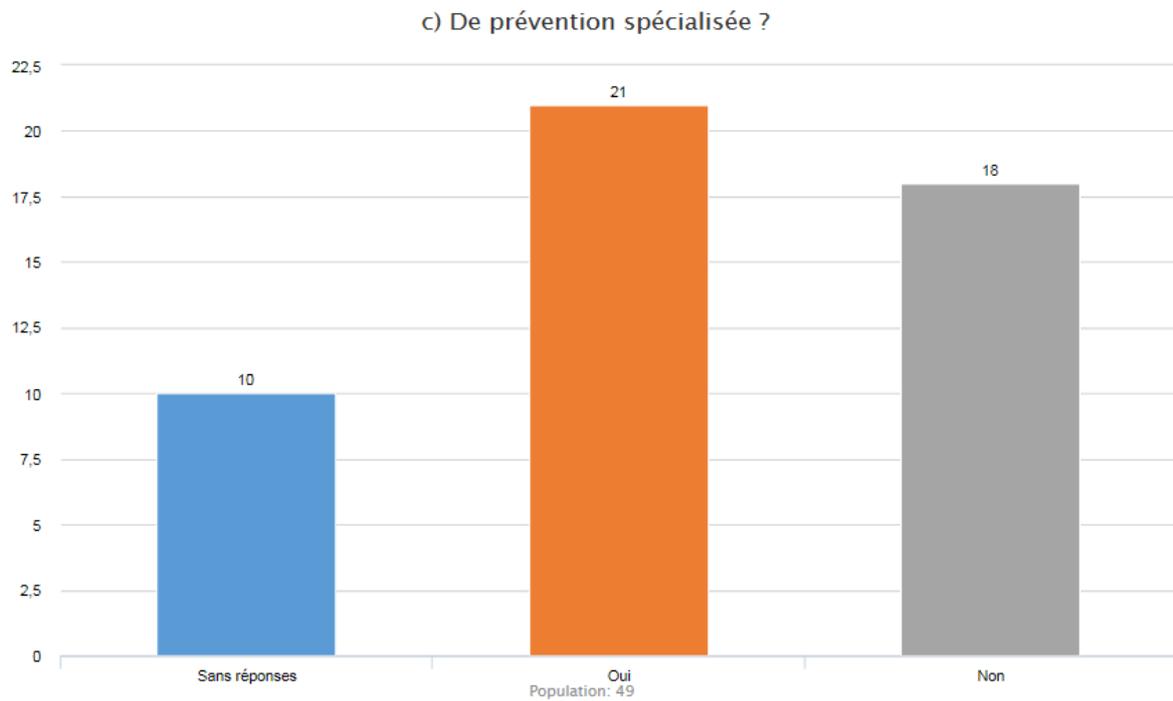


*Données*

Libellés	Nombre de réponses	Pourcentages
Sans réponses	12	24,5 %
Oui	13	26,5 %
Non	24	49 %

Population: 49

c) De prévention spécialisée ?



*Données*

Libellés	Nombre de réponses	Pourcentages
Sans réponses	10	20,4 %
Oui	21	42,9 %
Non	18	36,7 %

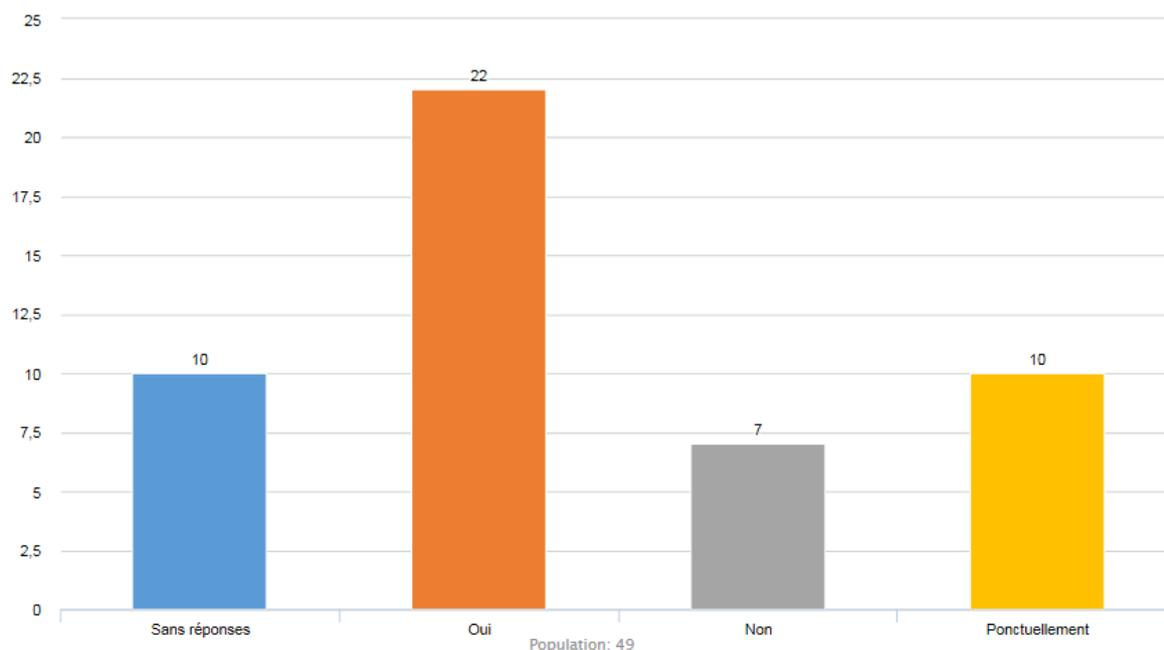
Population: 49

**6) Existe-t-il, au sein du département, des coopérations en matière de prévention entre le service enfance famille et :**

a) Le service en charge des personnes handicapées ?

*Graphique*

a) Le service en charge des personnes handicapées

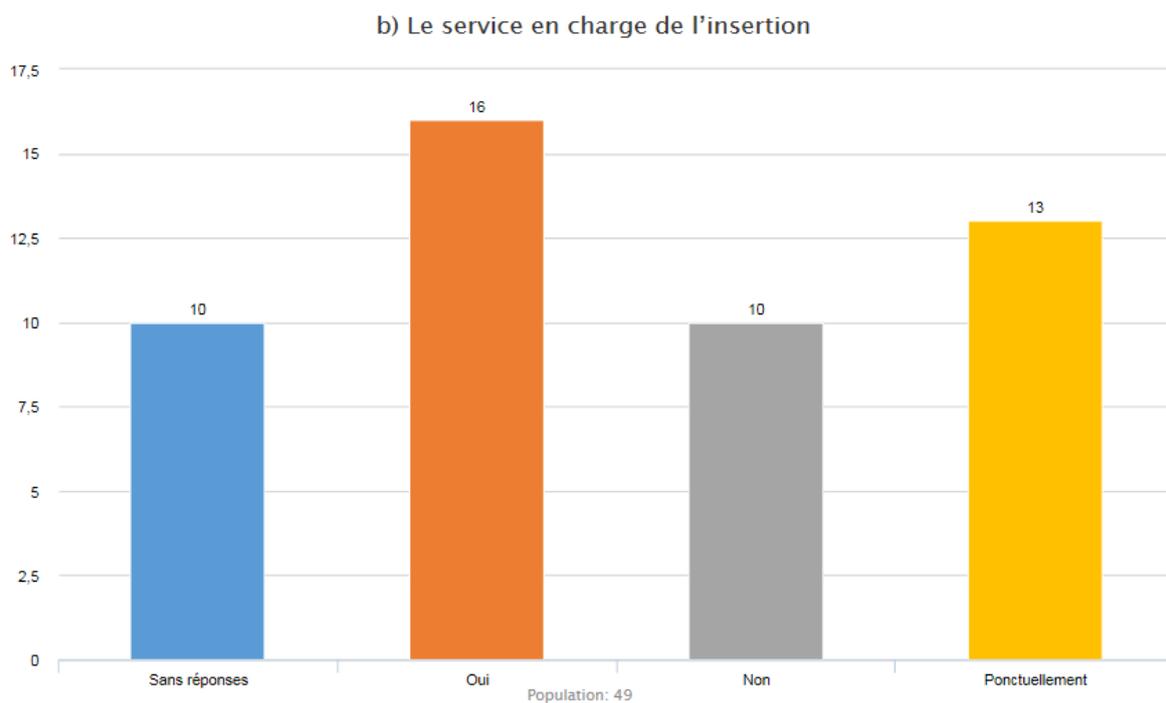


*Données*

Libellés	Nombre de réponses	Pourcentages
Sans réponses	10	20,4 %
Oui	22	44,9 %
Non	7	14,3 %
Ponctuellement	10	20,4 %

Population: 49

b) Le service en charge de l'insertion ?

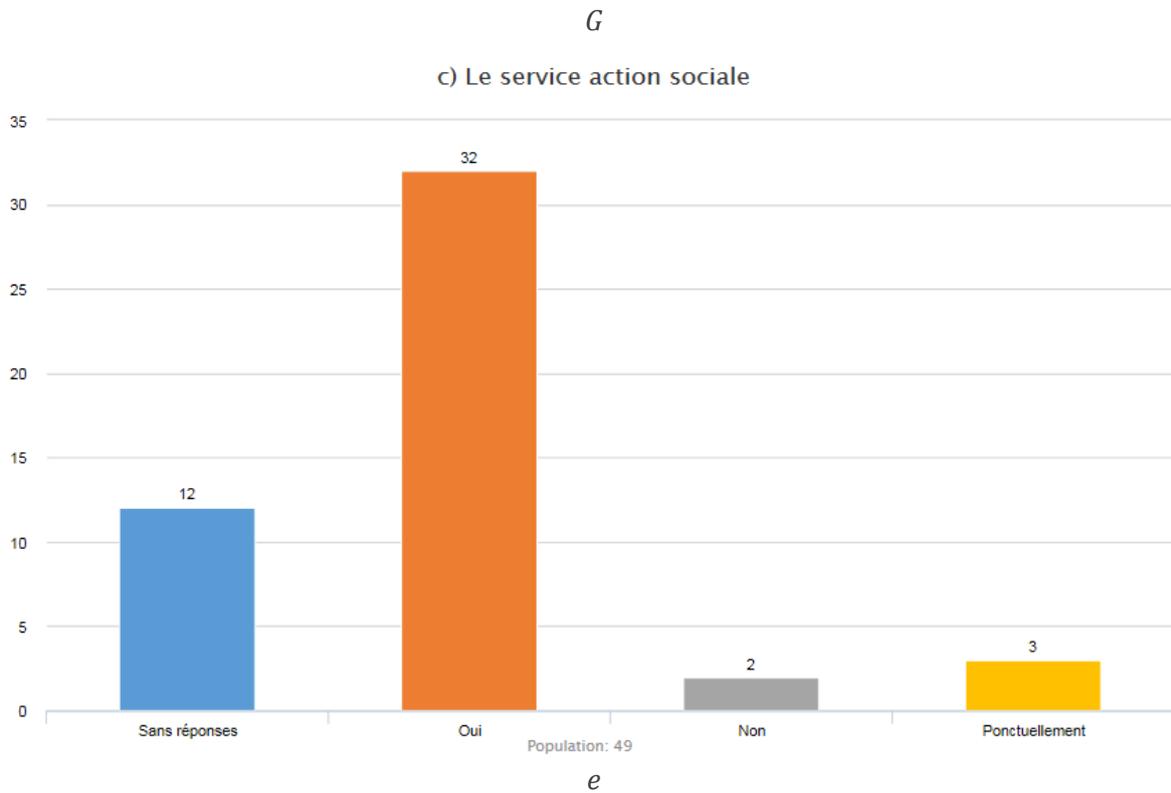


*Données*

Libellés	Nombre de réponses	Pourcentages
Sans réponses	10	20,4 %
Oui	16	32,7 %
Non	10	20,4 %
Ponctuellement	13	26,5 %

Population: 49

c) Le service action sociale ?

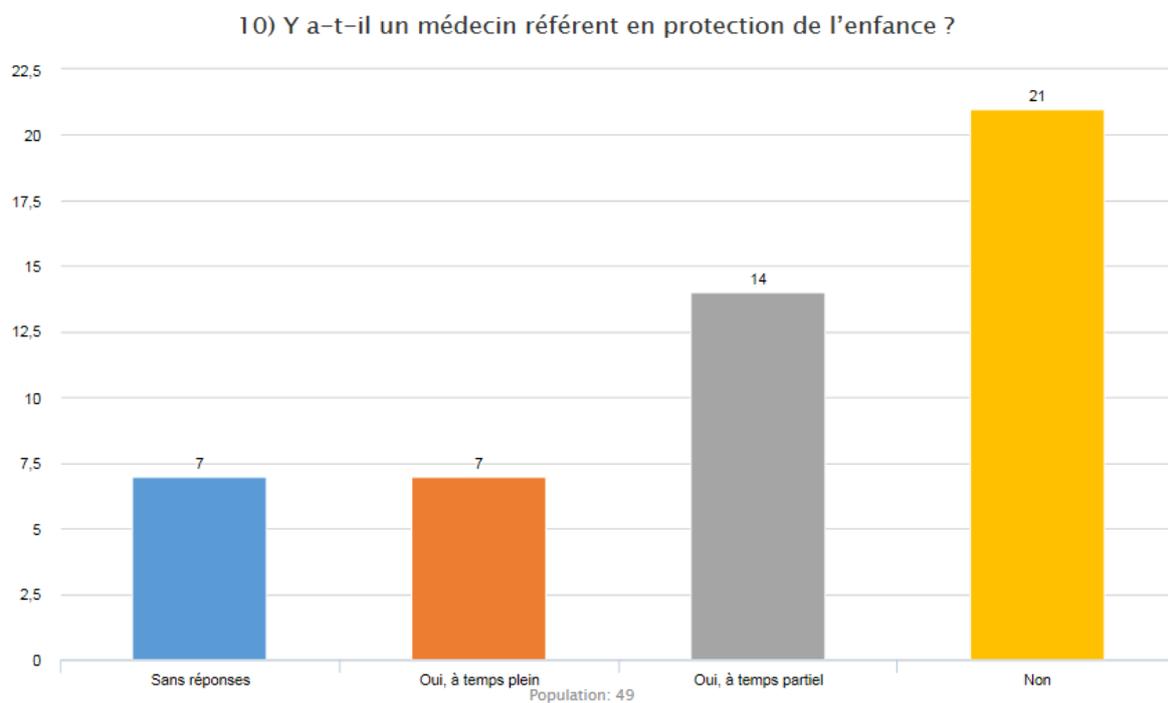


*Données*

Libellés	Nombre de réponses	Pourcentages
Sans réponses	12	24,5 %
Oui	32	65,3 %
Non	2	4,1 %
Ponctuellement	3	6,1 %

Population: 49

7) Y a-t-il un médecin référent en protection de l'enfance ?



*Données*

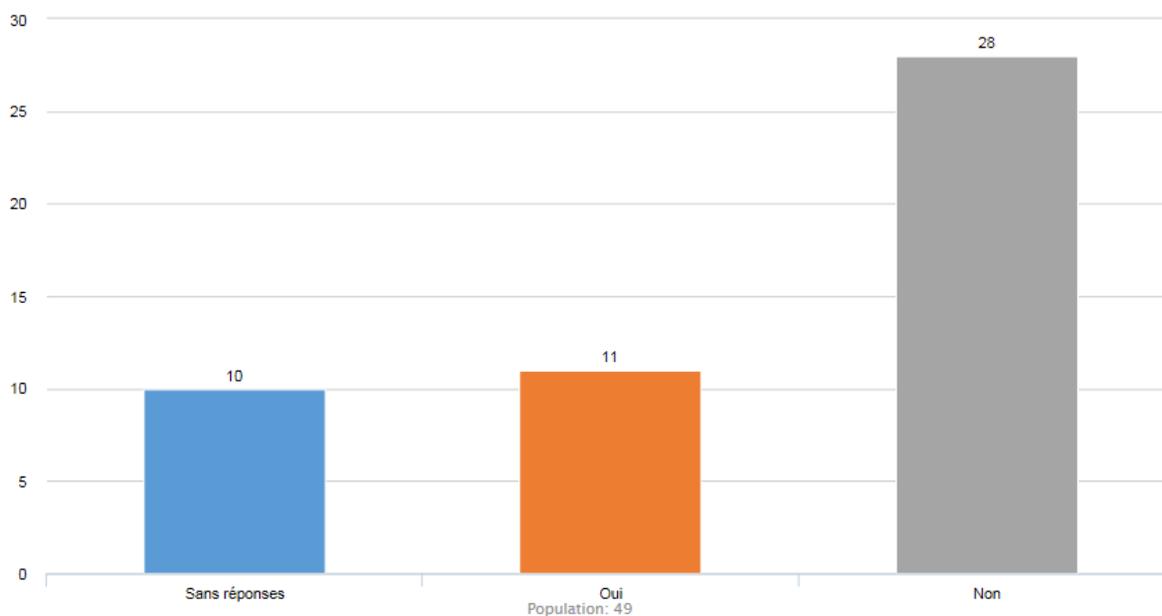
Libellés	Nombre de réponses	Pourcentages
Sans réponses	7	14,3 %
Oui, à temps plein	7	14,3 %
Oui, à temps partiel	14	28,6 %
Non	21	42,9 %

Population: 49

## 8) Le protocole de coordination en prévention prévu par la loi de 2016 est-il en cours de réalisation ?

Graphique

11) Le protocole de coordination en prévention prévu par la loi de 2016 est-il en cours de réalisation ?

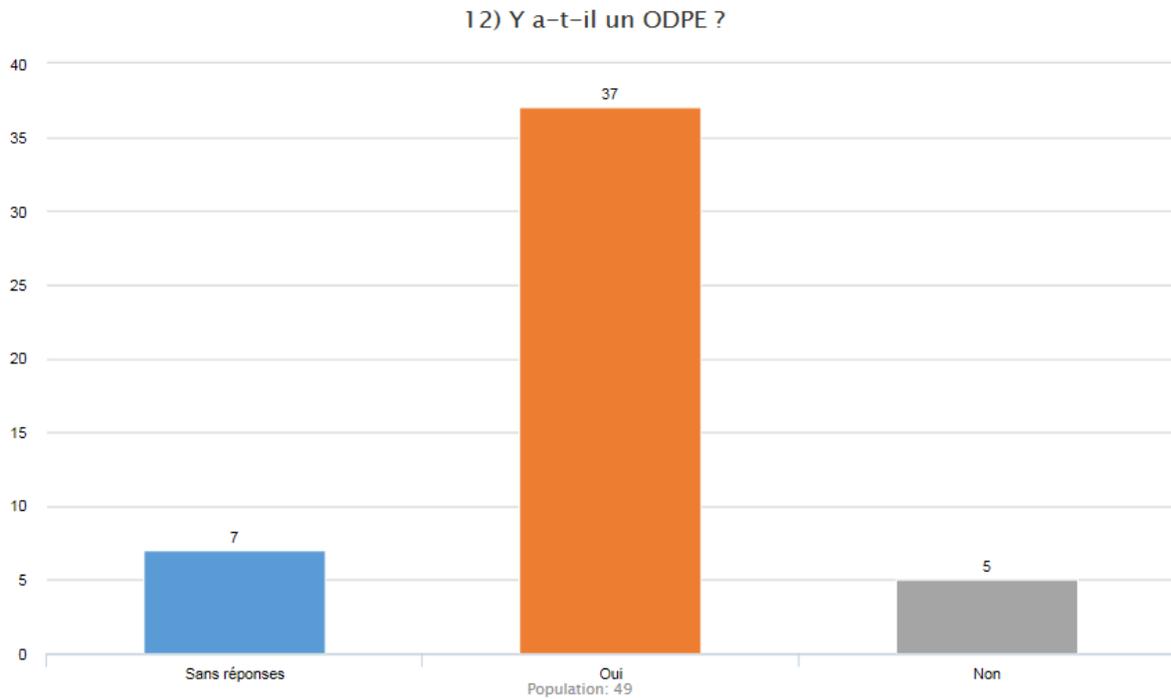


Données

Libellés	Nombre de réponses	Pourcentages
Sans réponses	10	20,4 %
Oui	11	22,4 %
Non	28	57,1 %

Population: 49

## 9) Y a-t-il un ODPE ?

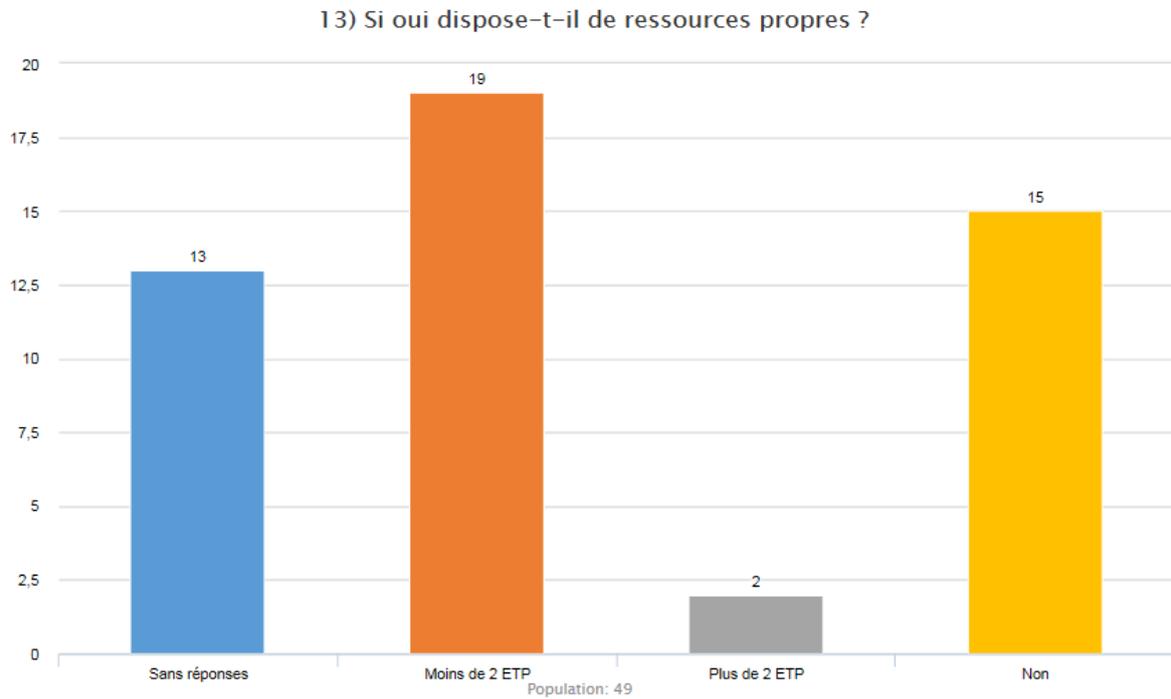


### Données

Libellés	Nombre de réponses	Pourcentages
Sans réponses	7	14,3 %
Oui	37	75,5 %
Non	5	10,2 %

Population: 49

10) Si oui dispose-t-il de ressources propres ?



Données

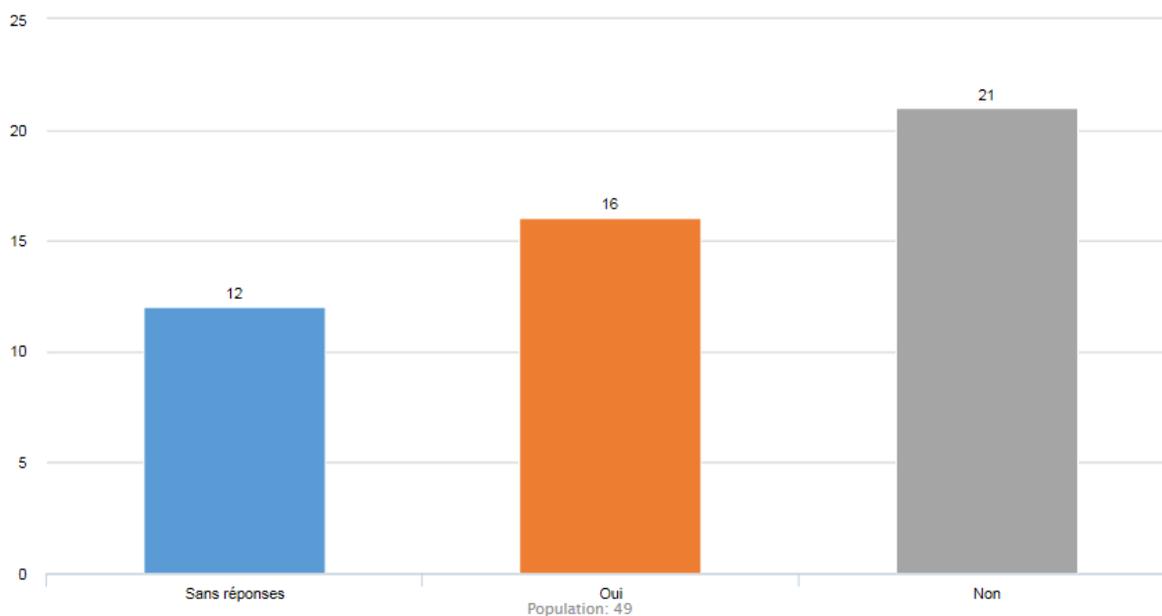
Libellés	Nombre de réponses	Pourcentages
Sans réponses	13	26,5 %
Moins de 2 ETP	19	38,8 %
Plus de 2 ETP	2	4,1 %
Non	15	30,6 %

Population: 49

## 11) Le conseil départemental a-t-il conduit des évaluations de certaines actions en matière de prévention ?

Graphique

15) Le conseil départemental a-t-il conduit des évaluations de certaines actions en matière de prévention ?



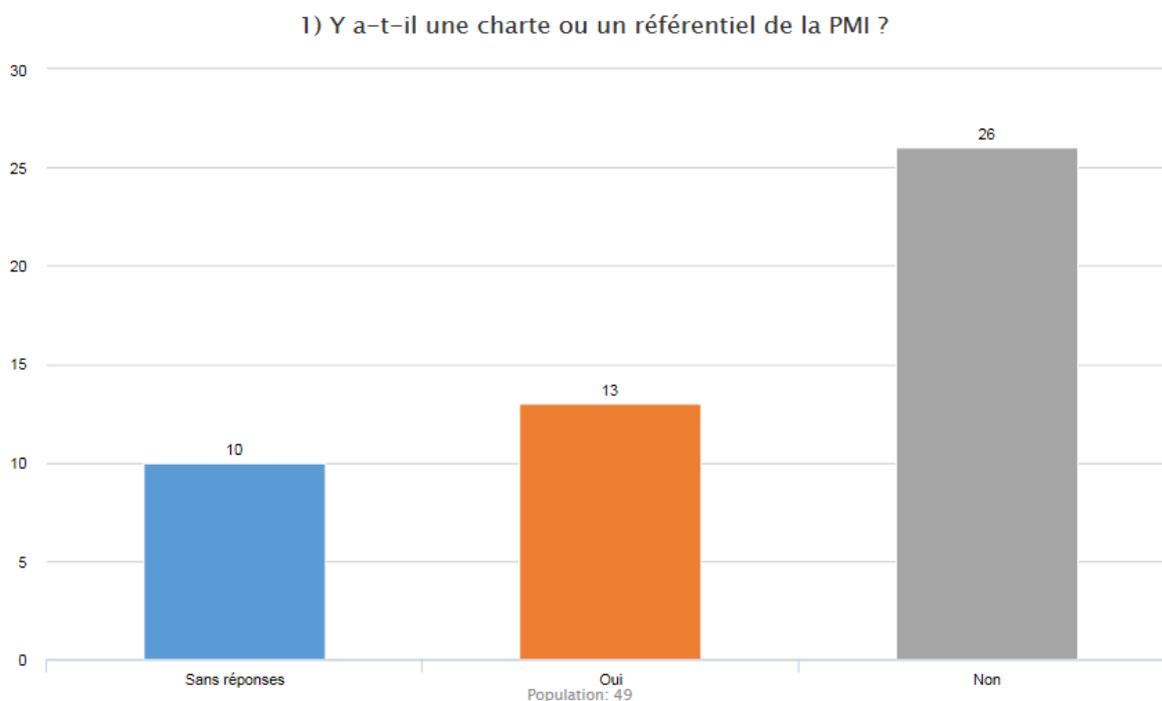
Données

Libellés	Nombre de réponses	Pourcentages
Sans réponses	12	24,5 %
Oui	16	32,7 %
Non	21	42,9 %

Population: 49

## 2 LA PMI

### 12) Y a-t-il une charte ou un référentiel de la PMI ?



#### Données

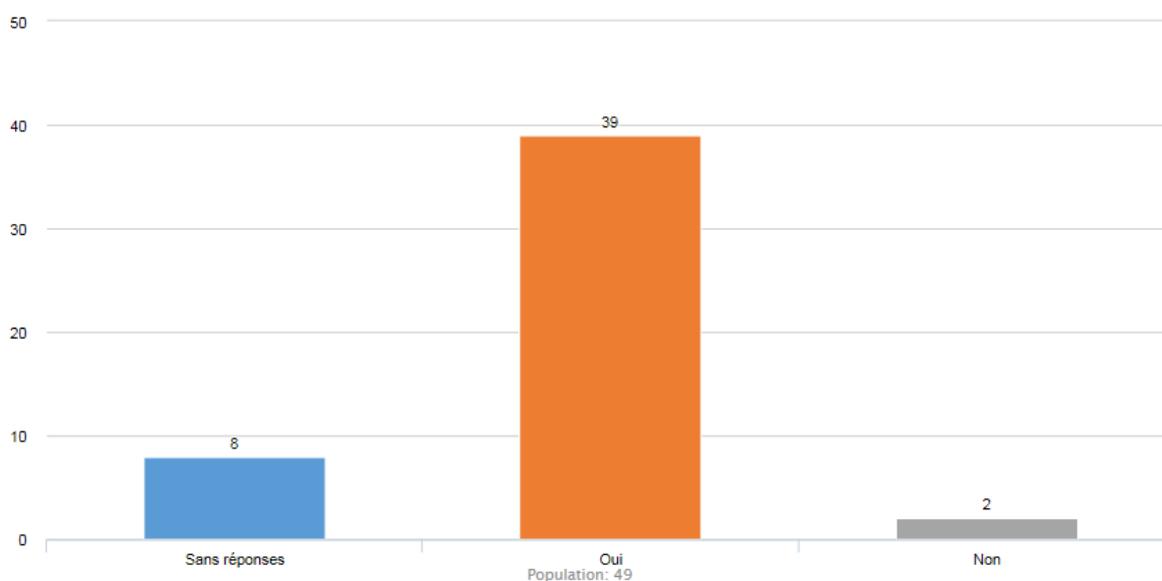
Libellés	Nombre de réponses	Pourcentages
Sans réponses	10	20,4 %
Oui	13	26,5 %
Non	26	53,1 %

Population: 49

**13) Un suivi particulier est-il mis en place pour certaines familles présentant des risques particuliers (repérées par exemple à partir des déclarations de grossesse et avis de naissance) ?**

*Graphique*

2) Un suivi particulier est-il mis en place pour certaines familles présentant des risques particuliers (repérées par exemple à partir des déclarations de grossesse et avis de naissance) ?



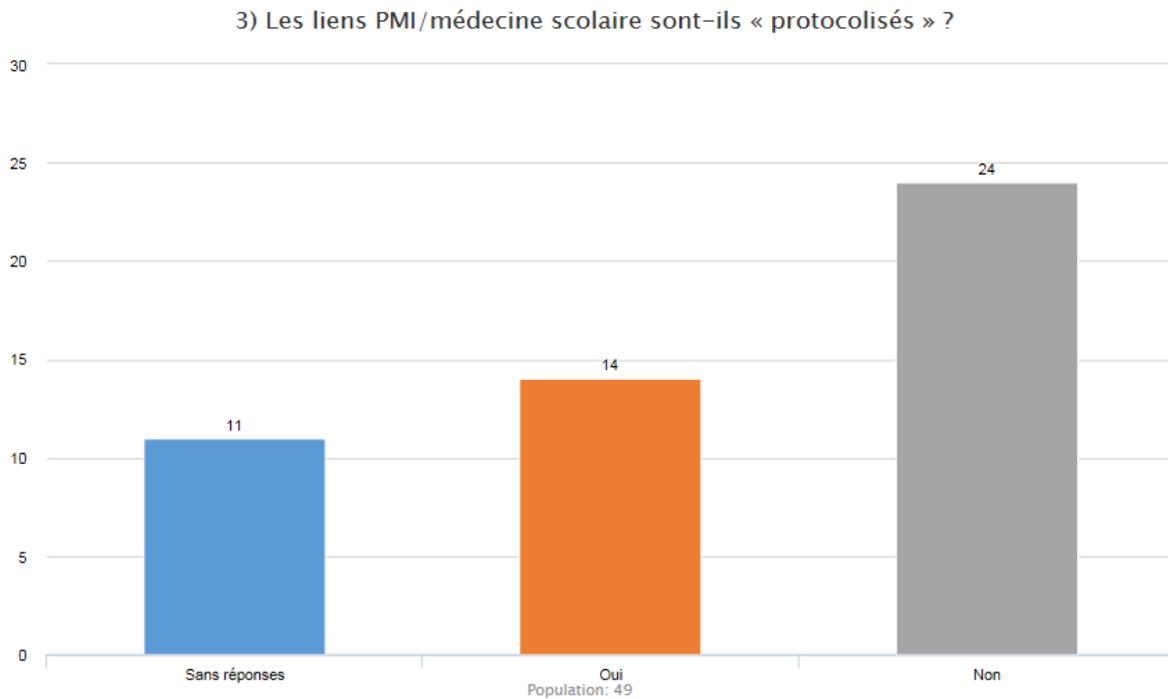
*Données*

Libellés	Nombre de réponses	Pourcentages
Sans réponses	8	16,3 %
Oui	39	79,6 %
Non	2	4,1 %

Population: 49

## 14) Les liens PMI/médecine scolaire sont-ils « protocolisés » ?

*Graphique*



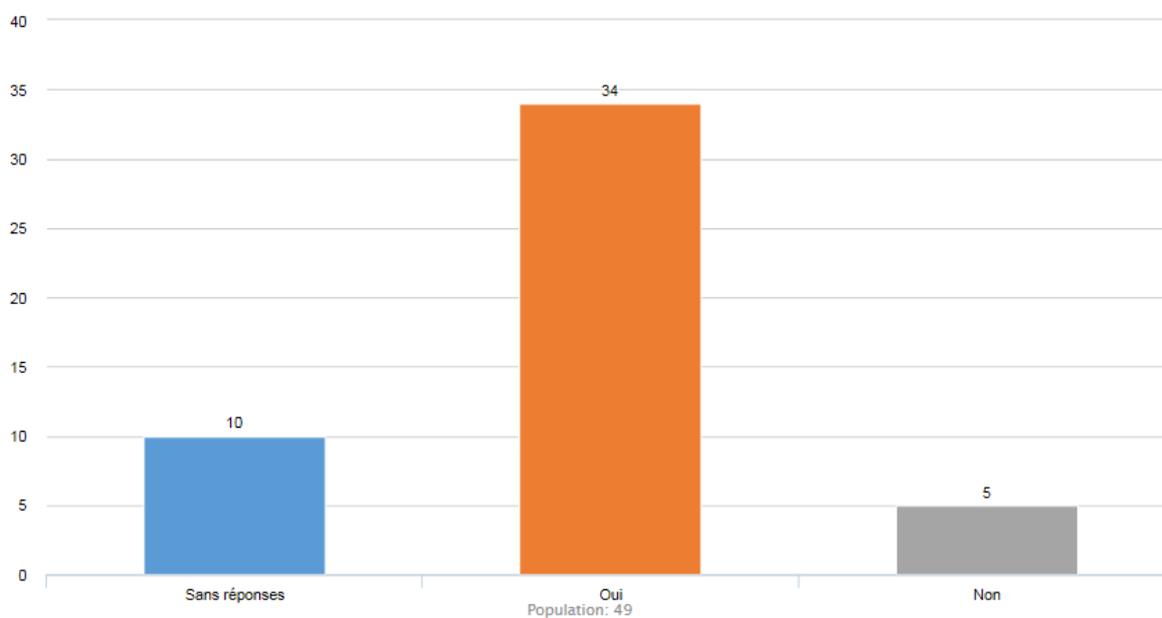
*Données*

Libellés	Nombre de réponses	Pourcentages
Sans réponses	11	22,4 %
Oui	14	28,6 %
Non	24	49 %

Population: 49

### 15) Y a-t- il une transmission systématique des résultats des bilans de 4 ans à la médecine scolaire ?

4) Y a-t- il une transmission systématique des résultats des bilans de 4 ans à la médecine scolaire ?

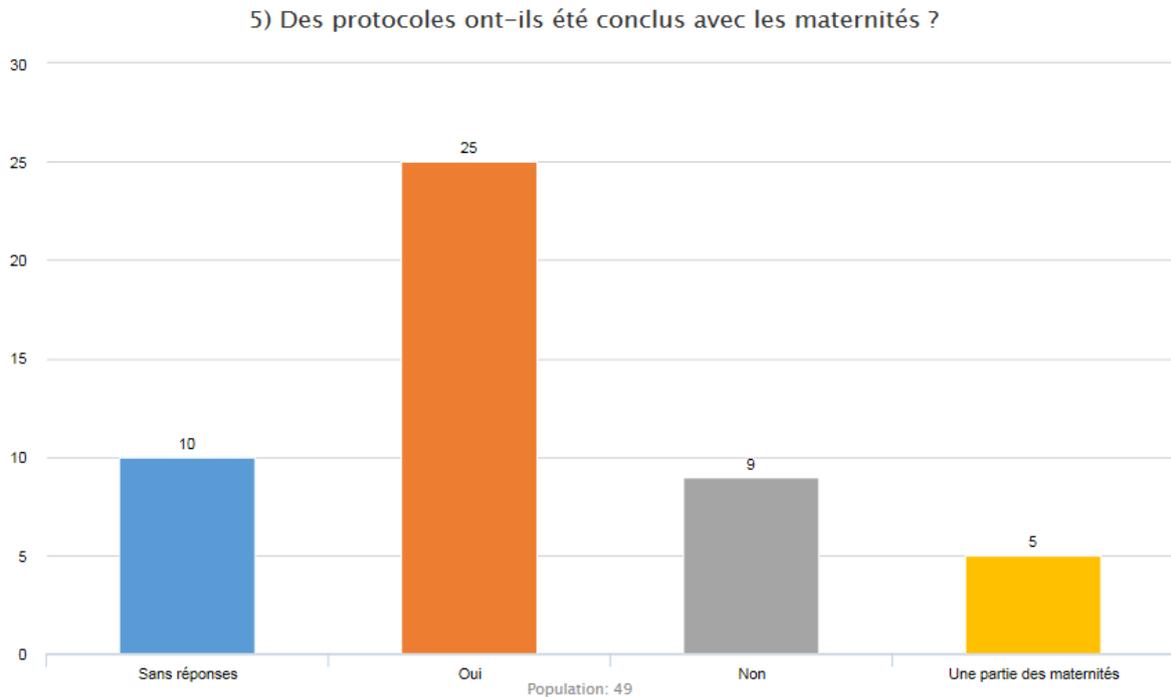


*Données*

Libellés	Nombre de réponses	Pourcentages
Sans réponses	10	20,4 %
Oui	34	69,4 %
Non	5	10,2 %

Population: 49

## 16) Des protocoles ont-ils été conclus avec les maternités ?



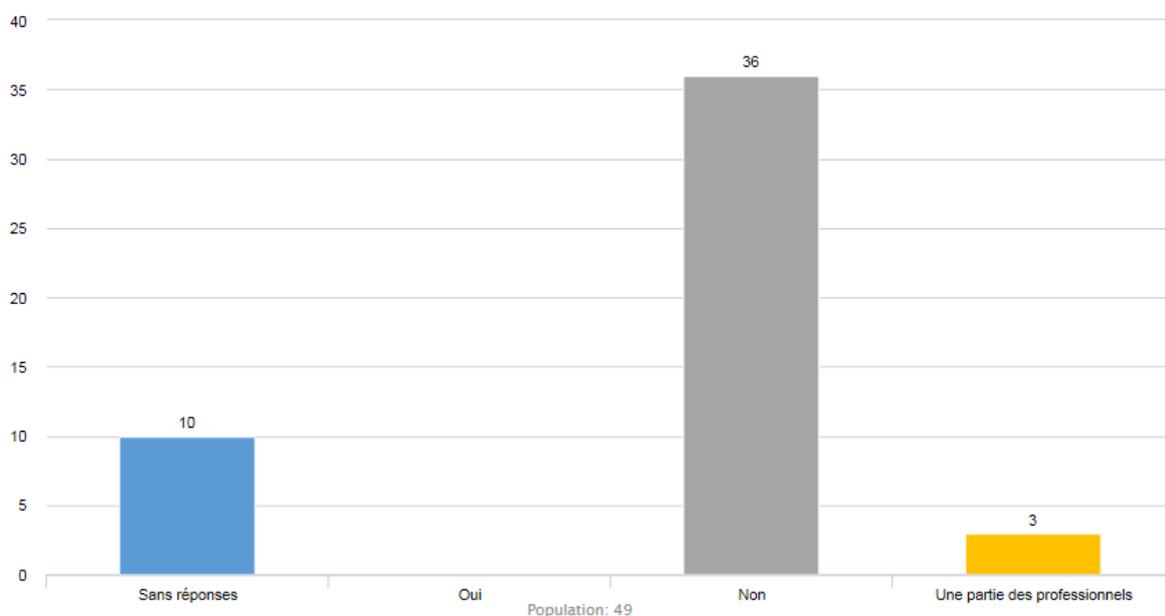
### Données

Libellés	Nombre de réponses	Pourcentages
Sans réponses	10	20,4 %
Oui	25	51 %
Non	9	18,4 %
Une partie des maternités	5	10,2 %

Population: 49

## 17) Des partenariats formalisés existent-ils avec la médecine de ville (médecins généralistes, pédiatres libéraux) ?

6) Des partenariats formalisés existent-ils avec la médecine de ville (médecins généralistes, pédiatres libéraux) ?



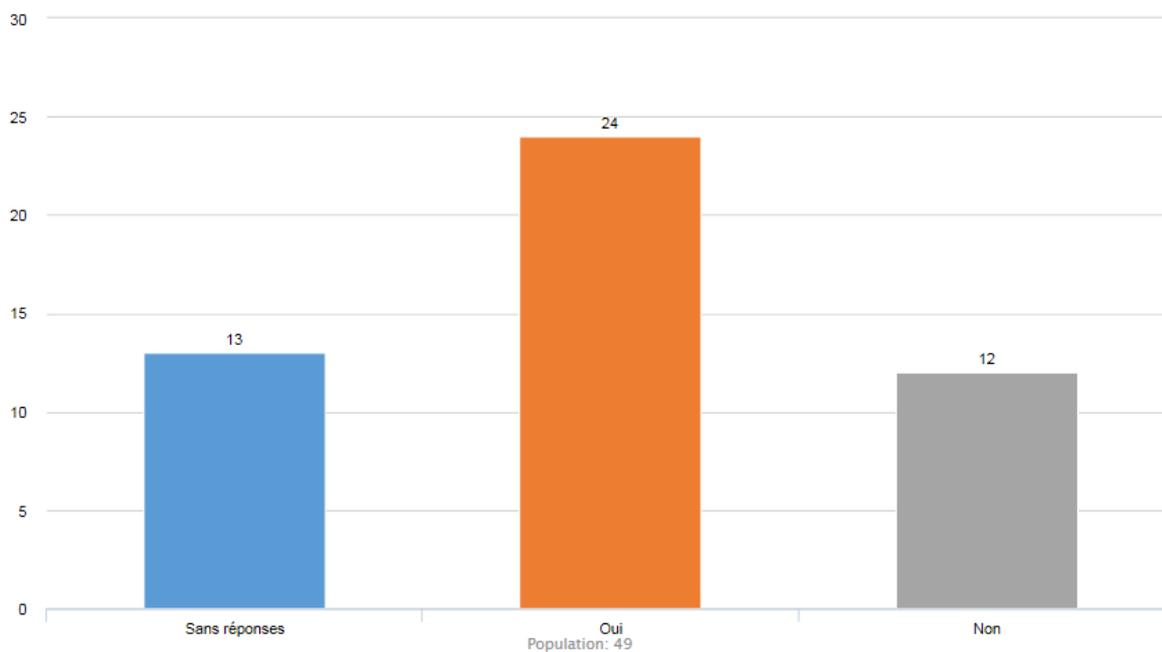
*Données*

Libellés	Nombre de réponses	Pourcentages
Sans réponses	10	20,4 %
Oui	0	0 %
Non	36	73,5 %
Une partie des professionnels	3	6,1 %

Population: 49

## 18) L'action de la PMI s'intègre-t-elle dans le Programme régional de santé piloté par l'ARS ?

7) L'action de la PMI s'intègre-t-elle dans le Programme régional de santé piloté par l'ARS ?



*Données*

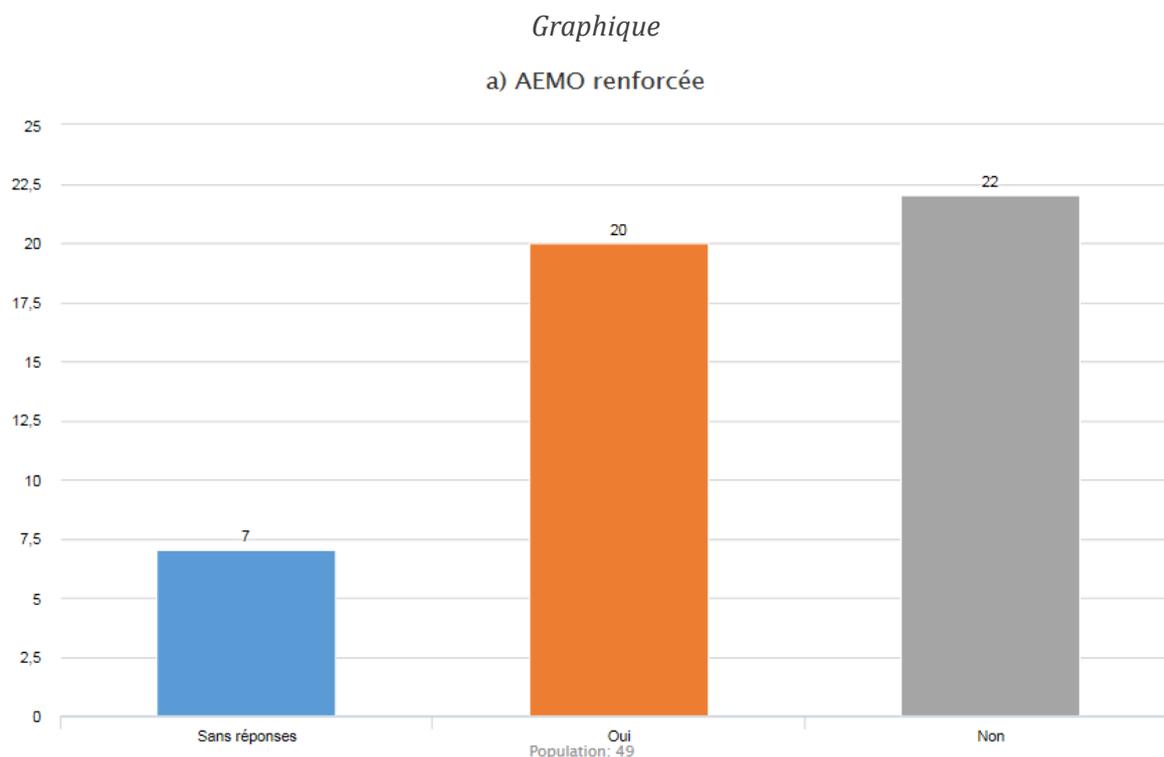
Libellés	Nombre de réponses	Pourcentages
Sans réponses	13	26,5 %
Oui	24	49 %
Non	12	24,5 %

Population: 49

### 3 LES MESURES D' ACTIONS EDUCATIVES ET INTERVENTIONS A DOMICILE

#### 19) Outre l'AED et l'AEMO, existe-t-il d'autres mesures ?

##### a) AEMO renforcée



##### Données

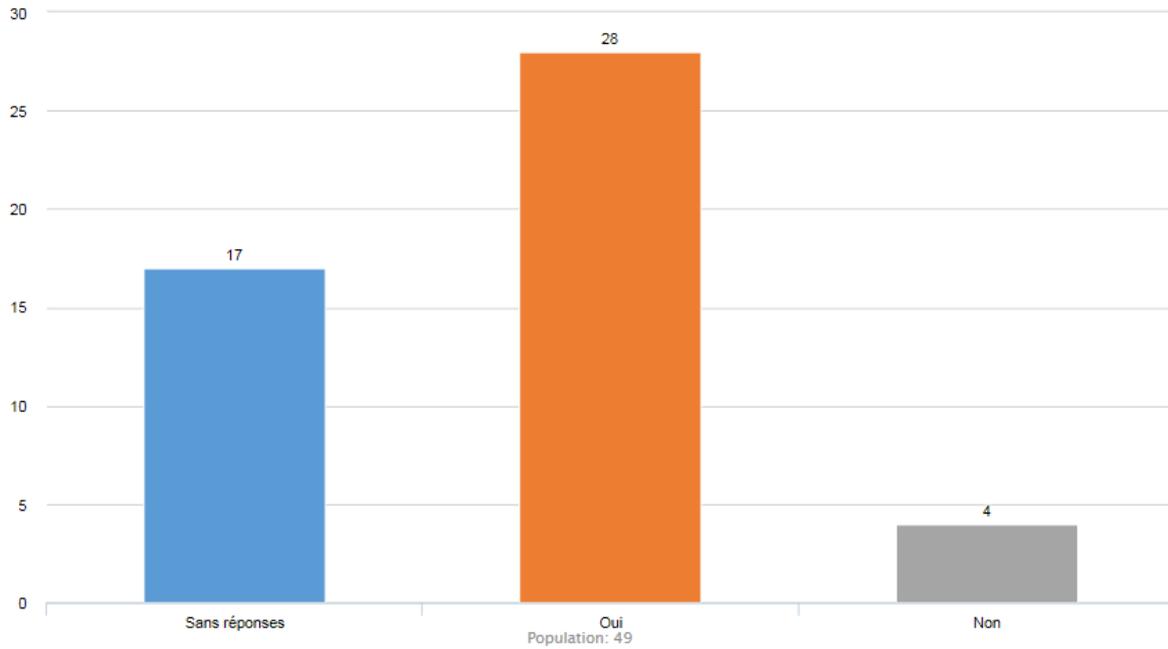
Libellés	Nombre de réponses	Pourcentages
Sans réponses	7	14,3 %
Oui	20	40,8 %
Non	22	44,9 %

Population: 49

b) Autres

Graphique

b) Autres



Données

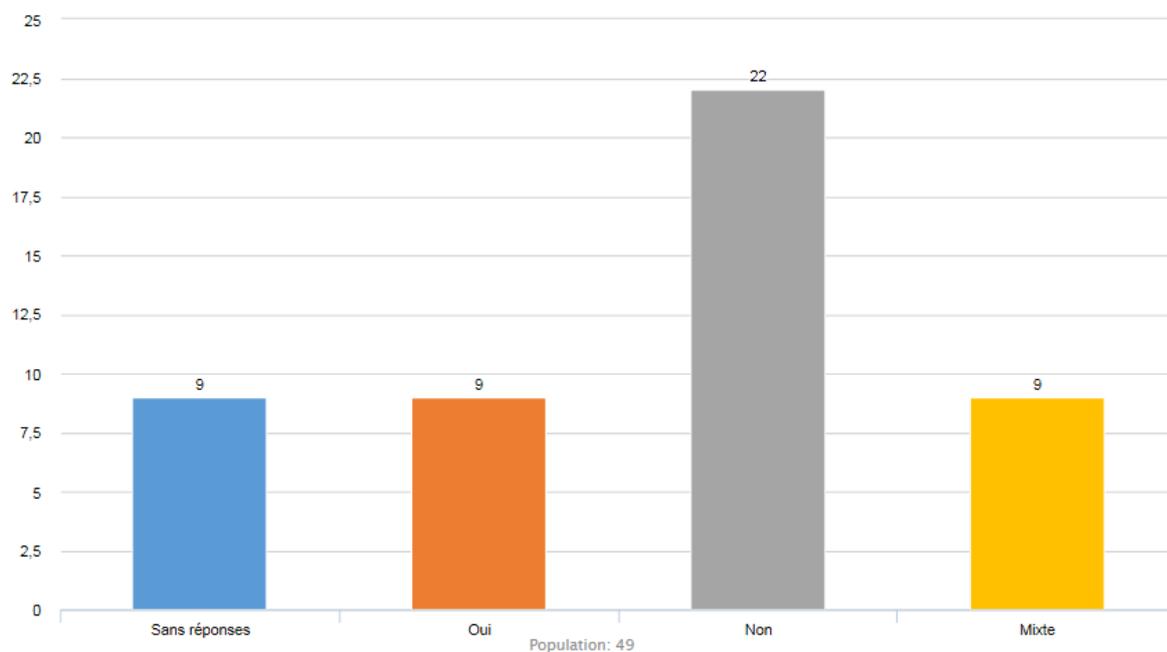
Libellés	Nombre de réponses	Pourcentages
Sans réponses	17	34,7 %
Oui	28	57,1 %
Non	4	8,2 %

Population: 49

## 20) L'AED est-elle externalisée ?

Graphique

2) L'AED est-elle externalisée ?



Données

Libellés	Nombre de réponses	Pourcentages
Sans réponses	9	18,4 %
Oui	9	18,4 %
Non	22	44,9 %
Mixte	9	18,4 %

Population: 49

## 21) Y a-t-il un référentiel de mise en œuvre :

### a) pour l'AED ?

Données

Libellés	Nombre de réponses	Pourcentages
Sans réponses	8	16,3 %
Oui	29	59,2 %
Non	12	24,5 %

Population: 49

b) pour l'AEMO ?

*Données*

Libellés	Nombre de réponses	Pourcentages
Sans réponses	8	16,3 %
Oui	26	53,1 %
Non	15	30,6 %

Population: 49

c) pour les TISF ?

*Données*

Libellés	Nombre de réponses	Pourcentages
Sans réponses	6	12,2 %
Oui	26	53,1 %
Non	17	34,7 %

Population: 49

**22) Les délais de mise en œuvre moyens des mesures sont-ils**

a) Pour l'AED ?

*Données*

Libellés	Nombre de réponses	Pourcentages
Sans réponses	9	18,4 %
Inférieurs à trois mois	21	42,9 %
Entre 3 et 6 mois	14	28,6 %
Plus de 6 mois	3	6,1 %
Ne sait pas	2	4,1 %

Population: 49

b) Pour l'AEMO ?

*Données*

Libellés	Nombre de réponses	Pourcentages
Sans réponses	10	20,4 %
Inférieurs à trois mois	24	49 %
Entre 3 et 6 mois	9	18,4 %
Plus de 6 mois	6	12,2 %
Ne sait pas	0	0 %

Population: 49

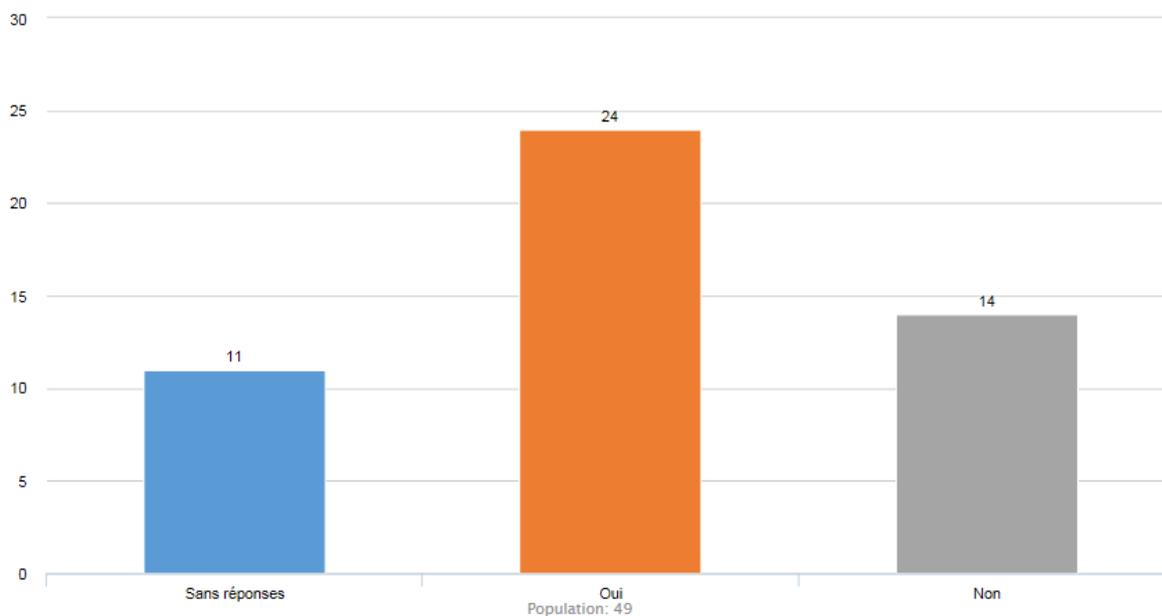
c) Le cas échéant, pour les mesures d'AED ou d'AEMO « renforcées » ?

Libellés	Nombre de réponses	Pourcentages
Sans réponses	31	63,3 %
Inférieurs à trois mois	9	18,4 %
Entre 3 et 6 mois	6	12,2 %
Plus de 6 mois	1	2 %
Ne sait pas	2	4,1 %

Population: 49

**23) En cas d'AEMO externalisée, les bilans en fin de mesure sont-ils systématiquement transmis par le ou les opérateurs des mesures au département ?**

6) En cas d'AEMO externalisée, les bilans en fin de mesure sont-ils systématiquement transmis par le ou les opérateurs des mesures au département ?



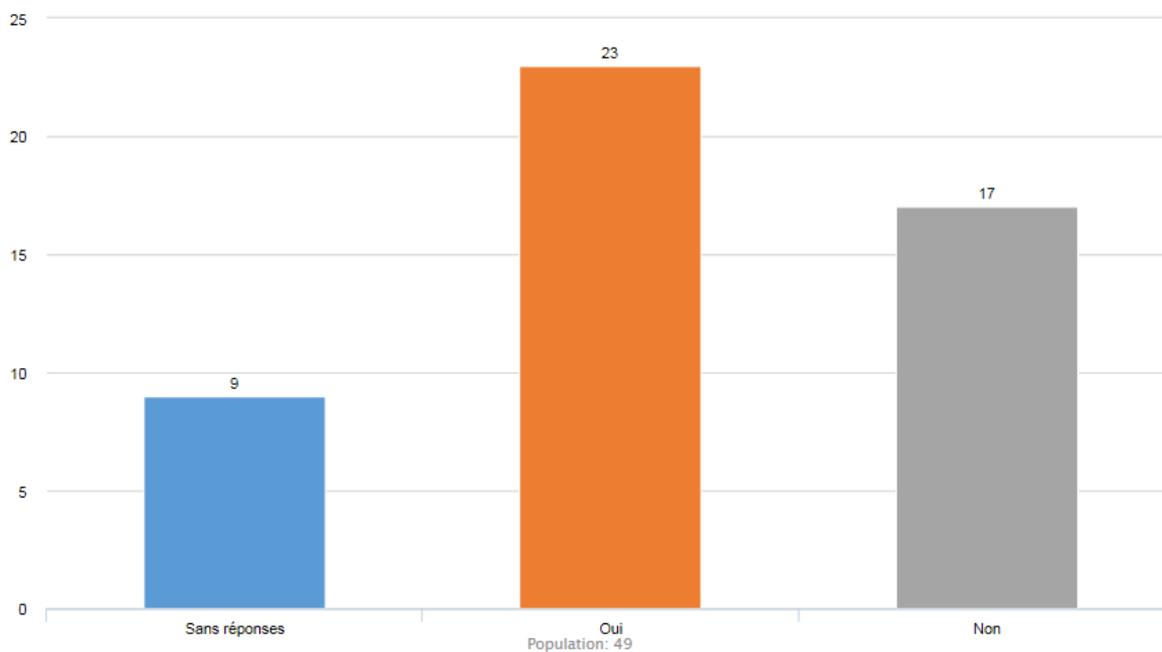
*Données*

Libellés	Nombre de réponses	Pourcentages
Sans réponses	11	22,4 %
Oui	24	49 %
Non	14	28,6 %

Population: 49

## 24) Y a-t-il un document précisant la stratégie en matière de prévention spécialisée ?

1) Y a-t-il un document précisant la stratégie en matière de prévention spécialisée ?



*Données*

Libellés	Nombre de réponses	Pourcentages
Sans réponses	9	18,4 %
Oui	23	46,9 %
Non	17	34,7 %

Population: 49

## 4 LA PREVENTION SPECIALISEE

### 25) Qui met en œuvre la prévention spécialisée

#### a) équipes du département

Données

Libellés	Nombre de réponses	Pourcentages
Sans réponses	16	32,7 %
Oui	5	10,2 %
Non	28	57,1 %

Population: 49

#### b) prestataires

Données

Libellés	Nombre de réponses	Pourcentages
Sans réponses	13	26,5 %
Oui	30	61,2 %
Non	6	12,2 %

Population: 49

#### c) villes

Données

Libellés	Nombre de réponses	Pourcentages
Sans réponses	23	46,9 %
Oui	9	18,4 %
Non	17	34,7 %

Population: 49

d) Métropole ou communauté d'agglomération

Données

Libellés	Nombre de réponses	Pourcentages
Sans réponses	26	53,1 %
Oui	2	4,1 %
Non	21	42,9 %

Population: 49

e) un mix selon les territoires

Données

Libellés	Nombre de réponses	Pourcentages
Sans réponses	27	55,1 %
Oui	6	12,2 %
Non	16	32,7 %

Population: 49

**26) Les éducateurs interviennent-ils :**

a) exclusivement dans la rue :

Données

Libellés	Nombre de réponses	Pourcentages
Sans réponses	16	32,7 %
Oui	8	16,3 %
Non	25	51 %

Population: 49

b) en tout ou partie dans des structures institutionnelles :

*Données*

Libellés	Nombre de réponses	Pourcentages
Sans réponses	17	34,7 %
Oui	19	38,8 %
Non	13	26,5 %

Population: 49

c) établissements scolaires :

*Données*

Libellés	Nombre de réponses	Pourcentages
Sans réponses	16	32,7 %
Oui	26	53,1 %
Non	7	14,3 %

Population: 49

d) centres sociaux :

*Données*

Libellés	Nombre de réponses	Pourcentages
Sans réponses	16	32,7 %
Oui	22	44,9 %
Non	11	22,4 %

Population: 49

e) associations de quartier :

*Données*

Libellés	Nombre de réponses	Pourcentages
Sans réponses	17	34,7 %
Oui	23	46,9 %
Non	9	18,4 %

Population: 49

**27) Les éducateurs interviennent-ils :**

a) en zone urbaine

*Données*

Libellés	Nombre de réponses	Pourcentages
Sans réponses	13	26,5 %
Oui	35	71,4 %
Non	1	2 %

Population: 49

c) en zone rurale

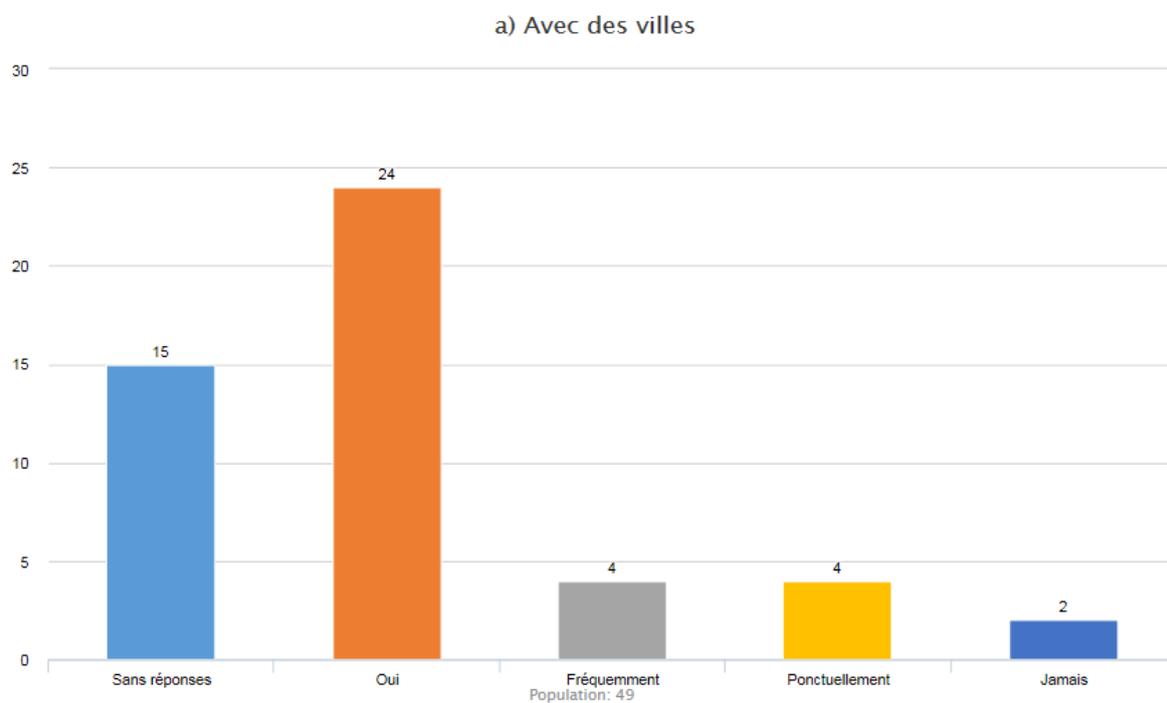
*Données*

Libellés	Nombre de réponses	Pourcentages
Sans réponses	17	34,7 %
Oui	16	32,7 %
Non	16	32,7 %

Population: 49

## 28) Y a-t-il des collaborations ?

### a) Avec des villes

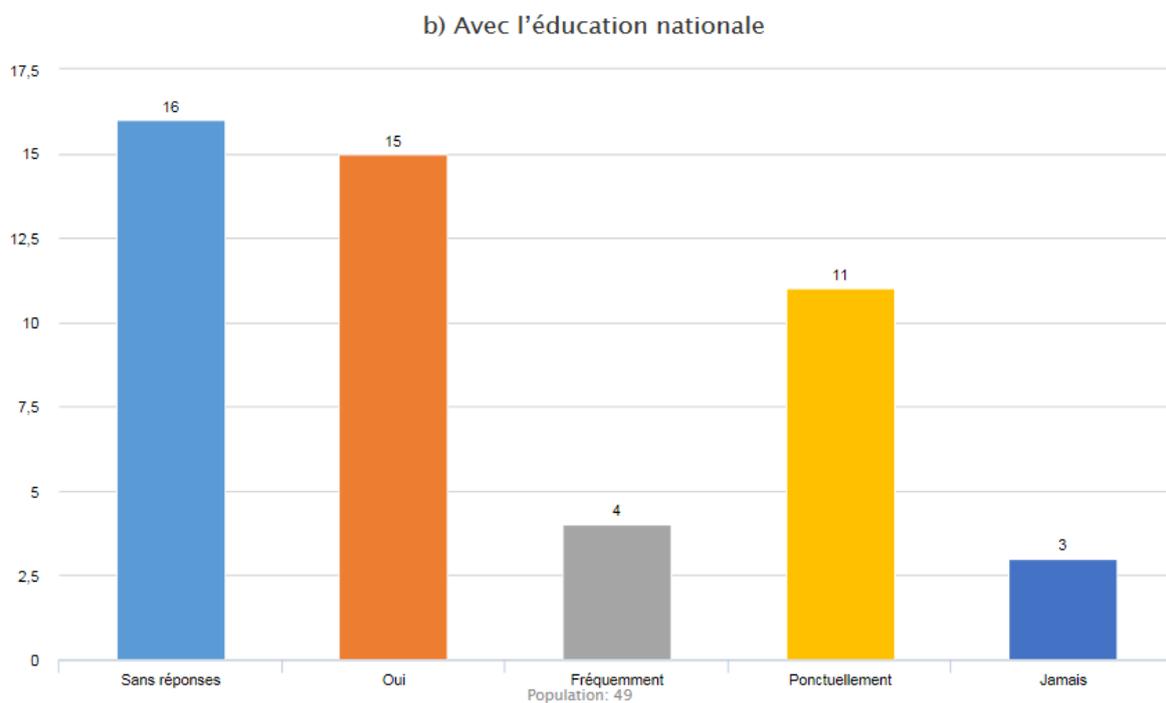


#### Données

Libellés	Nombre de réponses	Pourcentages
Sans réponses	15	30,6 %
Oui	24	49 %
Fréquentement	4	8,2 %
Ponctuellement	4	8,2 %
Jamais	2	4,1 %

Population: 49

b) Avec l'éducation nationale

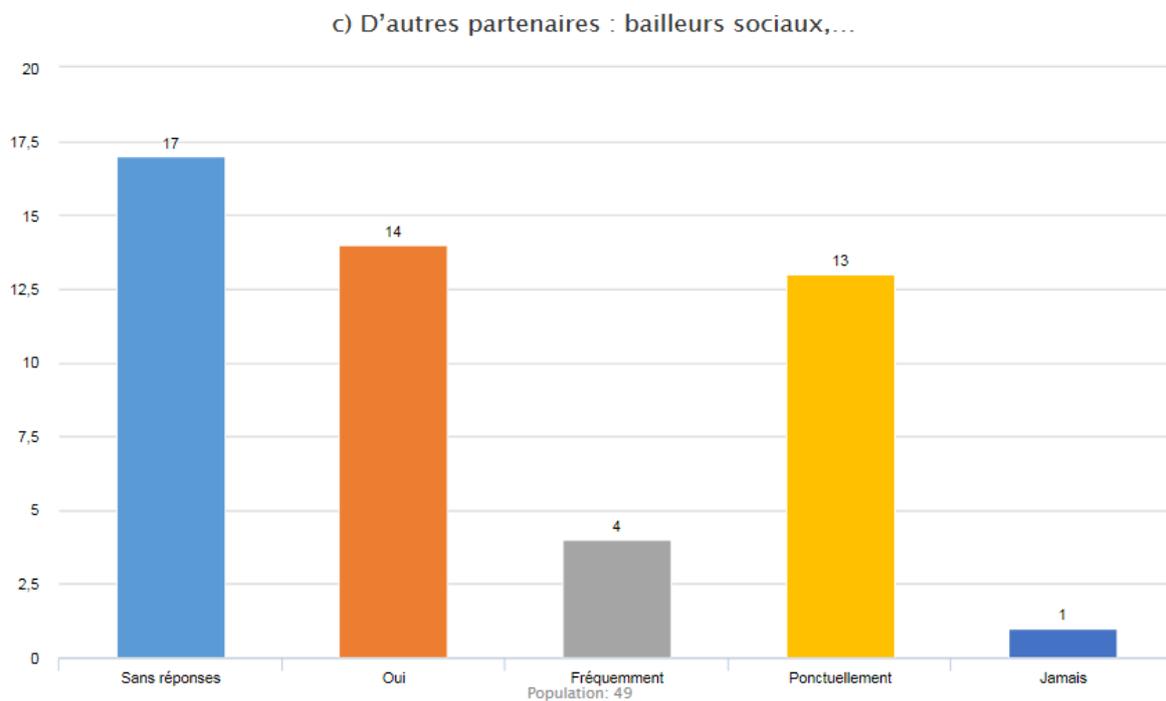


*Données*

Libellés	Nombre de réponses	Pourcentages
Sans réponses	16	32,7 %
Oui	15	30,6 %
Fréquentement	4	8,2 %
Ponctuellement	11	22,4 %
Jamais	3	6,1 %

Population: 49

c) D'autres partenaires : bailleurs sociaux, ...



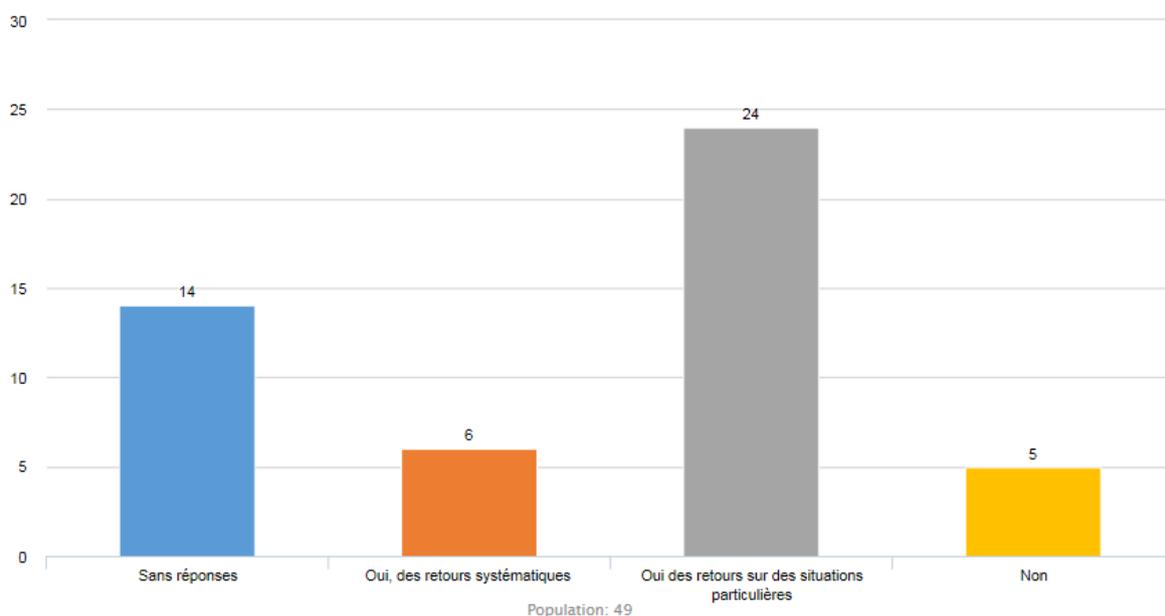
*Données*

Libellés	Nombre de réponses	Pourcentages
Sans réponses	17	34,7 %
Oui	14	28,6 %
Fréquentement	4	8,2 %
Ponctuellement	13	26,5 %
Jamais	1	2 %

Population: 49

## 29) Y a-t-il des retours d'information concernant les jeunes accompagnés en direction des services du département?

6) Y a-t-il des retours d'information concernant les jeunes accompagnés en direction des services du département?



*Données*

Libellés	Nombre de réponses	Pourcentages
Sans réponses	14	28,6 %
Oui, des retours systématiques	6	12,2 %
Oui des retours sur des situations particulières	24	49 %
Non	5	10,2 %

Population: 49

## 5 LES INFORMATIONS PREOCCUPANTES

**30) Quels types de personnel a fait l'objet d'une formation organisée par le conseil départemental visant à repérer les situations nécessitant une IP ?**

a) personnels des maternités

*Données*

Libellés	Nombre de réponses	Pourcentages
Sans réponses	12	24,5 %
Oui	16	32,7 %
Non	21	42,9 %

Population: 49

b) en zone périurbaine

*Données*

Libellés	Nombre de réponses	Pourcentages
Sans réponses	14	28,6 %
Oui	25	51 %
Non	10	20,4 %

Population: 49

b) personnels des crèches

*Données*

Libellés	Nombre de réponses	Pourcentages
Sans réponses	11	22,4 %
Oui	17	34,7 %
Non	21	42,9 %

Population: 49

c) Personnels des accueils de loisirs sans hébergement

*Données*

Libellés	Nombre de réponses	Pourcentages
Sans réponses	10	20,4 %
Oui	15	30,6 %
Non	24	49 %

Population: 49

d) assistantes maternelles

*Données*

Libellés	Nombre de réponses	Pourcentages
Sans réponses	11	22,4 %
Oui	15	30,6 %
Non	23	46,9 %

Population: 49

e) PMI

*Données*

Libellés	Nombre de réponses	Pourcentages
Sans réponses	7	14,3 %
Oui	40	81,6 %
Non	2	4,1 %

Population: 49

f) travailleurs sociaux de secteur

*Données*

Libellés	Nombre de réponses	Pourcentages
Sans réponses	10	20,4 %
Oui	35	71,4 %
Non	4	8,2 %

Population: 49

g) personnels des LAEP

Données

Libellés	Nombre de réponses	Pourcentages
Sans réponses	13	26,5 %
Oui	8	16,3 %
Non	28	57,1 %

Population: 49

h) personnels des associations en charge des AED /AEMO/TISF

Données

Libellés	Nombre de réponses	Pourcentages
Sans réponses	11	22,4 %
Oui	25	51 %
Non	13	26,5 %

Population: 49

i) personnels des associations en charge de la médiation familiales et espaces rencontre

Données

Libellés	Nombre de réponses	Pourcentages
Sans réponses	15	30,6 %
Oui	9	18,4 %
Non	25	51 %

Population: 49

j) personnels de l'éducation nationale

Données

Libellés	Nombre de réponses	Pourcentages
Sans réponses	11	22,4 %
Oui	28	57,1 %
Non	10	20,4 %

Population: 49