



Master 2
Pilotage des politiques et actions en
santé publique

Promotion : **2015-2016**

La promotion du bien-être de l'enfant :
le rôle du milieu scolaire dans la
prévention de la maltraitance infantile
en Val-de-Marne.

Laure-Hélène RANDON
Septembre 2016

Remerciements

La réalisation de ce travail a été possible grâce à plusieurs personnes à qui je souhaite témoigner ma reconnaissance.

En premier lieu, Mesdames Agnès DUCROS et Jeanine POMMIER, mes tutrices de stages et référentes pédagogiques, pour leurs conseils, leur bienveillance, leur soutien et le temps qu'elles m'ont consacré tout au long de ma démarche pour ce stage.

Je tiens aussi à remercier Monsieur CAMPEON, responsable du master 2 PPASP, pour ses conseils, sa disponibilité, sa bienveillance, son soutien, et le temps qu'il m'a consacré tout au long de ces deux années.

Ensuite l'ensemble des professeurs de l'EHESP, pour leurs apports pédagogiques de ces deux années, et l'année précédente, qui m'ont été très utiles au cours de ce stage.

Je remercie également l'ensemble des conseillers techniques de la Direction des Services Départementaux de l'Education Nationale du Val-de-Marne pour leur accueil chaleureux, leur disponibilité, leur gentillesse, leur participation et leur apport lors de la conduite de cette étude.

Enfin, je remercie tous les acteurs institutionnels, ainsi que les experts pour leur disponibilité, et pour avoir accepté de me rencontrer, et de participer à cette étude.

Sommaire

Introduction.....	3
1 La Politique Publique de Protection de l'Enfance.....	7
1.1 Evolution de l'intérêt porté à l'enfant.....	7
1.1.1 L'émergence de la Protection de l'Enfance.....	7
1.1.2 Le paradigme de l'enfant sujet.....	8
1.2 Protection de l'Enfance au cœur de la V ^{ème} République.....	9
1.2.1 La construction du problème au sein du champ de la Santé Publique	9
1.2.2 Le poids des affaire médiatiques	10
1.2.3 Les conséquences de la Loi de 2007.....	11
1.2.4 La Protection de l'Enfance de nouveau à l'agenda politique	12
1.3 Focus sur l'Education Nationale et le service de santé scolaire	14
1.3.1 Les différents rattachements ministériel du service de santé scolaire	14
1.3.2 L'Education Nationale Ministère du Service de Santé Scolaire	15
1.3.3 La santé scolaire...le parent pauvre de la Protection de l'Enfance.....	17
1.4 L'organisation actuelle de la « boucle institutionnelle » de Protection de l'Enfance	18
1.4.1 Les institutions.....	19
1.4.2 Les liens institutionnels.....	23
1.4.3 Les acteurs de la santé scolaire.....	24
2 Appropriation de la Politique Publique de Protection de l'Enfance sur le Val-de-Marne	26
2.1 Un département prospère	26
2.2 La maltraitance infantile, réalité sur ce territoire	28
2.2.1 La CRIP, partenaire important de l'Education Nationale	28
2.2.2 L'Education Nationale.....	31
2.3 La « boucle institutionnelle » de Protection de l'Enfance sur le département	33

Laure-Hélène RANDON -

2.3.1	Le partenariat très ancré des instances de Protection de l'Enfance en Val-de-Marne	34
2.3.2	La fluidité interinstitutionnelle dans la lutte contre la maltraitance infantile...	38
2.3.3	...Rattrapée par la réalité de terrain	40
2.4	Le milieu scolaire au cœur de la lutte contre la maltraitance infantile	43
2.4.1	L'école a-t-elle un rôle dans la « boucle institutionnelle » ?	43
2.4.2	Quel est le rôle de l'Ecole dans la prévention de la maltraitance infantile ?	45
2.4.3	La Maltraitance Infantile est-elle un problème de Santé Publique ?.....	51
3	Leviers d'actions et préconisations.....	56
3.1	Existe-t-il une collaboration au sein de l'Education Nationale ?	56
3.2	Les leviers d'actions repérés sur le département.....	59
3.2.1	L'élaboration de politiques pour la santé	59
3.2.2	Création d'environnements favorables	66
3.2.3	Renforcement de l'action communautaire	67
3.2.4	Acquisition d'aptitudes individuelles	68
3.2.5	Réorientation des services de santé.....	68
3.3	Préconisations :.....	69
3.3.1	Préconisation générale.....	69
3.3.2	Préconisations plus spécifiques au Val-de-Marne	71
	Conclusion	73
	Bibliographie	74
	Liens internet.....	79
	Liste des annexes	I
	NOTE D'OBSERVATION	II
	ANNEXE I : GLOSSAIRE	VIII
	ANNEXE II : SCHEMAS ET TABLEAUX.....	XIX
	ANNEXE III : LISTE DES ENTRETIENS CONDUITS.....	XXVIII
	ANNEXE IV : GRILLES D'ENTRETIEN.....	XXIX
	Pour terminer selon vous, que faudrait-il pour améliorer la prise en compte de la protection de l'enfance, en particulier en milieu.....	XXXIV

ANNEXE V : LISTE DES TEXTES JURIDIQUES RELATIFS A LA PROTECTION DE L'ENFANCE.....	XXXV
Ordonnances :	XXXV
Lois :	XXXV
Arrêté, circulaires et décrets :	XXXV
Codes :	XXXVIII
ANNEXE VI : VEILLE JURIDIQUE.....	XXXIX
ANNEXE VII : PRESENTATION DU SYSTEME DE PROTECTION DE L'ENFANCE DANS L'ETAT DE NEW-YORK	L
Présentation de la ville de New-York	L
La législation américaine	LIV
Le milieu scolaire et ses responsabilités	LVIII
La santé scolaire.....	LXVII
Pour conclure.....	LXVIII
ANNEXE VIII : POSTER DE PRESENTATION DU PROJET POUR L'ISPCAN.....	LXXI

Liste des sigles utilisés

ACS : Services Administratifs pour Enfants
AEMO : Assistance Educative en Milieu Ouvert
AS : Assistante Social
ASE : Aide Sociale à l'Enfance
BFSC : Centre de soutien des écoles
CASF : Code de l'Action Sociale et des Familles
CIDE : Convention Internationale des Droits de l'Enfant
CNAPE : Fédération des associations de Protection e l'Enfant
CPE : Conseiller Principal d'Education
CPS : services de la protection de l'enfance
CRIP : Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes
DASEN : Directeur Académique des Services de l'Education Nationale
DGESCO : Direction Générale de l'Enseignement SCOLAire
DOE : Département de l'Education
DSDEN : Direction des Services Départementaux de l'Education Nationale
EHESP : Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique
EIN : Inspecteur de l'Education Nationale
GIP : Groupement d'Intérêt Public
IP : Information Préoccupante
MEN : Médecin de l'Education Nationale
ODAS : Observatoire Nationale de l'Action Sociale/ Observatoire de l'Action Sociale Décentralisée
ODPE : Observatoire Départemental de Protection de l'Enfance
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
ONED : Observatoire National de l'Enfance en Danger
ONPE : Observatoire National de Protection de l'Enfance
ONU : Organisation des Nations-Unies
PMI : Protection Maternelle et Infantile
PVS : Proviseur de Vie Scolaire
REP + : Réseau d'Education Prioritaire
SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente
SCR : Centre des Registres d'Etat
SNATEM : Service National d'Accueil Téléphonique pour l'Enfance Maltraitée
UMJ : Unité Medico-Judiciaire

Laure-Hélène RANDON -

Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - Sciences Po Rennes – 2015-2016

Introduction

Subvenir à ses besoins est une nécessité. Les besoins élémentaires ou physiologiques¹ sont indispensables à la survie de l'enfant : se loger, respirer, manger, se protéger du froid et de la chaleur, ou encore se défendre contre les agressions² (Bonin, 2009). C'est-à-dire que toute nuisance au sentiment de sécurité et de stabilité va être néfaste pour une personne. En licence de soins infirmiers les quatorze besoins de Virginia Henderson sont enseignés. Ils comprennent dans l'ordre : respirer, boire et manger, éliminer, se mouvoir et maintenir une bonne posture, dormir et se restaurer, se vêtir et se dévêtir, maintenir sa température, être propre et protéger ses téguments, éviter les dangers, communiquer, agir selon ses croyances et ses valeurs, s'occuper en vue de se réaliser, besoin de se récréer et de se divertir, et enfin apprendre. L'approche des soins prend en compte la personne soignée dans son milieu de vie. Se préoccuper de sa santé, c'est donc réaliser et répondre à ces quatorze besoins fondamentaux. Il existe par ailleurs la pyramide de Maslow établie en 1940, qui représente les différents besoins de l'Homme. Les besoins physiologiques sont en fait universels, et primordiaux pour vivre. Une fois que chaque homme y a répondu, il se préoccupe ensuite de son besoin de sécurité puis ainsi de suite. Finalement, les besoins physiologiques permettent d'avoir une bonne santé physique, tandis que la santé psychique et morale est plutôt concernée par les autres items de cette pyramide. Il apparaît donc que pour considérer sa santé dans sa globalité, il est nécessaire de répondre à tous ces besoins. Ces approches font échos à la définition de la santé établie par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), à savoir « la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». Effectivement pour qu'un enfant, puisse jouir de sa pleine santé il est primordial, qu'il puisse remplir ses besoins fondamentaux nécessaires à son développement. Pour Madame O'NYMES, experte travaillant au sein de la CNAPE³, le respect de ceux-ci doit être au cœur de toute Politique Publique de Protection de l'Enfance. « *Parce que pour le protéger il faut qu'on s'identifie à lui, à ses besoins à lui* » complète Madame CREOFF, Directrice Générale adjointe au Pôle Enfance et Famille au Conseil Départemental du Val-de-Marne. Effectivement, la Protection de l'Enfance est à la fois une protection juridique mais aussi de soins spéciaux apportés au mineur (Haut-Commissariat des Nations Unies, 1989). En effet, en raison de son manque de maturité physique et intellectuelle, l'enfant possède ce droit, avant comme après la naissance (Ministère de l'Education Nationale, de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche, 2015). En France,

¹ Besoins primaires.

² Quelques besoins primaires sont satisfaits par la nature, notamment celui de respirer, mais la majorité d'entre eux ne le sont pas et nécessitent la production de biens par l'homme.

³ Fédération des associations de protection de l'enfant.

Laure-Hélène RANDON -

au-delà des enfants maltraités, la protection de l'enfance concerne aussi les mineurs en danger ou en risque de l'être (Ministère de l'Éducation Nationale, de l'enseignement supérieur et de la Recherche, 2014). Ainsi, si l'on s'en tient aux définitions de l'Observatoire National de l'Action Sociale, on peut distinguer trois notions différentes dans la protection de l'enfance (Tursz et al., 2013). La notion d'enfant à risque qui comprend tout enfant connaissant des conditions d'existence qui mettent en danger sa santé, sa sécurité, sa moralité, son éducation ou son entretien, sans pour autant être maltraité. Celle d'enfant maltraité qui implique tout enfant victime de violences physiques, d'abus sexuels, de violences psychologiques ou de négligences lourdes ayant des conséquences graves sur son développement physique et psychologique. Et enfin les enfants en danger, catégorie regroupant les deux précédentes. Cette notion est juridique, car elle met en jeu la compétence du juge des enfants (Sibertin-Blanc et Vidailhet, 2008). Cette définition se centre effectivement sur la nécessité du respect des besoins fondamentaux de l'enfant. Par ailleurs, Pour Anne TURSZ, pédiatre et épidémiologiste en maltraitance infantile, la maltraitance infantile est le fait de ne pas « *respecter les besoins fondamentaux des enfants* ». Par conséquent on considère que les mauvais traitements sont un frein au maintien en bonne santé, de ce fait, cela devrait être placé au cœur des priorités de l'action publique. Cependant, « *il y a quand même 10 fois, comme le disait Daniel⁴ il y a dix fois plus d'enfants maltraités que d'enfants autistes et pourtant l'autisme c'est quelque chose qui déchaîne les passions, il y a des centres de dépistage partout, bon, l'enfance maltraitée il y en a quand même dix fois plus et ça n'intéresse personne* » martèle Céline RAPHAËL. Ce phénomène est d'autant plus questionnant que certains professionnels travaillent auprès d'enfants au quotidien, témoins des drames qu'ils peuvent traverser. C'est pourquoi cette étude comparative a été mise en place. Ce projet est à visée nationale d'une part entre les deux départements de la Seine-Saint-Denis et du Val-de-Marne, et à visée internationale d'autre part avec la ville de New-York. Cela permet alors, une problématisation et une analyse à différents niveaux. Elle a pour objectif une approche de Santé Publique pour le bien-être de l'enfant, en réfléchissant au rôle de l'école dans la Protection de l'Enfance maltraitée. Ce programme dont la durée est de trois ans est porté par l'université de Columbia aux Etats-Unis, et l'Ecole des Hautes Etudes de Santé Publique (EHESP) en France. Sont porteuses du projet, les docteurs DUCROS et POMMIER médecins, et enseignantes chercheuses à l'EHESP pour la France et les docteurs BROWN et VOLEL enseignantes à l'Université de Columbia. Ainsi, la réflexion porte sur le dépistage de la maltraitance infantile en milieu scolaire. Ma collègue de promotion, Juliette BLANLEUIL, a conduit ce projet sur la Seine-Saint-Denis, pendant que je travaillais sur le Val-de-Marne.

⁴ Daniel ROUSSEAU, médecin.

Les objectifs de ce travail consistaient tout d'abord en l'exploration de la Politique Publique de Protection de l'Enfance en France, en y intégrant une analyse particulière de la place du système scolaire dans la problématique, des acteurs concernés et notamment des médecins de l'Education Nationale, et de leur formation. A ce titre, il est nécessaire d'identifier le point de vue d'acteurs de diverses institutions intervenant dans la Protection de l'Enfance sur leur travail et leurs attentes avec le milieu scolaire, par rapport à cette Politique Publique à tous les niveaux de prévention. Le deuxième objectif consistait à identifier les différentes définitions existantes pour réaliser un glossaire des termes clés mobilisés dans l'étude, dont certains apparaissent au cours de ce développement. Pour proposer une analyse concrète des Politiques Publiques mises en places au regard de la protection infantile en milieu scolaire, il était ensuite indispensable d'interroger des informateurs clés à ce sujet. Enfin, dans un troisième temps, il faudra reconsidérer la fonction de l'école sur ces questions et proposer des améliorations pour le bien-être de l'enfant en milieu scolaire, en particulier pour la formation des professionnels.

Afin de répondre à ces objectifs, la méthodologie suivie était très précise. Il s'agissait tout d'abord d'identifier les textes de lois pertinents au regard du sujet de l'étude⁵, et de faire une recherche bibliographique sur cette thématique récoltée dans un tableau. Pour compléter ces lectures, des entretiens avec des experts ont été programmés (Annexes IV), permettant ainsi de compléter l'analyse des politiques publiques effectuées grâce à la revue de littérature. Ces éléments ont aussi permis l'élaboration du glossaire des définitions clés de ce projet (Annexe II). Par ailleurs, afin d'analyser la formation des Médecins de l'Education Nationale, avec ma partenaire d'étude nous avons participé à leur semaine de formation relative à la protection de l'enfance.

Enfin, afin de pouvoir identifier le point de vue des différents acteurs institutionnels, des entretiens ont été menés dans chaque département, permettant ainsi de compléter l'analyse de la Politique Publique de Protection de l'Enfance. Ainsi, j'ai mené neuf entretiens sur le Val-de-Marne, puis huit autres avec mon binôme, auprès d'experts de cette Politique Publique. Le Procureur de la République du Val-de-Marne n'a malheureusement pas répondu aux sollicitations effectuées pour le rencontrer. Les grilles d'entretiens (Annexe III), suivaient la même organisation. Les différents acteurs ou experts entretenus exprimant clairement leur refus catégorique d'être cité, ont vu leur anonymat respecté tout au long de ce travail.

⁵ La liste des textes législatifs et réglementaires (Annexe V), ainsi que la veille juridique (Annexe VI) se trouvent en Annexes.

Une rencontre entre les étudiants de l'Université de Columbia et de l'EHESP s'est déroulée en avril afin de pouvoir s'entendre sur la méthodologie et les objectifs de l'étude. Une autre au mois de juin avait deux objectifs de plus : un premier retour d'expérience sur Val-de-Marne et l'élaboration d'un poster (Annexe VIII) pour l'« International Congress for the Prevention of Child Abuse and Neglect » qui a eu lieu à Calgary du 28 au 31 Août 2016, et pour lequel Mesdames BROWN, DUCROS, POMMIER et VOLEL avaient déposé une proposition de communication qui a été retenue.

La problématique de l'étude, après avoir évolué, s'est matérialisée en mai dernier, pour s'intituler « une approche de Santé Publique pour le bien-être de l'enfant : le rôle de l'Ecole dans la Protection de l'Enfance maltraitée ».

A cette fin, je me suis d'abord intéressée à la Politique Publique de la Protection de l'Enfance, et la place accordée à l'Ecole au sein de cette boucle institutionnelle. Dans cette optique j'ai mis en évidence le poids du passé sur les organisations actuelles. J'ai ensuite approfondi ce questionnement sur le département du Val-de-Marne, en cherchant à connaître la réalité de la maltraitance infantile sur ce territoire, puis en analysant la réalité de ces instances. Après une attention particulière portée au rôle du milieu scolaire dans la promotion de la santé auprès des enfants, j'ai interrogé la place de la prévention du bien-être de l'enfant, ayant pour conséquence la lutte contre la maltraitance infantile. Enfin, cette démarche permet de tirer des leçons, et des conclusions quant aux préconisations à suivre pour envisager de renforcer le système de Protection de l'Enfance tant sur le Val-de-Marne, qu'en France.

1 La Politique Publique de Protection de l'Enfance

Depuis l'Antiquité, l'enfant dépend du pouvoir du *pater familias*. Le père de famille exerce sa *patria potestas*, qui est sa puissance paternelle⁶ (Université de Fribourg, 2016). De son côté, l'Eglise cadre la société civile à travers le mariage, et le *pater familias* est constitutif de l'ordre social monarchique dès le XVIème siècle (Burguière, 2001). Le père de famille renvoyait alors l'image du roi, père de ses sujets, qui exerçait ainsi un pouvoir absolu au sein de la famille légitime. Tout au long de l'Histoire, le statut de l'enfant sera fortement lié à l'évolution de la société ainsi que la conception que celle-ci aura de la notion de famille

1.1 Evolution de l'intérêt porté à l'enfant

1.1.1 L'émergence de la Protection de l'Enfance

Au siècle des Lumières, le statut de l'enfant va évoluer, il devient un objet de droit au nom de la défense de la patrie, de la progression de l'esprit humain, de la liberté et de l'égalité (Hamlaoui, 2010). En effet, son éducation est un gage pour la construction de cette nouvelle société, on entre dans un nouveau paradigme. Le père est désormais vu comme le protecteur et le garant de la moralité de sa famille. Les parents doivent veiller au bonheur, au bien-être de leurs enfants, ils exercent alors une tutelle et montrent qu'ils adhèrent aux valeurs de la République (Lemonnier-Lesage, 2015). Cependant, la poursuite de l'un des parents qui pourrait se montrer négligent ou maltraitant n'est pas légiférée jusqu'alors. La négligence est aujourd'hui considérée comme une forme de maltraitance⁷ comme les carences de soins, les maltraitances psychologiques, les abus ou sévices sexuels (Sibertin-Blanc D. et Vidailhet D., 2008). Ainsi les négligences, tels que les défauts d'éducation étaient regardés comme signes de mauvais traitements. Mais, l'élaboration du Code Civil n'augure pas de nouvelles avancées. La puissance paternelle revient au premier plan des préoccupations (Lemonnier-Lesage, 2015). Ce retour à la *patria potestas* renvoie le statut de l'enfant au cercle domestique. Il faut attendre le Code pénal de 1810 pour que la justice fasse apparaître la notion d'infanticide et leurs conséquences pénales sur les auteurs. Jusqu'ici la mise en danger de l'enfant était rattachée aux situations d'incitation à la débauche, de corruption de l'enfant et d'attentat à sa pudeur (Geoffroy-Poisson, 2005). Parallèlement, les enfants trouvés ou abandonnés qui étaient jusqu'alors confiés aux hospices religieux, vont se retrouver à la charge des pouvoirs publics, au titre d'un devoir d'assistance envers les individus nécessiteux (Becquemin et Chauvière, 2013). Cette

⁶ Ce n'est qu'à la mort de son père qu'un fils accède à la *patria potestas*, acquérant ainsi une personnalité civile autonome.

⁷ Les négligences lourdes ou carences de soins : c'est lorsque l'adulte en charge de l'enfant néglige ses besoins fondamentaux : nourriture, habillement, hygiène, soins médicaux.

Laure-Hélène RANDON -

préoccupation de la jeunesse ne cesse de s'accroître, et ce phénomène est renforcé par différents phénomènes tels que les progrès en pédiatrie et l'émergence des Sciences Sociales.

1.1.2 Le paradigme de l'enfant sujet

Le début de la Troisième République va permettre la construction des enfants en tant que sujets à part entière. Après huit ans de débats parlementaires, la notion d'intérêt de l'enfant apparaît avec la Loi du 7 décembre 1874 (Becquemin et Chauvière, 2013). Est enfin introduit le concept de l'enfant maltraité ou moralement abandonné. De ce fait, on assiste à la première initiative républicaine de Protection de l'Enfance : l'Etat et le département vont se partager le financement de l'amélioration du service des enfants.

Le 24 Juillet 1889 (Gouvernement français, 2016), Théophile ROUSSEL⁸ conduit une nouvelle Loi portant sur la déchéance de la puissance paternelle⁹. Elle peut désormais être actée si le juge estime que des parents agissent avec indignité, incitent leurs enfants à la débauche, ou à boire, s'il y a un défaut de soin, de sécurité ou de moralité (Becquemin et Chauvière, 2013). Ce sont les mots clefs de la définition actuelle de maltraitance. Ainsi, on reconnaît que la correction paternelle peut être qualifiée de mauvais traitement, et l'implication d'un tiers pour juger cet acte fait enfin passer cette attitude paternelle dans la sphère publique (Fassin, 2008). Puis, le 19 Avril 1898, le Sénat et la Chambre des Députés adoptent la Loi sur la répression des violences, voies de faits, actes de cruauté et attentats commis envers les enfants (Criminocorpus, 2010). Selon Ivan JABLONKA, historien, pour la première fois on va mettre en relation l'enfant victime et l'enfant coupable, et reconnaître que ce dernier est peut-être d'abord un enfant victime de ses parents ou de la société¹⁰ (France Inter, 2013). Malheureusement, les juges ne s'investissent pas de ces champs juridiques ne souhaitant pas discréditer l'institution familiale. Le système de Protection de l'Enfance se met en place lentement autour d'une double articulation. D'un côté entre la judiciarisation pénal et civile, de l'autre le système judiciaire et le système administratif, c'est-à-dire l'Assistance Publique. Enfin, la loi du 15 novembre 1921 vient compléter la loi du 24 juillet 1889 sur la protection des enfants maltraités ou moralement abandonnés, et donc sur le statut du rôle paternel. Les familles populaires ne sont plus considérées comme indignes mais plutôt comme déficientes dans leur rôle éducatif, ce qui permet de faire progresser le concept d'enfant en danger moral (Becquemin et Chauvière, 2013).

⁸ Député à l'Assemblée Nationale, Sénateur de la Troisième République.

⁹ Il faudra attendre 1935 pour que la correction paternelle soit supprimée.

¹⁰ Cette loi est votée sans débat à la chambre des députés, ce qui montre combien les pouvoirs publics estimaient et jugeaient cette loi comme étant nécessaire et évidente. Cette loi était une révolution dans le droit, non seulement elle protégeait les enfants, mais elle permettait de punir les coupables, d'autant plus s'il s'agissait des parents, et de plus, elle offrait de nouvelles mesures, l'enfant pouvait être confié à un tiers, à une assistance charitable ou à l'assistance publique.

1.2 Protection de l'Enfance au cœur de la V^{ème} République.

1.2.1 La construction du problème au sein du champ de la Santé Publique

L'Ordonnance de 1958 relative à l'enfance et l'adolescence en danger, va permettre de définir précisément le rôle, les missions et les conditions de saisine du Juge pour Enfant (Vie Publique, 2014). Parallèlement cette Constitution instaure le principe de décentralisation. Les Décrets de 1959 vont introduire la notion d'« enfance en danger »¹¹. Cette modification de la vision des mauvais traitements est un tournant dans la considération apportée à la maltraitance infantile. De plus, les événements de Mai 1968 appellent à une évolution, il y a un rejet complet de la puissance paternelle. Ainsi, le 4 Juin 1970, la loi instaure l'autorité parentale, remplaçant la puissance paternelle (Gouvernement français, 2016). Depuis les années 1970, sous l'impulsion du pédiatre Pierre STRAUS la question de l'enfance maltraitée revient sur le devant de la scène (Aiguesvives *et al.*, 2016). Ce médecin, et ses collègues, vont s'intéresser aux maltraitances que subissent les enfants. Ils vont ainsi identifier les symptômes de la maltraitance infantile. Une nouvelle association va voir le jour en 1979, l'Association d'Informations et de Recherches sur l'Enfance Maltraitée (AFIREM). A l'époque, il est difficile de concevoir la maltraitance infantile. Le déni est présent parmi les politiques comme les professionnels médicaux. Mais la ténacité de ces acteurs va permettre petit à petit aux médecins se former à l'écoute et surtout au repérage de ces situations. En 1982, Michel MANCIAUX¹², et Pierre STRAUS ont permis la prise de conscience collective de l'impact de la maltraitance infantile sur la santé (Garcia, 2011). Cette Politique Publique entre enfin dans le champ de la Santé Publique.

Cette évolution a été à l'origine de la loi du 10 juillet 1989 relative à la prévention des mauvais traitements à l'égard des mineurs et à la protection de l'enfance, dite loi Dorlhac (Derosier, 2000). Est instauré le Service National d'Accueil Téléphonique pour l'Enfance Maltraitée (SNATEM). Ce nouvel outil permet d'agir dans la prévention, la protection et la transmission d'informations. Cette législation renforce la position du président du Conseil Général, ayant comme rôle principal l'animation de l'action sociale en faveur de l'enfance. Les départements doivent désormais mettre en place des dispositifs de recueil des informations sur les mineurs maltraités (Ministère de l'Intérieur, 2015). De plus, dans l'article 4 de cette Loi¹³, il est précisé que « *les médecins ainsi que l'ensemble des*

¹¹https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do;jsessionid=4DDC053230D4FE87DC7C2109921EB8B3.tpdjo12v_1?cidTexte=JORFTEXT00000854545&idArticle=LEGIARTI000006682939&dateTexte=19590925&categorieLien=cid

¹² Pédiatre et professeur de Santé Publique.

¹³https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do;jsessionid=1A9688775C0AE0FF12458282EF1DA87B.tpdila16v_3?idArticle=LEGIARTI000006681930&cidTexte=LEGITEXT000006072638&dateTexte=20001222

personnels médicaux et paramédicaux, les travailleurs sociaux, les magistrats, les enseignants et les personnels de la police nationale et de la gendarmerie reçoivent une formation initiale et continue propre à leur permettre de répondre aux cas d'enfants maltraités et de prendre les mesures nécessaires de prévention et de protection qu'ils appellent ». Il s'agit là d'une avancée en matière de reconnaissance de la nécessité de se former pour repérer les signes de maltraitance, suite notamment aux travaux de Messieurs STRAUS et MANCIAUX (Sénat, 2000). Néanmoins, ce texte législatif apporte une dérive, celle de considérer comme les cas d'enfance en danger uniquement les cas extrêmes comme vont le montrer plusieurs affaires médiatiques dans les décennies qui ont suivi cette loi (Becquemin et Chauvière, 2013).

1.2.2 Le poids des affaire médiatiques

La Protection Infantile est apparue au cœur des préoccupations internationales grâce à l'élaboration de la Déclaration des Droits de l'Enfant¹⁴ (CIDE), de l'ONU en 1989 (Haut-Commissariat des Nations Unies, 1989). Selon son article 3.1, c'est l'intérêt supérieur de l'enfant qui prime. Elle rappelle également l'importance de la Protection de l'Enfance en luttant contre la maltraitance infantile et invite les pays à légiférer en faveur de cette Politique Publique.

Cependant, entre les années 1990 et 2006, l'opinion publique gronde suite aux différentes affaires qui ont été particulièrement médiatisées. Avec des affaires médiatiques comme l'affaire Drancy¹⁵, où l'institution est remise en cause, l'opinion publique est atterrée, comment a-t-on pu laisser faire ça ? Quelques années auparavant, la France avait tremblé avec l'affaire Outreau, où la parole de l'enfant a été remise totalement en question suite à une affaire de pédophilie, mais où surtout la justice française a connu un véritable scandale suite à des dysfonctionnements dans le déroulement et la poursuite de l'instruction (Le Monde, 2015). On peut également citer le rapport MOIRIN, datant d'octobre 1996 (Sénat, 2000). Il mettait plusieurs points en lumière : l'absence de formation des professionnels de l'enfance¹⁶, le fait que de nombreux parents maltraitants avaient été des enfants victimes, et les dysfonctionnements de la boucle institutionnelle. C'est notamment dans ces objectifs que Monsieur BAS a porté son projet de loi relatif à la Protection de l'Enfance en 2007, où de nombreux aménagements étaient réfléchis pour renforcer la Protection de l'Enfance et lutter contre la maltraitance infantile (Verdier, 2007).

Néanmoins, en Mai et Juin 2009, le Comité des Droits de l'Enfant des Nations-Unis tient sa cinquante et unième session. Dès les premières pages du rapport, la sentence du Comité

¹⁴ Cette convention relative aux Droits de l'Enfant est un traité international qui a été adopté par l'Assemblée Générale des Nations Unies, le 20 novembre 1989.

¹⁵ Où une gardienne d'école, avait vu trois enfants en bas-âge, pied-nus et de toute évidence manquant d'hygiène et qui a alerté les services de police (L'Obs, 2004).

¹⁶ Ce rapport mettait d'ailleurs en avant l'absence de dépistage médico-psychologique des futurs éducateurs.

tombe (Nations-Unies, 2009). Malgré les avancées législatives faites, notamment avec la loi de 2007, le Comité a cependant de sérieuses réserves concernant la situation de la France.

La mobilisation de cette arène politique va avoir un impact d'autant plus important qu'en fin d'année scolaire et été 2009, la petite Marina SABATIER, souffrant des maltraitements de ses parents, va attirer l'attention de ses enseignants qui vont alors faire tout ce qui est en leur pouvoir pour la sauver, en vain¹⁷. Alain GREVOT, expert à l'ODAS, chargé de l'investigation suite à son décès, a permis de mettre en évidence que l'Ecole n'était pas assez intégrée et considérée dans la boucle institutionnelle de Protection de l'Enfance, et donc écoutée et soutenue dans cette situation (Le défenseur des Droits, 2014). Et par ailleurs, fait étonnant, la fratrie de Marina n'a jamais été observée ou soumise à une enquête ce qui aurait pourtant peut-être permis de mettre en lumière la situation. Mais pour Madame CREOFF, « *il n'y aurait pas d'affaire médiatique il n'y aurait rien qui sortirait* », ainsi l'opinion publique ne serait pas informée de la réalité. Selon elle, « *la tension est arrivée à un moment de paroxysme, et ça fait crise. Et ça c'est dans toute société humaine, quand les organisations provoquent des injonctions paradoxales, ou provoquent des désignations de bouc émissaires, ça fait tension [...] et ça explose. Pour moi les faits médiatiques en protection de l'enfance c'est ça* ». Ensuite va se poser la question des manquements juridiques.

1.2.3 Les conséquences de la Loi de 2007

Lorsqu'on relit les attendus de la loi de 2007, on constate qu'elle proposait un éventail d'améliorations très larges. Néanmoins la réalité du terrain a rattrapé les volontés politiques. Au titre du respect de l'intérêt de l'enfant, concept finalement flou, chaque acteur de la protection de l'enfance va agir en fonction de sa propre définition (Verdier, 2007). Ainsi de nombreuses décisions vont être prises, parfois totalement opposées, ou allant à l'encontre du travail en pluridisciplinarité. La frontière entre les notions de prévention et celle de repérage, ou dépistage est devenue si mince que les actions de préventions ne sont pas aussi nombreuses que la loi le proposait. D'autre part, le secteur médical participe de très loin à toute cette action de protection de l'enfance, dont il est pourtant un maillon essentiel¹⁸ (Sénat, 2014). Effectivement, les statistiques d'Informations Préoccupantes transmises aux CRIP ou les Signalements transmis au Parquet par ces professionnels sont faibles. Ce phénomène pourrait s'expliquer par la formation initiale des médecins qui n'aborde pas ou

¹⁷ L'enfant se retrouve ensuite pris en charge par les différents acteurs de la boucle institutionnelle, mais, les parents manipulateurs, arrivent à tromper les médecins comme les services sociaux. Marina décédée à cause des blessures infligées par ses parents va émouvoir la France.

¹⁸ Tous les enfants sont, un jour ou l'autre, examinés par un médecin, que celui-ci exerce en secteur libéral ou en service hospitalier. Aussi, les médecins sont-ils les acteurs de proximité les plus à même de détecter les signes évocateurs des différents types de maltraitance.

Laure-Hélène RANDON -

très peu la maltraitance infantile, mais aussi par un isolement de certains professionnels comme les médecins libéraux, et finalement une méconnaissance du système, de la boucle institutionnelle et des protections judiciaires pour les professionnels. Ces points ont été confortés par notre étude, lors des rencontres avec les différentes institutions. En outre, d'après Mmes Muguette DINI et Michelle MEUNIER, il s'avère que « *le système français reste profondément marqué par une idéologie familialiste, qui donne le primat au maintien du lien avec les parents biologiques* » (Sénat, 2014). L'intérêt supérieur de l'enfant doit donc être replacé au cœur-même du dispositif de protection de l'enfance, en effet le docteur Daniel ROUSSEAU précise « *en protection de l'enfance, le principe de précaution devrait toujours bénéficier en priorité à l'enfant et non aux parents comme cela est encore trop souvent le cas* ». Les traumatismes dont font l'objet ces enfants ne sont plus à démontrer, et l'OMS s'est déjà mobilisée pour faire connaître les conséquences de la maltraitance infantile sur la société de demain. La Loi de 2007 ne suffit plus.

Finalement, pour Madame CREOFF, la question est de savoir « *où la société française a envie de mettre le curseur. Sur le droit, la liberté individuelle des gens et des familles, pour protéger les enfants. [...] Trop : c'est la dictature, pas assez : ça protège pas. [...] c'est une question éminemment politique dans le sens propre de la politique, de l'organisation du vivre ensemble* ».

1.2.4 La Protection de l'Enfance de nouveau à l'agenda politique

La loi du 14 mars 2016 est la plus grosse réforme qui fasse suite à celle du 5 mars 2007. Suite aux différentes conclusions qui ont été faites sur la loi de 2007, ce texte est réfléchi pour renforcer les outils, les dispositifs et les principes existant en matière de protection de l'enfant. Le premier pas se situe dans le premier article qui définit le sens de la protection de l'enfance. Cet article replace l'enfant au centre de l'intervention, comme sujet de cette intervention (ONPE, 2016). Il s'agit d'une forme de rééquilibrage entre droits de l'enfant et autorité parentale. C'est ainsi que 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* ». Le texte apporte par ailleurs une innovation en instaurant la création d'un Comité National de Protection de l'Enfance, placé auprès du Premier Ministre. Cette nouvelle instance a pour mission de conseiller, et de donner des avis, « *ce conseil promeut la convergence des politiques menées au niveau local, dans le respect de la libre administration des collectivités territoriales* » (Gouvernement français, 2016). Cette nouvelle loi voit ainsi un retour de l'Etat dans un champ qui était jusqu'ici la compétence des départements. Cette Politique Publique se retrouve alors dans une volonté de mise en œuvre à la fois décentralisée et interministérielle. Ainsi Laurence ROSSIGNOL déclare « *l'attention portée à l'enfant, la recherche de son meilleur intérêt guident toutes les*

dispositions du texte et se déclinent dans les mesures prises pour garantir la stabilité de son parcours et la construction d'un projet de vie pérenne qui tienne mieux compte de ses besoins et des ressources de son environnement » (Gouvernement français, 2016). On revient enfin aux besoins fondamentaux de l'enfant, à son bien-être, se réjouit Madame O'NYMES. A cette fin, en plus des différentes dispositions législatives, l'objectif est de mettre en place des actions pour améliorer les connaissances, le soutien et l'évolution des pratiques réfléchis dans cette réforme. Effectivement, l'article 2 de la loi demande au Président du Conseil Départemental de mettre en place des protocoles « avec les différents responsables institutionnels et associatifs amenés à mettre en place des actions de prévention » et ainsi renforcer le rôle de la CRIP et de la boucle institutionnelle de la Protection de l'Enfance. De plus, une autre innovation voit le jour, celle de la désignation d'un médecin référent Protection de l'Enfance¹⁹ dans chaque département, prévue dans l'article 7 de la loi (Gouvernement français, 2016). Ce point est essentiel, comme nous pourrons le constater plus tard, étant donné les réalités de terrain dans nos départements lors de l'étude. La loi aborde également d'autres actions nécessaires à l'amélioration de notre système de Protection de l'Enfance telle que la recherche dans ce domaine par exemple. Mais malgré cette nouvelle Loi, « on n'a pas encore compris que c'était grave la maltraitance [...] parce qu'on reste quand même, toujours en France dans le dogme de la famille naturellement bonne, dans le patriarcat, [...] et dans le « une fessée n'a jamais tué personne » [...] on vit aussi sur des bases culturelles historiques, qui empêchent [...] l'intimité de la famille, même le serment d'Hippocrate [...] : « je ne verrais, enfin je tairais ce que je vois à l'intérieur des familles » [...] On est complètement dans le pater familia, donc, il y a aussi une évolution de la société qui se fait progressivement mais qui est longue à se faire quoi » estime Céline RAPHAEL, médecin et ancienne victime de maltraitance infantile. Pour Madame O'NYMES, outre le poids du passé sur notre culture de la famille, il y a de nombreux lobbys des familles qui ont du pouvoir. Elle précise « je vous ai parlé des parents, de l'Education Nationale, mais vous avez des lobbys très forts de parents, vous avez ne serait-ce que par l'UNAF, ce qui porte les familles, on a des lobbys familiaux [...] très forts en France. La famille en France représente bien plus que l'enfant. [...] normalement on dit que c'est l'enfant qui fait la famille mais dans notre pays on dit que c'est la famille qui fait l'enfant. Donc on est là-dedans. On est dans un débat permanent, on est un peu dans l'idéologie ». Ainsi ajouté à notre Histoire, les actions de ces lobbys expliqueraient pourquoi l'émergence de la maltraitance infantile dans la Politique Publique de l'enfance a été aussi longue, mais surtout pourquoi aujourd'hui les mentalités changent lentement.

¹⁹ Ce professionnel est « chargé d'organiser les modalités de travail régulier et les coordinations nécessaires entre les services départementaux et la cellule de recueil, de traitement et d'évaluation des informations préoccupantes, d'une part, et les médecins libéraux et hospitaliers, ainsi que les médecins de santé scolaire du département, d'autre part ».

Laure-Hélène RANDON -

Il faut rappeler que la Protection de l'Enfance possède un volet administratif porté par chaque département, et un volet judiciaire porté par le ministère de la justice, soit l'Etat. La loi de 2007 instaure un principe de subsidiarité où l'enfance en danger, selon le principe de décentralisation relève des autorités locales, soit le département (Youf, 2011). Il s'agit alors de protéger les enfants grâce aux mesures sociales²⁰ autant que possible, si les Conseils Généraux ne peuvent assurer cette protection alors la protection judiciaire est mise en place. Il revient alors au Conseil Départemental d'organiser des actions de prévention, ou de protection pour les enfants victimes. Le département est soumis au cadre imposé par la législation nationale, mais toutes mesures qui lui semblent nécessaires pour prévenir la maltraitance infantile et assurer la protection des enfants peuvent être prise de sa part.

1.3 Focus sur l'Education Nationale et le service de santé scolaire

La Constituante va permettre que les autorités administratives prennent en main le système éducatif français qui était jusqu'ici aux pouvoirs du clergé. On doit la mise en place de la médecine scolaire en 1792 à Joseph LAKANAL, élu à la Convention Nationale.

1.3.1 Les différents rattachements ministériel du service de santé scolaire

Au lendemain de la Seconde Guerre Mondiale, l'ordonnance de 1945 demande la mise en place d'un Service National d'Hygiène Scolaire et Universitaire, rattaché au Ministère de l'Education Nationale²¹ (ONED, 2016). Le 11 Avril 1946, un décret institutionnalise que ces services fonctionnent sous l'autorité des recteurs d'académie (Canopé, 2016). Dans le 2^{ème} titre de la Constitution du 27 octobre 1946, leur organisation est déléguée au médecin, qui doit s'assurer d'être secondé par une assistante sociale. Le 28 Novembre 1955, une loi rattachera le Service d'Hygiène Scolaire et Universitaire à l'Education Nationale, non sans passer par une modification d'appellation, cela deviendra désormais le Service de Santé Scolaire et Universitaire. Ainsi, de 1945 à 1964, le service de santé scolaire sera rattaché au ministère de l'Education Nationale. Néanmoins, la volonté de créer un service unifié de l'enfance est présente, mais les personnels médicaux et paramédicaux ne souhaitent pas perdre leur rattachement au Ministère de la Santé.

A partir de 1964, ce service sera sous l'autorité du Ministère de la Santé, et ce, pour une durée de vingt ans. En 1969, de nombreuses missions leurs sont attribuées avec une réelle

²⁰ Ces mesures nécessitent le consentement des parents.

²¹ Ce service a pour vocation la protection de la santé des enfants qui sont en âge scolaire mais également tous les professionnels travaillant dans les établissements scolaires. La préoccupation de la santé et de l'hygiène était déjà à l'ordre du jour dans les arènes politique et scientifique mais il aura fallu attendre la fin de la guerre pour que ce problème soit mis à l'agenda politique. Ce n'est pas faute d'une mobilisation de l'arène scientifique qui avait déjà identifié le problème et revendiqué une action des pouvoirs publics.

volonté de collaboration entre professionnels de la protection de l'enfance (Deschamps *et al.*, 1998). Mais la construction de cette action publique aboutit difficilement sur le terrain, en effet les fonds sont insuffisants et le Ministère de la Santé ne semble pas accorder d'importance à la santé scolaire. Cette mentalité ne s'améliorera malheureusement pas avec le temps, étant sûrement à l'origine de la vision actuelle de la santé scolaire. La décentralisation administrative de 1983 impose aux départements la gestion des services de santé scolaire et social²². Ainsi, le décret du 21 Décembre 1984 verra le transfert du service de santé scolaire vers le ministère de l'Education Nationale²³. Avec comme priorité la mise en œuvre d'actions de promotion de la santé en faveur des élèves, mais toujours sans aborder clairement la maltraitance infantile. Cette transition ne se fera pas aussi facilement qu'escompté. En effet, si les infirmières de secteur rejoignent les infirmières d'établissements à l'Education Nationale en 1985, les médecins de leur côté, sont sous l'autorité du service déconcentré du Ministère de la Santé²⁴ jusqu'en 1991, même si leurs missions sont décidées par les inspecteurs d'académie²⁵ (Deschamps *et al.*, 1998).

1.3.2 L'Education Nationale Ministère du Service de Santé Scolaire

Depuis les années cinquante, le service social a obtenu une identité propre, se cloisonnant de plus en plus avec le médical. Le manque de professionnels médicaux, oblige les assistantes sociales à développer leur autonomie, conséquence toujours visible actuellement. En 1989, le 13 Juillet, la Loi d'orientation sur l'Education se recentre sur une collaboration entre les professionnels médicaux et les assistantes sociales²⁶. Cette Loi précise enfin une conduite à tenir face à une situation de maltraitance infantile : l'obligation de Signalement par tous les professionnels de l'Education Nationale²⁷. Le Code Pénal, ainsi que le Code de Déontologie Médicale ou encore quelques circulaires vont préciser également cette obligation professionnelle (Sénat, 2000). Le Code de Procédure Pénale dans son article 40 précise l'obligation aux professionnels de transmettre sans délais au Parquet l'information concernant un mineur victime. Cette obligation est par ailleurs renforcée par l'article 434-3 du Code Pénal relatif à la non-assistance à personne en

²² Néanmoins les professionnels ne souhaitent pas cette évolution et vont alors revendiquer leur appartenance à l'Etat, permettant alors que la décentralisation ne s'applique pas à la santé scolaire. Si les professionnels médicaux revendiquent une appartenance au ministère de la Santé, ce n'est pas le cas des assistantes sociales.

²³

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000173969&categorieLien=i>

²⁴ La Direction Départementale des Affaires Sanitaires et sociales (DDASS).

²⁵ En 1986, une circulaire de l'Education Nationale va renforcer les orientations de la circulaire de 1982.

²⁶

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000006069117&dateTexte=20090422>

²⁷ Les professionnels des services médicaux et sociaux sont concernés.

Laure-Hélène RANDON -

danger²⁸ (Sénat, 2000). Les professionnels médicaux prétexteront le secret médical pour ne pas être soumis à cette obligation. Mais, le Code de Déontologie précise que ce secret peut être levé dans certaines conditions, et ce terme est très important. Effectivement, l'article 45 de ce Code énonce : « *lorsqu'un médecin discerne qu'un mineur auprès duquel il est appelé est victime de sévices ou de privations, il doit mettre en œuvre les moyens les plus adéquats pour le protéger en faisant preuve de prudence et de circonspection, mais en n'hésitant pas, si cela est nécessaire, à alerter les autorités compétentes s'il s'agit d'un mineur de moins quinze ans* ». Ainsi le médecin a une obligation professionnelle de venir en aide à un mineur victime, mais tout en gardant son libre arbitre, et la possibilité de ne pas agir s'il ne le juge pas nécessaire. Pour Jean-Marc LHUILLIER, expert en droit français, et Politique Publique de la Protection de l'Enfance, on est « *dans une confusion [...] très grande [...] vraiment peu claire* ». Ce qui expliquerait le peu de médecins de l'Education Nationale faisant des transmissions d'Informations Préoccupantes ou de Signalements. Par ailleurs, ces textes sont complétés par des circulaires de l'Education Nationale portant sur la prévention de la maltraitance infantile.

En 1990, le médecin généraliste, Docteur BEAUPERE s'insurge de la politique de réduction du nombre de professionnels des services de santé scolaire²⁹. Cela va permettre que le Conseil Economique et Social se saisisse de ce problème, ainsi la santé scolaire est de nouveau à l'agenda politique, et le 24 Juin 1991, un texte annonce que tous les professionnels de santé scolaires sont désormais sous l'autorité de l'Education Nationale (Deschamps *et al.*, 1998). Deux missions distinctes sont données au service de santé³⁰ et au service social, mais avec la volonté d'une collaboration pour la mise en œuvre de la promotion de la santé et notamment la lutte contre la maltraitance. Des interventions en urgence sont prévues, et ainsi le rôle du médecin³¹ et de l'infirmière³² scolaires est précisé, démontrant l'importance de leur mission dans le repérage et la prévention de la maltraitance infantile.

²⁸ Cela constitue l'une des bases du Signalement : « *le fait, pour quiconque ayant eu connaissance de mauvais traitements ou privations infligés à un mineur de quinze ans ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger (...) de ne pas en informer les autorités judiciaires ou administratives est puni de trois ans d'emprisonnement ou de 300 000 F d'amende* »

²⁹ Il plaide pour le maintien et le renforcement de ce service, et critique les ministres de la Santé qui ont cru que ce sacrifice était nécessaire pour améliorer l'état de santé des français par ailleurs.

³⁰ Le service de santé est désormais divisé en deux : le service infirmier et le service médical. En effet, les médecins sont de moins en moins nombreux dans les rangs de l'Education Nationale.

³¹ « *Le médecin sera amené à faire une évaluation de la situation par l'enfant et un constat des lésions organiques ou des troubles psychologiques induits par la maltraitance ; s'il constate que la santé ou le développement de l'enfant est compromis ou menacé, et sans préjudice des compétences et de la saisine des autorités judiciaires, il en rend compte sans délai aux services départementaux compétents et avertit le médecin responsable départemental* » (Circulaire du 24 Juin 1991).

³² « *L'infirmière scolaire doit indiquer au médecin de secteur les enfants qui lui paraissent avoir besoin d'un examen à la demande personnalisé* », cette disposition peut aussi s'appliquer « *aux élèves qui sont signalés à l'infirmière par les enseignants, le service social scolaire ou tout membre de l'équipe éducative* » (Circulaire du 24 Juin 1991).

Par ailleurs, la circulaire du 24 juin 1991 renforce le travail interinstitutionnel, abrogée depuis, il est tout de même intéressant de constater qu'au début des années 90, les politiciens étaient conscients de l'importance de cette collaboration pour travailler ensemble dans la Protection de l'Enfance.

1.3.3 La santé scolaire...le parent pauvre de la Protection de l'Enfance

Le 15 Mai 1997, la circulaire relative à la prévention des mauvais traitements à l'égard des élèves est publiée par le Bulletin Officiel de l'Education Nationale³³. Ce texte réprecise les aspects législatifs et engage les professionnels à se former. En effet « *ses personnels, en contact permanent avec les enfants, ont une obligation de vigilance et doivent être informés des signes révélateurs de maltraitance, mauvais traitements et atteintes sexuelles, et des comportements à adopter lorsque le cas se présente* ». Le rôle de l'école dans la prévention de la maltraitance y est redéfini, notamment le rôle des professionnels du service de santé scolaire qui doivent travailler cet aspect en collaboration avec les enseignants. Pourtant, le bilan fait quelques années plus tard n'est pas très positif, dans son rapport au Sénat fait en 2000, Jean-Léonce DUPONT³⁴ déplore le fait que l'information auprès des élèves ne soit pas assurée correctement, non seulement à cause du trop peu d'effectifs dans les services de santé scolaire, mais également à cause de la réticence des professionnels de l'école « *à mettre en cause les familles présumées maltraitantes : seuls 10 % des signalements judiciaires trouveraient ainsi leur origine au sein du système éducatif* ». Par conséquent, le 4 Septembre 1997, un nouveau texte est publié relatif au Code de Procédure Pénale et aux conséquences d'un non signalement des cas de maltraitance au procureur de la République, dès la connaissance des faits, pour les personnels de l'Education Nationale, ils pourraient alors se voir poursuivis pour non-assistance à personne en danger. On peut s'interroger sur l'application de cette circulaire, lorsqu'on sait les évènements très médiatisés qui ont eu lieu une dizaine d'année plus tard (Sénat 2000). Par ailleurs, malgré des efforts engagés en 1998 pour recruter des médecins, les postes à pourvoir ont fortement diminué jusqu'en 2000. Les missions de ces professionnels se voient alors entachées par le manque d'effectif, ne leur permettant donc pas de remplir les objectifs identifiés, et notamment la lutte contre la maltraitance infantile. En 2014, Muguette DINI et Michelle MEUNIER³⁵ vont déposer un rapport dans lequel elles déplorent que la santé scolaire soit encore le parent pauvre de la protection de l'enfance (Sénat, 2014). Pourtant, la Cour des Comptes avait déjà établi un diagnostic en 2011 (Cour des Comptes, 2011). Ils avaient mis en lumière sept orientations, sur lesquelles les pouvoirs

³³ Circulaire no 97-119 du 15 mai 1997.

³⁴ Homme politique français, sénateur du Calvados depuis 1998, vice-président du Sénat et président du conseil départemental du Calvados depuis 2011.

³⁵ Elles sont toutes les deux des femmes politiques françaises du XXI^{ème} siècle.

Laure-Hélène RANDON -

publics devaient se positionner de façon à ce que la santé scolaire « *devienne une politique publique à part entière* ». Au-delà des besoins des jeunes, le rapport met en avant la nécessité que la médecine scolaire soit plus visible, et que son pilotage soit plus pertinent³⁶. Ainsi, le 8 Juillet 2013, la Loi portant sur l'orientation et la programmation pour la refondation de l'école de la République est publiée (Légifrance, 2016). L'article L. 541-1 du Code de l'Education portant sur les bilans de santé est retravaillé. Le bilan des six ans est maintenu, mais pour les autres âges, la périodicité et le contenu des visites sont fixés par un texte réglementaire. Cela va permettre qu'en Novembre 2015, le Bulletin Officiel de l'Education Nationale publie un arrêté et deux circulaires relatifs aux missions et à la fonction des Médecins de l'Education Nationale (MEN) et des Infirmières de l'Education Nationale³⁷. Y est précisé leurs missions de Protection de l'Enfance.

La politique de la santé scolaire a suivi une évolution incrémentale où l'institutionnalisation de ce service a connu bien des péripéties. La quantité de textes réglementaires et leurs préconisations sont la preuve d'une longue hésitation de l'arène politique quant à savoir à quel ministère devait se rattacher cette politique publique. L'imputation des responsabilités de cette mission et les difficultés vécues pour la rattacher à un ministère témoigne de la difficulté actuelle à mettre des moyens à dispositions et surtout à recruter des effectifs des professionnels de santé de l'Education Nationale. Le manque de clarté et l'absence de reconnaissance des compétences de ces professionnels auprès de leurs pairs sont les symptômes de la considération apportée à cette action publique. D'autre part, les missions toujours plus nombreuses de ces professionnels et leur effectif toujours plus petit ne permettent pas de revaloriser ces professions.

1.4 L'organisation actuelle de la « boucle institutionnelle » de Protection de l'Enfance

La prévention et l'éducation à la santé sont reconnues aujourd'hui comme des priorités de l'Éducation Nationale, tant pour permettre aux jeunes d'accéder à l'information, que pour repérer et détecter des situations d'enfants victimes de maltraitances, notamment en donnant libre cours à leur parole. Maintenant que nous avons vu pourquoi sa mise en œuvre a tardée, nous découvrirons plus tard les conséquences sur les territoires. Son

³⁶ Ainsi, en améliorant les moyens de communication, on permettrait une meilleure transmission des bonnes pratiques, pour cela les Agences Régionales de Santé (ARS) pourraient également s'investir en appelant les différents professionnels de santé à échanger afin d'améliorer le suivi des élèves. Mais il est aussi nécessaire et primordiale d'améliorer l'attractivité des métiers de la médecine scolaire. Une remise à niveau statutaire, une reconnaissance de leurs compétences professionnelles seraient par exemple les premières actions à mettre en œuvre. Enfin, la Cour des Comptes appelle à développer des outils afin de mesurer l'impact des services de santé scolaire sur les élèves, tant sur le suivi médical que pour son rôle d'éducation à la santé.

³⁷ Bulletin Officiel de l'Education Nationale.

intégration dans la boucle institutionnelle de protection de l'enfance est néanmoins actée, plaçant l'Education Nationale au cœur de cette politique publique.

1.4.1 Les institutions

La boucle institutionnelle de la Protection de l'Enfance est mise en œuvre grâce au concours de plusieurs institutions. Nos différentes lectures ainsi que les entretiens nous ont permis de définir les rôles de chaque institution.

A) Le département

La loi confie aux Départements la mission de protéger les mineurs en danger. Il est le socle sur lequel repose tout le système de cette Politique Publique. Le département se décline en trois volets : l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE), la Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes (CRIP), et les services de Protection Maternelle et Infantile³⁸ (PMI). Dans le cadre de la Protection de l'Enfance, le Département défend les droits des enfants devant les tribunaux. Il est parfois désigné par un magistrat pour représenter un enfant quand ses représentants légaux sont dans l'incapacité de le faire. Il défend les intérêts de la victime. Un représentant local de l'administrateur *ad hoc* explique à l'enfant les différentes étapes de la procédure et l'accompagne lors des rencontres avec les avocats, des auditions et des audiences (Le Nord, 2016).

a) *La Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes*

La Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes (CRIP) existe au sein de chaque conseil départemental (Ministère de la justice, 2015). C'est le cœur du système, elle réunit toutes les informations permettant d'apprécier la situation dans sa globalité, de l'évaluer et de proposer des réponses de manière collégiale. La loi rend possible cette collégialité en autorisant le partage d'informations entre professionnels du travail social et de la Protection de l'Enfance habilités au secret professionnel. Des protocoles ont été mis en place, dans 98% des cas le Parquet et le Conseil Départemental sont associés. Ça permet la clarification des compétences entre l'administration et le judiciaire ainsi que sur la détermination des procédures. Ainsi, lorsqu'une personne ou une institution a connaissance ou soupçonne qu'un mineur est en danger, elle doit aviser la CRIP, qui centralise l'ensemble des Informations Préoccupantes. Si la situation de danger résulte d'une infraction pénale commise à l'encontre du mineur, il est recommandé d'aviser, directement les services de police/gendarmerie/Procureur de la République compétent, afin

³⁸ Dans le cadre de l'étude sur la boucle institutionnelle il est apparu que la PMI n'était pas une instance pertinente, car ils sont peu en lien avec l'Education Nationale dans les réflexions institutionnelles. Cette instance sera à rencontrer sur la deuxième année d'étude portant sur les acteurs de terrain.

qu'une enquête pénale puisse être mise en place sans délai et les mesures de protection du mineur adéquates décidées sans tarder.

Pour rappel, le Signalement doit être un écrit précis et objectif comprenant, dans la mesure du possible, une évaluation de la situation de danger dans laquelle le mineur se trouve. Il doit surtout être accompagné de la retranscription des paroles exactes de l'enfant, en s'attachant notamment à reprendre les termes utilisés par l'enfant pour décrire les faits dénoncés. Le signalement doit également préciser le contexte de révélation de ces faits.

b) L'Aide Sociale à l'Enfance

Elle relève de la compétence du Président du Conseil Général. Ses missions comprennent des actions de prévention et de soutien en direction des enfants et des familles en difficultés psycho-sociales, et des actions de prise en charge d'enfants qui, pour des raisons diverses, ne peuvent demeurer dans leur famille (France Diplomatie, 2016). L'ASE peut, sur demande du Procureur de la République, du Substitut des Mineurs ou d'un Juge des Enfants, être chargée du placement d'un enfant. Plusieurs types d'accueils peuvent être envisagés, ainsi il existe l'option d'une famille d'accueil. Titulaire d'un agrément délivré par le Département, un(e) assistant(e) familial(e) accueille à domicile des enfants confiés à l'Aide Sociale à l'Enfance. Une autre option est le placement dans un établissement géré par une association, où se développe d'autres alternatives à une séparation brutale entre l'enfant et sa famille. Il s'agit de l'accueil modulé. La résidence de l'enfant se partage alors entre l'établissement ou l'assistant familial, et sa famille. Cette mesure est notamment mise en place pour favoriser un retour progressif de l'enfant dans sa famille.

B) L'Education Nationale

Le fonctionnement de ce ministère est lié aux différentes collectivités locales telles que les régions, les départements, les communes. Il s'organise à plusieurs échelons. Au niveau national, la Direction Générale de l'Enseignement SCOLAIRE (DGESCO) élabore la politique éducative dans laquelle s'inscrivent la prévention des risques et la protection des élèves³⁹. Contrairement aux autres lieux d'accueil, l'école est obligatoire de 6 à 16 ans, elle est donc l'endroit privilégié pour la prévention et le dépistage. Pour beaucoup d'enfants, elle représente le premier contact avec la société en dehors du cadre familial et en dehors de la présence des parents. Pour les enfants abusés au sein de la famille et les enfants victimes de maltraitance, elle peut être le seul lieu où ils ont l'occasion de parler et d'être entendus dans un premier temps. L'école se doit de faire ensuite le relais entre l'enfant et les instances spécialisées. Dans tous les cas où, au sein de l'école, lorsqu'il y a une suspicion d'enfant en danger ou en risque de l'être, la première recommandation est de ne

³⁹ <http://eduscol.education.fr/cid50658/mission-de-l-ecole.html>

jamais agir seul. Ainsi, dès lors qu'un enseignant, un infirmier ou toute autre personne extérieure qui intervient dans l'école a un soupçon, il doit communiquer avec les autres acteurs, car il est nécessaire d'avoir une réflexion partagée sur la situation présente.

La complémentarité entre l'Education Nationale et les collectivités locales existe également pour tout ce qui a trait à la mission de promotion de la santé en faveur des élèves. Ce dispositif est mis en place dans des centres médico-scolaires créés par l'ordonnance 45-2407 du 18 octobre 1945. Ces centres sont aménagés dans les communes de plus de 5000 habitants. Les professionnels de santé scolaire peuvent y effectuer leurs missions de santé scolaire, notamment les examens médicaux des élèves. On y retrouve les dossiers médicaux des élèves des écoles du secteur (Académie de Toulouse, 2007). D'un point de vue administratif, ces centres sont rattachés à un établissement d'enseignement public. Les communes ont l'obligation de prévoir les budgets d'organisation et de fonctionnement des centres médico-scolaires (Deschamps *et al.*, 1998). Cependant, les budgets pour les frais de déplacement du personnel du centre, ainsi que tout le matériel médical dépend de la Direction des Services Départementaux de l'Education Nationale (DSDEN).

C) Les services de Justice

Le Parquet des Mineurs représente l'ensemble des magistrats chargés de représenter les intérêts de la société et de veiller au respect de l'ordre public et à l'application de la loi. Le ministère public est hiérarchisé en la personne du Procureur Général ou Procureur de la République et subordonné au Garde des Sceaux (Vie Publique, 2012).

Au niveau de chaque Tribunal de Grande Instance, le Parquet comprend un Procureur de la République. Le Parquet est chargé de la représentation du ministère public auprès du Tribunal Correctionnel, des juridictions pour mineurs, du juge d'instruction et des formations civiles du tribunal. C'est le Procureur de la République qui fait les réquisitions pour que le mineur aille à l'Unité Médico Judiciaire (UMJ), ou que l'enfant soit placé.

Son rôle est défini à l'article 40 du Code Procédure Pénale : « *Le Procureur de la République reçoit les plaintes et les dénonciations et apprécie la suite à leur donner conformément aux dispositions de l'article 40-1. Toute autorité constituée, tout officier public ou fonctionnaire qui, dans l'exercice de ses fonctions, acquiert la connaissance d'un crime ou d'un délit est tenu d'en donner avis sans délai au Procureur de la République et de transmettre à ce magistrat tous les renseignements, procès-verbaux et actes qui y sont relatifs* ».

D) Les services de polices

a) *La Brigade de Protection de la Famille*

Il existe en France 6 brigades spécialisées qui poursuivent les infractions criminelles plus graves au sein de la Police Judiciaire (Préfecture de Police, 2015). La Brigade de Protection de la Famille se compose de deux sections La première section comprend les groupes d'enquêtes, chargés des affaires menées dans le milieu intrafamilial (incestes, excisions, enlèvements parentaux, maltraitances, etc.), tandis que l'autre section compte les groupes opérationnels, traitant les affaires commises dans le milieu extrafamilial (agresseurs sexuels, traite des êtres humains, prostitution, pédophilie, etc.).

Leurs missions sont de lutter contre les violences commises au sein de la cellule familiale et touchant des publics particulièrement vulnérables (les femmes victimes de violence, les mineurs et les personnes âgées). Ils veillent aussi à l'accueil des mineurs victimes et à leur écoute afin de recueillir leur audition, à l'établissement de leur préjudice (corporel ou psychologique).

b) *Les commissariats locaux*

Ils ont pour mission la Protection de l'Enfance sur leur localité. Ils sont souvent le relais de la Brigade de Protection de la Famille, et en fonction des départements ils partagent leurs fonctions avec. Par exemple, en Val-de-Marne, les commissariats locaux ont pour mission les violences de droits communs envers les mineurs (Police Nationale, 2016).

E) Centre hospitalier

a) *Les services pédiatriques, les services des urgences, et d'hospitalisation*

Il apparaît qu'à travers les lectures faites, l'hôpital n'est pas systématiquement intégré à la boucle institutionnelle de Protection de l'Enfance, pourtant il joue un rôle majeur, notamment en ce qui concerne le repérage de la maltraitance infantile. Les services de pédiatries et des urgences sont des lieux privilégiés où la maltraitance peut être repérée. Ce point est éclairé par les entretiens faits sur le département, et sera ainsi redéveloppé plus tard.

b) *L'Unité Médico-Judiciaire*

Il s'agit d'un lieu où le médical collabore avec l'autorité judiciaire, c'est-à-dire réalise des actes médicaux à la demande de la police ou de la justice (Fil Santé Jeunes, 2011). Les UMJ sont généralement situées dans les hôpitaux. Leurs équipes sont composées de médecins, médecins légistes, infirmières, psychologues, psychiatres. Ils reçoivent des personnes mineures et majeures. Les examens se déclinent en deux volets : le volet médical (examens physiques, somatiques, gynécologiques) et le volet psychologique

effectué par des psychiatres. Les professionnels d'une UMJ ne sont pas amenés à faire du suivi au long court. Ils orientent vers leurs partenaires extérieurs pour une prise en charge. Une UMJ n'est pas un service de police. Elle ne fait donc pas d'enquête à propos des déclarations d'une victime ou des signes ou des comportements qu'elle présente. Dans le cadre de la Protection de l'Enfance, l'UMJ accueille des enfants suite à la réquisition du parquet pour un examen après Information Préoccupante.

F) L'Observatoire National de Protection de l'Enfance

La loi du 5 mars 2007 réformant la Protection de l'Enfance a également créé un Observatoire National de l'Enfance en Danger (ONED), avec une déclinaison sur chaque département, devenu Observatoire Départemental de la Protection de l'Enfance (ODPE) depuis la loi du 15 mars 2016 (ONED, 2016). Cet observatoire a vocation à centraliser toutes les informations préoccupantes et signalements recueillis afin d'obtenir par la suite des données statistiques en Protection de l'Enfance qui sont encore bien trop peu connues et révélatrices de la réalité. Ensuite, chaque département pourra envoyer ses données statistiques à l'Observatoire Nationale de la Protection de l'Enfance (ONPE) afin d'avoir un chiffrage national de la maltraitance infantile. Il existe également comme nous l'avons déjà vu le numéro national, le 119.

Ces différentes institutions fonctionnent chacune avec une organisation qui lui est propre, mais, face à la volonté de lutter contre la maltraitance infantile, une collaboration a du être réfléchi et mise en place au niveau départemental.

1.4.2 Les liens institutionnels

Il existe une réelle coopération entre les Conseils Généraux et l'Éducation Nationale, notamment pour tout ce qui concerne les problèmes de maltraitance.

Effectivement, les médecins, infirmières et assistantes sociales de l'Éducation Nationale doivent signaler les cas d'enfants maltraités découverts dans les établissements scolaires au niveau de leur académie mais également au Président du Conseil Général (Deschamps *et al.*, 1998). Il apparaît alors nécessaire que les liens entre les institutions soient fluides si l'on souhaite favoriser la Protection de l'Enfance. Il est à noter qu'il existe plusieurs situations possibles dans le fonctionnement de la boucle institutionnelle de Protection de l'Enfance (Figure 2, Annexe II).

Tout d'abord, s'il s'agit de difficultés sociales, familiales ou de santé qui peuvent être régulées par un accompagnement, alors une aide est mise en place en faisant intervenir différents professionnels de l'éducation, sociaux ou de santé.

Un autre cas de figure peut être l'existence d'un danger ou d'un risque de danger qui pourrait compromettre la santé, la sécurité, la moralité, l'éducation de l'enfant, et dans ce

cas il faudra procéder à la rédaction d'une information préoccupante, qui sera adressée à la CRIP. Après évaluation, la CRIP prendra une décision relative à la meilleure protection de l'enfant qui pourrait être faite. Il pourra alors s'agir soit d'une protection administrative dans le meilleur des cas, par le biais de différentes mesures éducatives telles que l'aide à domicile, la mise en place d'un accueil provisoire de l'enfant, ou autre. Le recours à la protection juridique reste donc subsidiaire, en cas de danger. Soit la décision amènera à une protection judiciaire de l'enfant. Cependant, si au cours de la réflexion partagée entre les différents acteurs, il en ressort que l'enfant est en danger grave ou imminent, un signalement et non pas une Information Préoccupante doit être rédigé. Les Signalements sont directement adressés au Procureur de la République. Ce dernier ordonnera une protection judiciaire de l'enfant.

Il existe également un cas où l'enfant nécessite des soins en urgence, alors le SAMU devra être directement contacté, afin de procéder aux soins nécessaires.

Quoi qu'il en soit, la CRIP est informée des cas d'IP d'une part, et des cas de Signalements d'autre part. De même, le chef d'établissement et la cellule vie scolaire, au sein du département reçoivent une copie des IP et signalements réalisés par les professionnels de leur académie. Les IP et Signalements faits par les professionnels des services de santé scolaire ne sont pas envoyés à la cellule de vie scolaire en revanche, mais à leurs conseillers techniques au sein de leur Direction des Services Départementaux de l'Éducation Nationale (DSDEN). Les parents ou responsables légaux sont systématiquement associés à la réflexion, ainsi qu'à toutes les étapes de la procédure, et ils sont informés de la transmission d'une information préoccupante ou d'un signalement concernant leur enfant sauf si cela est contraire à l'intérêt de l'enfant. Si la CRIP estime que l'Information Préoccupante nécessite en réalité un Signalement, alors ils contactent directement le Parquet. En parallèle, le SNATED met à disposition un numéro d'urgence pour l'Enfance Maltraitée.

Ainsi, le rôle du milieu scolaire au sein de la boucle institutionnelle, et notamment le rôle de la santé scolaire a acquis une grande légitimité dans de nombreux départements. Si longtemps cette légitimité et la reconnaissance lui ont fait défaut, ce n'est désormais plus le cas.

1.4.3 Les acteurs de la santé scolaire

Il faut d'abord savoir que le système scolaire français est divisé en deux, il y a d'une part le premier degré qui comporte l'école maternelle et l'école élémentaire⁴⁰, et d'autre part le secondaire comprenant le collège et le lycée. Les professionnels des services de santé et social en faveur des élèves n'ont pas la même organisation, ni la même structuration en fonction du degré d'étude. Les professionnels des établissements scolaires doivent

⁴⁰ L'école élémentaire va du CP au CM2.

normalement discuter entre eux avant l'envoi d'une Information Préoccupante ou d'un Signalement, ils doivent prendre cette décision en toute collégialité, et organiser des mécanismes de prévention.

Dans le primaire, les acteurs présents sur les établissements sont les professeurs et les employés administratifs si l'école est suffisamment grande. Il existe des postes pourvus aux infirmières de l'Education Nationale mais elles ne sont pas présentes dans tous les établissements, il en est de même pour les médecins, tout en sachant qu'il y a plus d'infirmières de l'Education Nationale que de médecins de l'Education Nationale. Les assistantes sociales sont absentes du premier degré.

Dans le secondaire, les acteurs présents au sein de l'établissement sont les professeurs, les employés administratifs, les infirmières de l'Education Nationale et les assistantes sociales. Il faut savoir que pour les infirmières et les assistantes sociales, chaque établissement possède au moins un poste à mi-temps. Les médecins de l'Education Nationale ne sont pas présents dans un établissement, ils travaillent sur un secteur, comprenant plusieurs établissements.

Les professionnels de santé scolaire sont présents à chaque niveau de l'Education Nationale, c'est-à-dire au niveau national, académique et départemental. Ils ont la responsabilité d'assurer le conseil technique des différents professionnels de l'Education Nationale. Au niveau de l'académie, les fonctions du médecin conseiller technique⁴¹ s'appliquent certes dans le cadre de la mission de promotion de la santé en faveur des élèves mais également, à la santé universitaire et à la médecine préventive des personnels (Deschamps *et al.*, 1998). Ces conseillers techniques sont apparus grâce à la circulaire du 24 Juin 1991, ils sont présents pour soutenir les professionnels sur le terrain. Il existe trois types de conseiller technique : médecin, infirmier et assistante sociale. C'est eux qui reçoivent les copies d'IP et de Signalement lorsqu'ils ont été faits par un membre de l'équipe de santé scolaire. Pour tout professionnel du milieu scolaire, autre que professionnel du service de santé scolaire, la cellule de vie scolaire a été mise en place pour recueillir toutes les copies d'IP ou de Signalement, mais observe également un rôle de conseiller, de la même façon que les conseillers techniques de santé scolaire. Par ailleurs la CRIP peut également jouer ce rôle de conseil auprès de tout professionnel en ayant besoin.

Comme nous l'avons déjà abordé, l'Education Nationale, soit le service de santé scolaire, a un devoir de suivi des élèves. Dans les faits, ce suivi est difficilement réalisable, c'est pourquoi les services de la PMI ont été mobilisés, en effet, ils assurent la visite des trois ans. C'est leur unique intervention dans le milieu scolaire. La visite des six ans est

⁴¹ Le décret 91-1195 du 27/11/1991 est constitutif du corps des médecins de l'Education Nationale dont les conseillers techniques. Ce décret est toujours en vigueur.

assurée par les médecins scolaires, celle des douze ans quant à elle, est souvent assurée par les infirmières scolaires.

Les professionnels de santé scolaire sont intégrés au système de l'Education Nationale, ils sont fonctionnaires de cette institution⁴². Leur présence dans les établissements leur permet de s'investir et de mettre en place des projets de promotion et d'éducation à la santé. En effet, les infirmières de l'Education Nationale travaillent sous la responsabilité des proviseurs de collèges et lycées, comme nous l'avons déjà vu, elles se sont émancipées de la tutelle médicale. Elles ont pour missions de favoriser et mettre en place la politique de santé pour tous les élèves. De leur côté, les médecins de l'Education Nationale ont la charge des actions de prévention individuelles et collectives, ainsi que de la promotion de la santé des élèves. Ils ont une formation spécifique pour exercer en tant que Médecin de l'Education Nationale.

Pour ce qui est du rôle de ces professionnels dans la prévention de la maltraitance infantile les médecins travaillent en lien avec les équipes éducatives et les professeurs. Effectivement, il peut être contacté à tout moment s'il existe un risque qu'un enfant soit en danger ou en risque de l'être, afin de venir constater l'état de santé dans lequel est l'enfant. Ainsi, comme nous l'avons vu, s'il est établi qu'il y a un risque pour l'enfant, alors il envoie un rapport à la CRIP, si l'enfant est en danger, le médecin scolaire doit envoyer un rapport au Procureur, ou troisième cas de figure, s'il observe des blessures nécessitant des soins d'urgence, il appelle le SAMU pour un transfert à l'hôpital. Il peut également faire une déclaration pour coups et blessures. Le médecin scolaire a l'obligation professionnelle de protéger l'enfant.

Tout professeur, assistante sociale, ou infirmière peut de son côté rédiger une Information Préoccupante ou un Signalement. Ils doivent informer le chef d'établissement, sans pour autant avoir à préciser les faits, ils peuvent observer le secret professionnel. Néanmoins comme nous l'avons déjà expliqué ce secret professionnel peut être levé si c'est dans l'intérêt de l'enfant.

2 Appropriation de la Politique Publique de Protection de l'Enfance sur le Val-de-Marne

2.1 Un département prospère

Le Val-de-Marne est un département de la petite couronne de la région Île-de-France composé de 47 communes. Situé au Sud-Est de Paris, sa superficie est de 250km² (Conseil Départemental du Val-de-Marne, 2016). En 2012, la population totale était de 1 341 831 habitants (Figure 2, Annexe II), ce qui place le département au 10^{ème} rang national

⁴² Comme tout agent de la Fonction Publique, les médecins, infirmières et assistantes sociales de l'Education Nationale sont recrutés par concours, après avoir validé au préalable leur diplôme d'État.

(Conseil Départemental du Val-de-Marne, 2016). En 2006, 25,6 % de la population avait moins de 20 ans, 57,1 % avaient de 20 à 59 ans et 17,2 % avaient 60 ans ou plus (Figure 3, Annexe II). A l'échelle nationale, la part des moins de 20 ans s'élevait à 24,6 % en 2012⁴³. En quarante ans, il faut savoir que la population totale a augmenté de plus de 200 000 habitants et que le département a accueilli plus de 100 000 habitants au cours des quinze dernières années.

Dans le département du Val-de-Marne, on recense 9000 naissances de plus que de décès par an. La répartition par âge est assez équilibrée et proche de celle de l'Île-de-France (Conseil Départemental du Val-de-Marne, 2016). En 2009 le Val-de-Marne comptait près de 530 000 jeunes âgés de moins de 30 ans, soit plus de 4 habitants sur 10. En 2012, la part de moins de 30 ans constitue 39,8 % de la population (Insee, 2012). Les val-de-marnais âgés de 30 à 44 ans représentent environ 2 habitants sur 10, soit 22 % (Figure 4, Annexe II). En définitive, le Val-de-Marne présente des caractéristiques démographiques propres aux grandes métropoles : fort taux de natalité, flux migratoires importants et grande attractivité pour les étrangers et les jeunes qualifiés.

La part des familles monoparentales constitue 19 % sur ce département (Figure 5, Annexe II). La taille moyenne des ménages du département est la même que la moyenne régionale. Dans le département elle représente 2,3 personnes. Le profil de population semble ainsi être un modèle familial, parmi lesquelles on compte 11 % de familles nombreuses. On constate que dans le département du Val-de-Marne, les revenus des ménages diffèrent largement d'une ville à l'autre. Ainsi, le revenu fiscal médian du département est légèrement au-dessus de 21 000 euros (Figure 6, Annexe II). Il se rapproche de celui d'Île-de-France (Insee, 2015). Quant à celui de France métropolitaine par unité de consommation est de 18 749 euros. Les habitants du Val-de-Marne gagnent en moyenne 2 372 € nets par mois, soit 28 463 € nets par an. Mais, on constate de fortes disparités entre les ménages. Ainsi, 10% de la population du Val-de-Marne gagne moins 545€/mois, tandis que 10% de sa population gagne 3815€/mois (Figure 6, Annexe II). Ce qui nous invite à nous intéresser à l'emploi sur ce territoire. On constate que 20% de la population est diplômée de l'enseignement supérieur long, alors que 18 % de la population n'a aucun diplôme (Figure 7, Annexe II). La moitié des emplois de la région est consacrée au commerce, aux transports et autres services. Les autres secteurs sont ceux de l'administration publique, l'enseignement, la santé, l'action sociale, la construction et enfin l'industrie. La part des professions de Cadres et professions intellectuelles supérieures et des professions intermédiaires augmente au cours de ces dernières années (Insee, 2015). En effet, les cadres et professions intellectuelles supérieures sont passées de 20,9 % en 2007, à 22,6

⁴³ http://www.insee.fr/fr/mobile/etudes/document.asp?reg_id=0&ref_id=T15F032

% en 2012 (Figure 8, Annexe II), et à 23 % depuis 2015 (Figure 9, Annexe II). Quant aux ouvriers, ils étaient 17,2 % en 2007, ils ne sont plus que 15 % en 2015.

Le pôle santé du département (Conseil Départemental du Val-de-Marne, 2016) se traduit par 51 établissements de santé dont 5 Centres Hospitaliers Universitaires. Ce territoire porte le 2ème pôle français de médecine clinique, mais aussi le 1^{er} centre européen de cancérologie avec l'Institut Gustave Roussy de Villejuif⁴⁴ qui regroupe soins, recherche, prévention et enseignement⁴⁵. On observe de légères variations de quelques dixièmes, des taux de scolarisation entre 2007 et 2012 dans le primaire et le secondaire, mais qui ne semblent pas être très significatifs (Figure 10, Annexe II). On peut néanmoins constater que ces taux, même si leur variation est faible, ont tendance à augmenter dans le supérieur.

En matière de Protection Infantile, préoccupation qui a une place importante dans ce département, ce territoire s'est donné trois grands axes d'actions : prévenir les difficultés des jeunes, protéger les enfants, et enfin soutenir les parents.

Le Conseil Départemental dispose d'un service d'Aide Sociale à l'Enfance et de dispositifs de prévention, dont l'objectif est de prévenir les difficultés familiales et le risque de marginalisation des jeunes (Conseil Départemental du Val-de-Marne, 2016). Par exemple des maisons des adolescents⁴⁶ ont été mises en place, ainsi qu'une prévention spécialisée.

2.2 La maltraitance infantile, réalité sur ce territoire

Deux institutions ont un rôle majeur dans la boucle institutionnelle de Protection de l'Enfance en Val-de-Marne, à savoir la CRIP et l'Education Nationale. Il faut savoir que « *la majorité des enfants que nous accueillons aujourd'hui dans le dispositif départemental nous sont confiés par une décision du Parquet des mineurs ou d'un juge des enfants* » confie Madame RIMBAULT, Directrice de l'Aide Sociale à l'Enfance. Cet élément permet de se rendre compte de l'importance du problème que représente la maltraitance sur le territoire du Val-de-Marne.

2.2.1 La CRIP, partenaire important de l'Education Nationale

La CRIP a été mise en place dans le Val-de-Marne en novembre 2004. C'est un département qui a été précurseur sur le dispositif de la réforme de 2007 sur la Protection de l'Enfance. Selon Madame SAUVAGE, directrice de la CRIP⁴⁷, elle a « *été installée...sur deux missions : le recueil et le traitement des informations préoccupantes, et la mise en œuvre de l'accueil en urgence pour les mineurs faisant l'objet d'un placement en urgence,*

⁴⁴ 40 000 patients par an.

⁴⁵ 2 600 étudiants.

⁴⁶ La maison des adolescents est financée par l'ARS et le Conseil Général.

⁴⁷ Madame SAUVAGE a occupé son poste à la CRIP sur le début de l'étude, elle a ensuite été appelée au ministère au cours du mois de Mai 2016.

n'étant pas déjà pris en charge par l'Aide Sociale à l'Enfance ». Ce département propose donc une spécificité particulière au sein de la CRIP avec ce système d'accueil. Sur l'année 2015, « *un peu plus de 300 enfants qui ont été placés [...] le jour-même, donc ça veut dire qu'il y a une décision de placement, et avant le soir il faut que l'enfant ait été accueilli [...] dans de bonnes conditions.* » selon Madame SAUVAGE. L'un des conseillers techniques qualifie la CRIP comme étant l'un des piliers de la Protection de l'Enfance. En effet son rôle est important dans la boucle institutionnelle, cette cellule permet de garantir une coordination renforcée et qui s'améliore avec le temps.

La Directrice de la CRIP a demandé à ce que les Informations Préoccupantes et Signalements soient systématiquement envoyés à la CRIP de façon à leur permettre un gain de temps dans les prises en charge. Initialement le protocole départemental permettait que les IP soient envoyées à la CRIP et les Signalements au Parquet. Cependant, du fait de sa mission de placement d'urgence la CRIP recevait aussitôt un appel du Parquet concernant les Signalements reçus. De fait, il apparaît alors logique que la CRIP soit informée directement de ces Signalements afin de pouvoir lancer les procédures pour trouver un lieu de placement si nécessaire. Cet argument apparaît d'autant plus pertinent lorsqu'on sait que les heures d'ouvertures de la CRIP sont placées sur les horaires d'ouverture du Parquet⁴⁸.

D'après Madame CREOFF, Directrice Générale Adjointe au Pôle Enfance et Famille au Conseil Départemental du Val-de-Marne, « *en 2005, on avait 900 informations préoccupantes, enfin 900 signalements par an. Aujourd'hui nous avons 5000 informations préoccupantes, en 10 ans* ». De plus, lorsqu'on observe les chiffres des rapports de la CRIP (CRIP, 2015), on constate une évolution entre 2012 et 2015 (Figure 11, Annexe II), où effectivement on comptait 4068 IP en 2012, et 4832 IP en 2015. Ce phénomène ne s'explique pas forcément par une recrudescence de la maltraitance infantile, mais surtout par une boucle institutionnelle renforcée, un circuit mieux connu des professionnels sur le terrain. Il faut savoir que l'Education Nationale est le plus gros pourvoyeur d'IP en France d'après les acteurs départementaux rencontrés. Effectivement, sur le Val-de-Marne, le milieu scolaire est à l'origine de 34 % des IP que la CRIP reçoit en 2015 (Figure 12, Annexe II), alors que le Conseil Général n'est à l'origine que de 20 % des IP, et les établissements médicaux⁴⁹ 10 % des IP. En 2014, l'Education Nationale envoyait 32 % des IP, le Conseil Général 18 % et les établissements médicaux 11 %⁵⁰ (CRIP, 2013, 2014, 2015). Ces chiffres sont plutôt stables, et s'expliquent par la présence obligatoire des enfants à l'école

⁴⁸ Soit une ouverture de 9h à 18h, mais des gardes sont organisées pour les situations d'urgences de 18h à 9h le lendemain matin, comme pour les WE et jours fériés.

⁴⁹ Hôpital, médecine libérale, CMP/CMPP.

⁵⁰ En 2013, l'Education Nationale envoyait 26% des IP d'après le rapport de la CRIP sur l'année 2013.

de 6 à 16 ans, légiférée par les articles L111-2 et L 131-1 du Code de l'Education⁵¹. L'Education Nationale de fait, devient l'institution privilégiée pour repérer des situations de maltraitements infantiles. D'après Madame CREOFF, sur la totalité de ces IP, à la première lecture la CRIP estime que 30 % de ces informations font état de violence sur les enfants. Ce chiffre est inquiétant d'autant plus qu'elle précise « nous sommes...bien...entre 4 et 5 décès par an. **D'accord. Sur le Val-de-Marne ?** Sur le Val-de-Marne. Parce que nous les comptons, et parce que ça nous remonte, et tout ne nous remonte pas. Nous savons que nous par exemple, ça nous remonte par la PMI, nous avons à peu près 6 à 8 décès de nourrissons que nous recensons par an. Alors que la brigade des mineurs en a 42, rien que sur la problématique des bébés secoués. Alors voyez, dès lors qu'on a envie de s'y intéresser, les chiffres commencent à être particulièrement alarmants [...] Et je ne parle que des décès, je ne parle évidemment pas de toutes les autres conséquences... ». C'est pourquoi la directrice de la CRIP insiste sur le rôle et l'importance de son institution et de son partenariat avec les autres instances de Protection de l'Enfance.

Ainsi, lors de la réception de ces IP, d'après Madame SAUVAGE « il y en a environ une sur 4 qui est signalée par la CRIP au Parquet le jour de sa réception » cela permet, alors de mettre en place une protection immédiate. Concernant les autres IP, 60 % font l'objet d'une demande d'évaluation aux collègues de l'ASE présents sur le terrain. Ainsi, ces professionnels peuvent déterminer la suite à donner à cette situation⁵².

La figure 13 (Annexe II) nous renseigne sur l'évolution du nombre d'IP au cours de l'année. On constate qu'étrangement, il y a un pic de transmission d'IP en Juin, ce qui laisse penser, comme nous aurons l'occasion de l'aborder par la suite, que les professionnels de l'Education Nationale continuent de signaler des situations trop tardivement, et agissent une fois qu'ils sont vraiment inquiets. Ce pic s'observe également sur les rapports des années 2013 et 2014, mais de façon moins prononcée. Par ailleurs sur les trois rapports on constate que le nombre de transmission d'IP est en hausse sur les mois de Décembre de chaque année, ce qui peut s'expliquer par les fêtes de fin d'années, période peut-être propice pour repérer certaines situations.

Il apparaît que les enfants ayant fait l'objet d'une évaluation par la CRIP les plus nombreux sont dans la tranche d'âge 6-11 ans, qui est la période scolaire où aucune Politique Publique n'impose un bilan médical. L'Education Nationale étant le plus gros pourvoyeur d'IP, il paraît cohérent d'observer sur le graphique (Figure 14, Annexe II) que les tranches d'âge où le nombre d'IP envoyées à la CRIP est important, correspondent aux âges où l'école est obligatoire.

⁵¹ <http://eduscol.education.fr/cid46688/contrôle-de-l-obligation-scolaire.html>

⁵² Ces professionnels vont pouvoir déterminer s'il y a un danger ou pas, et mesurer l'éventualité de la mise en place d'une mesure éducative, ou autre mesure à proposer à la famille.

D'autre part, on constate que 40% des IP sont classées. Ce chiffre était exactement le même en 2013, on s'interroge alors sur la pertinence des rapports envoyés à la CRIP (Figure 15, Annexe II). On note ici une contradiction entre les réponses données par les acteurs institutionnels : il est souvent reproché que les personnes mettent un certain temps avant de transmettre une IP ou un Signalement aux instances concernées, mais ce pourcentage laisse penser que 40% des transmissions ne sont pas pertinentes ou nécessaires puisqu'elles sont classées. Selon la Directrice de la CRIP, les professionnels de l'Education Nationale sont encore nombreux à envoyer des IP sur des situations qui ne relèvent pas de la maltraitance infantile. Ces 40 % de classement concernent alors probablement une grosse partie de ces transmissions non-justifiées, qui embolissent la CRIP, nécessitant une remise au point avec les acteurs de terrain sur le rôle de cette institution, mais nous aurons l'occasion d'en rediscuter plus tard. Néanmoins, 32 % des IP deviennent des Signalements après évaluation de la CRIP, laissant penser qu'il y a tout de même parfois une sous-évaluation de la part des professionnels lors de l'envoi de l'IP. C'est pourquoi nous verrons l'importance de la coordination entre les institutions, et la transmission des savoir-faire entre les différents professionnels. Une autre interrogation porte sur les chiffres donnés dans le rapport. Etant donné la volonté de la CRIP de recevoir les Signalements de façon systématique, le rapport ne fait pas mention du nombre de Signalements obtenus initialement par leurs services, il paraît donc difficile de déterminer la part des IP devenues des Signalements dans ces 32 %. Malheureusement, malgré plusieurs relances à la CRIP afin de pouvoir obtenir un éclairage, les changements de direction cette année n'ont pas permis d'obtenir les réponses recherchées.

On constate que les facteurs de risques auxquels sont exposés les enfants ayant fait l'objet d'une IP sont dans 23 % des cas, dus à des négligences lourdes, suivis par 22 % des situations de violences physiques puis 17 % de carences éducatives (Figure 16, Annexe II). On peut noter que les problématiques sociales ne représentent que 7 % des IP reçues par la CRIP. D'après l'étude menée par Anne TURSZ, le lien entre le milieu social et la maltraitance n'existe pas. Elle a mis en lumière une prédominance des facteurs psychosociaux sur les facteurs psycho-économiques, ce qui est en corrélation avec les données de la CRIP.

L'Education Nationale est donc le principal pourvoyeur d'IP et de Signalement. Cela démontre le rôle important de cette institution dans la Protection de l'Enfance.

2.2.2 L'Education Nationale

Il faut noter que le Val-de-Marne comprend 258 534 élèves scolarisés, soit 146 772 élèves dans le premier degré, et 111 762 élèves dans le second degré. On recense 646 écoles, 127 collèges, 51 lycées et 18 lycées professionnels.

Laure-Hélène RANDON -

Dans le premier degré, il y a 7520 enseignants dans le public, et 480 dans le privé. Dans le second degré 8021 enseignants appartiennent au public, pour 1182 dans le privé. Sur le territoire, 273 postes sont dédiés aux CPE, 285 aux personnels de direction et 1261 aux postes administratifs.

Il existe 31 postes de médecins scolaires sur le département, soit 29 médecins de secteur 2 et 2 médecins conseillers techniques (principal et adjoint). Le territoire compte 13 médecins titulaires, 6 médecins contractuels et 1 médecin vacataire, mais ces chiffres ont évolués ces derniers mois, et l'on compte désormais, 16,5 médecins en tout sur ce territoire. Ce qui fait un secteur moyen de plus de 14000 élèves par médecin, répartis de manière différente selon les composantes socio-économiques représentées dans les secteurs⁵³. En parallèle il existe aussi 135 postes d'infirmières scolaires, mais seulement 134 sont pourvus. Enfin, 70 assistantes sociales scolaires sont en poste. Ces chiffres sont le reflet d'une carence de professionnels sur le terrain.

Nous avons vu que dans le département, l'Education Nationale fait le plus grand nombre d'IP et de signalements (Ministère de l'Education Nationale, 2015). En effet, sur l'année scolaire 2014-2015 183 élèves ont fait l'objet d'un signalement au Procureur de la République, 1156 élèves ont fait l'objet d'une transmission d'information préoccupante à la CRIP. Les professionnels de santé au sein de l'Education Nationale font moins de transmissions que les professionnels du social ou que le reste des professionnels de l'Education Nationale, notamment les enseignants. Effectivement, sur l'année scolaire 2014-2015, ces autres professionnels ont fait 133 signalements, tandis que ceux de santé en ont fait 19, et les professionnels du social, 59. Au cours de la même année scolaire, concernant les informations préoccupantes, on constate que 392 IP sont faites par les professionnels du social, 95 sont transmises par les professionnels de santé et enfin 733 sont assurées par les autres professionnels de l'Education Nationale. On constate que sur ces dernières années les transmissions de Signalement ou d'Information Préoccupante faites par les professionnels de santé de l'Education Nationale ont tendance à diminuer (Tableau 1, Annexe II), tandis que celles des autres professionnels du milieu scolaire ont une tendance inverse. Cela laisse imaginer que la connaissance du circuit des transmissions est mieux connue et intégrée par les professionnels. D'autant plus que le nombre d'élèves faisant l'objet d'une transmission est lui aussi en augmentation sur ces quatre dernières années scolaires. Ces chiffres ne sont malheureusement pas comparables avec ceux obtenus par la CRIP, l'Education Nationale fonctionnant en année scolaire, et la CRIP en année civile. Ces dernières années, les professionnels de la Protection de l'Enfance ont évalué leurs pratiques. Par exemple, les zones dites « REP+⁵⁴ » ont été mises en place, elles sont « *liées aux catégories socio-professionnelles, en générale des familles* » complète l'un

⁵³ Les médecins ayant des secteurs en REP ont un moindre effectif.

⁵⁴ Réseaux d'Education Prioritaire.

des conseillers techniques. Ce sont des zones considérées comme prioritaires, elles se situent sur Orly, Champigny-sur-Marne et Villeneuve-Saint-Georges. Sur ces territoires le nombre d'adultes encadrants est plus conséquent que sur les autres zones du département. Les salaires y sont plus attractifs pour les professionnels et les méthodes de travail y sont plus spécifiques. Un poste d'assistante sociale a été créé pour les 8 écoles du premier degré qui sont concernées par ce projet. Anne TURSZ, déplore « *les médecins scolaires ne sont pas assez nombreux, du coup ils ont donc fait un choix, donc pour la plupart d'entre eux, c'est de travailler dans ce qu'ils pensent être des zones prioritaires, et là on retrouve cette supposée liaison pauvreté-maltraitance qui n'existe pas* ».

Mais au-delà de ce type de projet, Madame NAVARRO, Provisoire de Vie Scolaire adjointe, explique qu'ils ont mis en place un « *dispositif d'enseignant régulateur, ce n'est pas spécialement lié à la Protection de l'Enfance mais ça en fait partie* ». Ces enseignants travaillent sur le premier degré et sont disponibles pour venir en aide à leurs collègues, ou sur des missions de conseil sur la maltraitance infantile. Ils peuvent également être sollicités à la rentrée scolaire de la classe de sixième pour permettre aux équipes du collège de prendre en charge au plus tôt l'accompagnement de l'élève dans sa globalité et de fluidifier son parcours. Ils ont un secteur d'intervention qui recouvre plusieurs villes. Tout le Val-de-Marne est ainsi couvert. Par ailleurs, ils ont accès à des formations sur la Protection de l'Enfance et notamment sur la boucle institutionnelle de Protection de l'Enfance et sur le circuit de l'Information Préoccupante et du Signalement.

2.3 La « boucle institutionnelle » de Protection de l'Enfance sur le département

Le 21 Novembre 1986, les auteurs de la charte d'Ottawa plaident pour la mise en place d'environnements favorables à la santé. Dans ce but, il est nécessaire de créer un environnement dans lequel les enfants puissent se développer et grandir dans le respect de leurs droits et de leur dignité. Ainsi, chaque « *enfant doit vivre et grandir dans un environnement qui lui soit le plus favorable possible quelle que soit la culture [...] mettre au cœur les besoins fondamentaux, mettre au cœur...ses droits évidemment, [...] donc la mettre au cœur d'une Politique Publique qui était très, très, mal, au fond c'est une Politique Publique qui n'avait pas ce nom, elle était introduite dans le Code Civil, elle était introduite dans le Code Pénal un peu dans le Code de la Santé, dans le Code de l'Education puisqu'on parlait de maltraitance, par rapport à la prévention de la maltraitance, mais ce qui me troublait c'est que oui il y avait quelque chose dans le Code de l'Action Sociale et des Familles qui concernait l'ASE mais c'était plus l'organisation des services en réalité [...] mais rien de bien construit, rien de bien visible, rien de bien cohérent c'était si vous voulez clairsemé un peu partout, et [...] je me suis rendu compte que même cette approche par l'enfant, en mettant l'enfant au centre en fait, n'était pas si évidente que ça.* » argumente

Laure-Hélène RANDON -

Madame O'NYMES, experte travaillant au sein de la CNAPE. L'environnement favorable qui peut être réfléchi au niveau des départements, mais surtout mis en place, c'est la boucle institutionnelle de Protection de l'Enfance. Plus ce dispositif fonctionne avec fluidité, plus il est clair, et mieux les enfants victimes de maltraitance seront repérés et pris en charge. A ce titre, de nombreux protocoles sont réfléchis sur le Val-de-Marne, et une réelle volonté de travailler ensemble pour la Protection de l'Enfance. Effectivement selon Madame CREOFF « *c'est un département où le maillage territorial est important et on a une...je dirais une culture du partenariat sur la Protection de l'Enfance, avec tous les acteurs, qui date de...maintenant près de 40 ans* ». Cette volonté est en effet très ancrée, il existe à ce titre un protocole de partenariat entre l'Inspection Académique du Val-de-Marne et le Conseil Général du Val-de-Marne. Mais les autres institutions s'impliquent également, et les dispositifs sont réfléchis avec des représentants de chaque institution de la boucle institutionnelle de la Protection de l'Enfance.

2.3.1 Le partenariat très ancré des instances de Protection de l'Enfance en Val-de-Marne

Dans les années 90, Monsieur PELLETIER définissait le partenariat comme étant une « *relation privilégiée basée sur un projet partagé entre deux ou plusieurs organisations et se manifestant par l'échange formalisé de personnes, d'informations ou de ressources*⁵⁵ ». Ainsi les instances de Protection de l'Enfance apparaissent comme des partenaires avec un objectif, mais surtout un projet commun. A ce titre, le département s'implique dans cette Politique Publique en agissant sur les leviers qu'ils ont pu repérer. Ils déclinent alors des protocoles réfléchis au niveau départemental « *qu'on essaye de décliner au niveau local, donc ville par ville, et c'est là où on est un peu, je dirais en difficulté avec l'organisation même de l'Education Nationale. On ne va pas voir les mêmes interlocuteurs dans le secondaire que dans le primaire, et pas tout à fait les mêmes entre la maternelle et le primaire, et on n'est pas très au clair [...] le rôle des directeurs, et le rôle des inspecteurs, des IEN, etc. Alors que dans le secondaire c'est pour nous beaucoup plus simple, il y a des AS, des CPE, des médecins scolaire, des principaux* » précise Madame CREOFF. En effet, nous avons déjà vu que les acteurs au sein de l'Education Nationale ne sont pas les mêmes selon les degrés d'éducation, cela impose donc aux professionnels du département de s'adapter à chaque niveau en fonction des acteurs avec lesquels ils vont pouvoir travailler. C'est pourquoi, afin de pouvoir lutter contre ce biais, l'équipe de la CRIP participe régulièrement à des formations partagées, et organisées par l'Education Nationale ayant pour objectif de présenter le circuit de Signalement et d'Informations Préoccupantes, et rappeler les conduites à tenir.

⁵⁵ http://www.memoireonline.com/05/10/3519/m_Limpact-du-partenariat-Chine-Afrique-sur-la-realisation-des-droits-economiques-et-sociaux-au-Tc5.html

D'autre part, un référentiel d'évaluation a été mis en place sur le département, et à la demande de l'Education Nationale, projet notamment porté par l'assistante sociale conseiller technique. Les assistantes sociales de l'Education Nationale seront formées avec les assistantes sociales du département à ce référentiel à partir du mois de Septembre prochain. Pour Madame CREOFF « *la formation étant un bon levier [...] de partage, bien évidemment, les collègues de l'Education Nationale sont présents dans toutes [...] nos instances d'élaboration de notre schéma, à l'observatoire de la Protection de l'Enfance, enfin voilà. C'est des acteurs, [...] des collègues qui sont [...] en permanence, très fréquemment avec nous, dans nos réflexions* ». Cela permet de constater qu'il y a une réelle volonté de travailler ensemble, une implication de chacun, dans le but de pouvoir protéger les enfants, de lutter contre la maltraitance infantile, et d'élaborer des stratégies de réponses, même si ce n'est pas systématique. Avoir des objectifs communs, agir ensemble, permettent de développer un sentiment d'appartenance qui va conduire chaque acteur à s'investir d'avantage. Selon le sociologue Monsieur Guy ROCHER⁵⁶, « *appartenir à une collectivité, c'est partager avec les autres membres assez d'idées ou de traits communs pour se reconnaître dans le nous* ». Ainsi le département travaille en collaboration avec l'Education Nationale sur de nombreux sujets, mais finalement la maltraitance infantile n'est qu'une sous-thématique de la Protection de l'Enfance, aussi elle n'est pas au cœur de tous les groupes de travail entre ces deux institutions. Par exemple, le département a mis en place des Commissions Locales d'Evaluation, auxquelles les différents professionnels de la Protection de l'Enfance participent. Ces commissions sont l'occasion pour les enseignants du premier degré notamment, de pouvoir revenir sur une situation qu'ils ont pu trouver préoccupante. Cet espace peut leur permettre d'aborder ces questions, mais une fois encore, ces rencontres traitent de la Protection de l'Enfance au sens large. C'est pourquoi, une volonté départementale était que l'Aide Sociale à l'Enfance et la CRIP, soient présentes, à l'écoute, puissent avoir un rôle de conseil auprès des professionnels du milieu scolaire, en plus de celui d'informateurs lors de réunions. Cela permet ainsi de renforcer ce partenariat interinstitutionnel. Madame RIMBAULT, directrice de l'ASE, précise « *on essaye d'être plus proche d'eux* ». C'est d'autant plus nécessaire que nous avons pu constater qu'il faut aider les professionnels de l'Education Nationale à savoir repérer les situations afin d'éviter les 40 % de classement qui embolissent et mobilisent les professionnels de la CRIP. C'est particulièrement important lorsqu'on voit cette volonté parfois freinée par les difficultés des différents professionnels présents dans le premier et le second degré, ce qui impacte le travail interinstitutionnel. Par exemple, les principaux pourvoyeurs d'informations au sein de l'Education Nationale sont le service social en faveur des élèves dans le second degré, mais ces professionnels ne sont pas présents sur le premier degré, par conséquent le

⁵⁶ http://theses.univ-lyon2.fr/documents/getpart.php?id=lyon2.2009.jumageldinov_a&part=165820
Laure-Hélène RANDON -

nombre d'interlocuteurs augmente sur ce premier degré. C'est pourquoi il y a un travail étroit avec la Direction Académique, mais surtout avec les professionnels de terrain, comme le rappelle Madame SAUVAGE, « *au-delà du recueil du traitement de l'information préoccupante, on a une mission de conseil de tous les professionnels en contact avec un enfant* ». Ils ont alors mis en place tout ce partenariat, et ce travail d'accompagnement. Mais finalement ces nombreux interlocuteurs doivent être informés par la CRIP car ils sont « *des professionnels qui concourent à la Protection de l'Enfance, et sans eux : nous ne pouvons pas intervenir* ». Comme nous l'avons déjà mentionné cela représente un nombre de personnes important, ce qui explique la difficulté pour le suivi de ces formations. De plus les cultures institutionnelles sont différentes, l'un des conseillers techniques estime qu'il y a « *des attendus différents, il y a des contraintes différentes, et il faut quand même arriver à un moment donné à trouver [...] une juste rencontre de tout ça, parce qu'il y a l'intérêt des enfants là derrière, il faut quand même, à un moment donné qu'on se soit suffisamment bien compris [...] pour cet enfant-là, qu'il ait quand même la protection qu'il mérite* ». C'est pourquoi l'implication de tous recherchée par les institutions permet alors de recentrer la question et de favoriser le travail ensemble.

Pour faire face aux difficultés, la Direction Académique du Val-de-Marne distribue une mallette à tous ses directeurs d'écoles et chefs d'établissement dans laquelle figurent une circulaire annualisée sur le circuit de l'IP et du Signalement, ainsi que le guide mis en place par le département (Conseil Général du Val-de-Marne, 2015). Ces documents sont travaillés par les différentes institutions de Protection de l'Enfance du département. Ce maillage est donc un travail quotidien, à renouveler chaque année pour s'assurer que tous les professionnels de l'Education Nationale connaissent le circuit de la Protection de l'Enfance.

Les liens entre l'hôpital et l'Education Nationale sont plus lointains, effectivement, les enfants qui sont amenés à être hospitalisés ou à être vus par l'UMJ, sont généralement accompagnés des familles, par une ambulance ou les pompiers, ou alors dans certains cas par les services de police. Mais le médecin de l'UMJ précise lors de notre rencontre qu'il s'agit souvent de faits passés à l'école, ou alors constatés par les professionnels de l'Education Nationale. Néanmoins le partenariat institutionnel existe, puisque les différents acteurs se retrouvent sur les groupes de réflexions pour les projets d'amélioration de la Protection de l'Enfance sur le Val-de-Marne. Le Centre Hospitalier Intercommunal de Créteil (CHIC) est par ailleurs considéré comme un pôle mère-enfant⁵⁷, il s'agit là d'un plateau technique pédiatrique très développé où les professionnels peuvent travailler en partenariat dans un sens ou dans l'autre. Ainsi, l'UMJ peut avoir des réquisitions, et donc

⁵⁷ Il comprend un service de gynécologie-obstétrique, des urgences pédiatriques, de la pédopsychiatrie, de la chirurgie pédiatrique, de la néonatalogie.

orienter les enfants victimes vers des professionnels du CHIC, mais il peut arriver que ce soit ces services qui fassent ces signalements. Le médecin de l'UMJ précise également que de nombreuses actions sont portées par le rectorat sur le département, avec des réunions, des protocoles, les conduites à tenir. Des rencontres sont également organisées entre les différents professionnels de la Protection de l'Enfance, par exemple les services de police, le Parquet des Mineurs afin de comprendre comment les autres fonctionnent, ou encore comment les contacter.

Du côté des services de police, les liens institutionnels sont un peu plus approfondis. Effectivement, dans le cadre d'enquêtes, il peut être nécessaire qu'il y ait « *des saisies de dossiers médicaux, des saisies de bulletins scolaires* » explique le Capitaine MANCINI de la Brigade de Protection de la Famille. Les enquêteurs cherchent alors à savoir s'il y a eu des répercussions sur les comportements de l'enfant à l'école, ou sur ses notes, et dans ce cadre, le milieu scolaire collabore avec eux. Mais le Capitaine insiste, leur rôle ne se cantonne pas uniquement à celui de mener des enquêtes ou d'aller chercher des victimes, il précise qu'ils ont un rôle de conseil également. Effectivement « *le chef d'établissement va appeler [...] chez nous pour prendre conseil* », ce qui permet d'accélérer la procédure lorsque la situation est grave, car le Capitaine constate « *ils respectent le processus, mais ils ont l'intelligence de croire, de voir des fois que c'est peut-être urgent, et que plutôt que d'attendre que ça transite par la voie écrite administrative, ce qu'ils vont faire par ailleurs, [...] pour respecter les consignes qui leurs sont données mais, peut-être accélérer les choses, en passant un coup de fil* ». Cela permet alors d'éviter les délais lorsque les Signalements sont envoyés au Parquet, entre le moment du constat, et le moment de la décision du juge, où le temps écoulé est parfois trop long pour une victime qui attend de connaître son sort. Néanmoins la collaboration entre ces deux institutions est primordiale, en effet, étant donné que les professionnels de l'Education Nationale voient les enfants toute l'année, il y a des éléments qu'ils ont pu observer dans le comportement, ou même avec la famille qui peuvent par conséquent éclairer les enquêteurs de la brigade. Ce partenariat est d'autant plus important que les enquêteurs se déplacent parfois sur l'école pour mener leurs investigations, et selon le Capitaine MANCINI, en sécurisant ainsi cet espace là pour l'enfant, c'est souvent plus facile pour lui de s'exprimer, et de façon plus libre. Mais la situation a bien évolué au cours des dernières années, et le Capitaine se souvient d'un temps où les relations avec l'Education Nationale n'étaient pas aussi faciles. Il s'avère que la connaissance des services de polices par les professionnels de l'Education Nationale est importante. Effectivement « *pour donner un exemple, ici à la BTPF⁵⁸ 94, on n'a pas exactement les mêmes attributions qu'à la BTPF 93 ou 92, qui pourtant,*

⁵⁸ Brigade Territoriale Protection de la Famille.

Laure-Hélène RANDON -

théoriquement devraient tous, au moins dans le ressort [...] du Grand Paris, tous les services devraient être calqués sur le même moule » explique le Capitaine MANCINI. Pourtant il s'en vérifie que ce n'est le cas, en effet d'après le Capitaine, sur le Val-de-Marne la brigade est divisée en deux groupes d'enquêtes qui s'occupent « *de tout ce qui est enquête concernant la délinquance sexuelle au préjudice des mineurs* », tandis que les commissariats locaux gèrent les violences de droits communs. Cette connaissance par les différents professionnels de la Protection de l'Enfance, et notamment les professionnels du milieu scolaire est nécessaire. D'autant plus que cela peut permettre de gagner du temps sur les situations difficiles.

Pour Anne TURSZ, les liens entre ces différentes instances sont « *complètement endroit dépendant, c'est-à-dire que dans un endroit ça va marcher magnifiquement, et dans un autre...* ». Or cette collaboration est nécessaire, et pour que cela fonctionne la coordination doit être fluide.

2.3.2 La fluidité interinstitutionnelle dans la lutte contre la maltraitance infantile...

Selon les acteurs institutionnels, la fluidité semble être bonne, et la coordination fonctionne bien, même si selon l'un des conseillers techniques il n'en n'empêche pas moins que « *c'est assez insatisfaisant pour les acteurs de terrains, parce que les réponses, notamment quand il y a des enquêtes administratives* » sont longues. Sur ce point Madame NAVARRO, est catégorique, le circuit et le schéma départemental sont fluides et compris de tous d'après elle, mais le gros souci reste les délais. Pourtant le partenariat institutionnel mis en place sur le département permet que « *sur les situations individuelles on a...vraiment des interlocuteurs qui sont d'une grande réactivité [...] il arrive que dans l'Information Préoccupante qui est transmise par un directeur d'école, qu'il manque des informations qui sont essentielles pour nous. Donc le lien il va se faire directement entre un collaborateur de mon équipe et le directeur d'école signalant [...] On a de très bons contacts qui nous permettent justement d'aller vite [...] Mais ça nécessite d'avoir un partenariat vraiment étroit...et qui se noue au quotidien* » répond Madame SAUVAGE. Effectivement le travail fait par les différentes institutions pour faire connaître la boucle institutionnelle et le rôle de chacun, permet de renforcer le fonctionnement de ce circuit, mais également d'agir avec fluidité, mais surtout rapidité. Ce phénomène est d'autant plus vrai que les différentes institutions ont construit des outils en communs, permettant ainsi que tous s'impliquent. En effet, la fluidité institutionnelle est un concept reposant sur la notion de dispositif commun mis en place pour que l'organisation soit limpide, et que tous les acteurs puissent s'y adapter (Janvier et al., 2011). On se questionne alors sur le ressenti face à aux délais d'actions. Finalement il apparaît que la fluidité dans le circuit dépend des acteurs de l'Education Nationale qui s'impliquent. Madame CREOFF s'exprime sur ce point : « *les*

relations n'ont pas la même fluidité, ni facilité ». On s'aperçoit qu'au niveau institutionnel, tous s'accordent à dire qu'il existe une réelle fluidité sur ce circuit de la prise en charge des maltraitements infantiles, néanmoins, on perçoit déjà à travers les discours que la réalité du terrain doit être autre. En effet, Madame CREOFF parle des relations entre les professionnels de l'ASE et ceux de l'Education Nationale, une fois que l'enfant est placé, *« l'éducateur du foyer quand il appelle, pour savoir si le gamin est bien arrivé à l'école, voilà...c'est donc cette vigilance partagée. Là, c'est plus compliqué, et c'est lié aux contraintes institutionnelles des uns et des autres...ce que nous renvoie l'Education Nationale c'est de dire : « vous [...] ce n'est jamais le même éduc, on ne sait pas qui est le référent, [...] on ne sait pas à qui parler [...] ».* Et qu'est-ce que nous disent les lieux d'accueil ? [...] *« Ah oui, mais l'Education Nationale, on a beau avoir le numéro perso du CPE, il rappelle jamais, donc voilà ».* Ainsi chacun sur le terrain est soumis à ses contraintes institutionnelles, temporelles, à sa réalité professionnelle, qui ne semble pas toujours être comprise par les autres acteurs de la Protection de l'Enfance. La deuxième année de l'étude permettra d'apporter un réel éclairage sur cette fluidité ressentie au niveau du terrain quoi qu'en pensent les professionnels au niveau institutionnel.

Néanmoins cette fluidité pourrait être d'autant plus assurée si les professionnels au niveau institutionnels n'étaient pas amenés à changer de poste de façon régulière. Par exemple Madame CREOFF explique que *« entre le début du deuxième schéma et la fin du deuxième schéma on en est au troisième inspecteur d'académie »*, soit en cinq ans, trois inspecteurs différents au niveau de l'académie. Mais il en est de même pour les autres institutions, sur cette même période, il y a eu trois directrices pour la CRIP, et cinq substituts des mineurs. Cette mobilité importante impose une adaptation régulière des institutions, tant chacun en son sein, qu'au sein de la boucle institutionnelle, d'autant plus quand ces personnes ont des volontés particulières et souhaitent apporter des changements dans le fonctionnement du circuit. On comprend alors la difficulté des professionnels, qui nécessitent alors forcément un temps d'adaptation afin de pouvoir répondre de façon harmonieuse aux nouvelles situations (Simonet, 2009).

Par ailleurs, le Capitaine MANCINI estime qu'il y a eu des améliorations dans cette fluidité dans la mesure où les professionnels de l'Education Nationale se sont plus investis dans ce circuit. Ainsi, selon lui *« à une époque [il souffle] je peux vous dire que le 30 juin on recevait pas mal de Signalements pour des trucs qui étaient latents depuis des semaines, qu'ils savaient. Ou alors il y a la situation où, même si c'est un peu moins vrai, mais ça arrive encore quand même, même si on se bat contre ça, où ils ont une Information Préoccupante le lundi, et ils mettent toute la semaine à signaler ».* Ce phénomène est également décrit par Madame SAUVAGE, qui elle aussi estime qu'il y a eu une nette amélioration dans ce comportement. Cette dernière demandait dans l'objectif de fluidifier encore plus le circuit, que les Signalements soient également envoyés à la CRIP, afin de

Laure-Hélène RANDON -

leur permettre de pouvoir commencer les démarches en parallèle du Parquet, et ainsi réduire le délai de prise en charge d'un mineur victime. Mais ce point ne semble pas toujours respecté par l'Education Nationale, qui s'inquiète des temps de mise en route du côté de la CRIP et préfèrent faire ce Signalement à la fois au Parquet et à la CRIP précisent les conseillers techniques. Mais selon le Capitaine MANCINI, « *C'est vrai que le système il est quand même bien huilé sur le Val-de-Marne, [...] maintenant, ils ont bien compris qu'on concourrait tous dans le même sens* ». Pour Monsieur Jean-Marc LHUILLIER, toute la fluidité s'explique en partie par ce travail de confiance et de connaissances des différentes institutions de Protection de l'Enfance. Ces points sont d'autant plus importants que ce que pointent tant le Capitaine de la Brigade de la Protection de la Famille, que le médecin de l'UMJ c'est que certaines situations auraient pu être révélées et prises en charge beaucoup plus tôt. Il faut alors comprendre pourquoi ces situations peuvent encore se produire.

Pour l'un des conseillers techniques, les professionnels de l'Education Nationale « *ont bien compris que c'est la CRIP et le Parquet, et, ou le Parquet, un certain nombre d'acteurs de terrain, notamment des chefs d'établissement vont appeler le commissariat, ou alors vont appeler la brigade des mineurs en direct* ». Ainsi, chacun s'adapte en fonction de la situation à laquelle il est exposé.

2.3.3 ...Rattrapée par la réalité de terrain

Selon George SIMMEL les relations sociales au sein d'une même structure sont dépendantes de l'organisation de celle-ci. Pour lui les institutions cristallisent les règles, constituant ainsi un cadre d'action afin que les comportements deviennent prédictifs (Borlandi M. et al., 2005). Or, le champ de la Protection de l'Enfance est un partenariat entre différentes structures comprenant chacune sa propre organisation. L'instauration de règles communes est alors un moyen d'accéder à un décloisonnement, mais les organisations internes à chaque instance permettent-elles de favoriser cette fluidité institutionnelle ?

Au sein de l'Education Nationale et plus particulièrement sur le terrain, les infirmières de l'Education Nationale et les assistantes sociales de l'Education Nationale travaillent ensemble, et peuvent s'aider mutuellement face aux situations. Mais les infirmières de l'Education Nationale ne font pas d'évaluation sociale, c'est-à-dire qu'elles retranscrivent la parole de l'enfant puis envoient l'IP à la CRIP, sans interprétation. Pourtant il apparaît au cours de nos rencontres que les différents professionnels des services sociaux et médicaux en faveur des élèves ne partagent pas leurs informations avec les autres professionnels par respect de leur secret professionnel. Ce que n'admet pas l'experte travaillant au sein de la CNAPE que nous avons rencontré : « *Pourquoi, moi je n'arrive pas, médecin, à travailler sans problème ? Pourquoi je me retranche derrière mon secret médical ?*

Pourquoi moi travailleur social, je ne veux pas travailler ce que je...ce que je fais, dans l'intérêt de la Protection de l'Enfance que la loi m'y autorise, parce que j'estime que les autres n'ont pas à connaître, mais c'est quoi ça ? ». Effectivement cette attitude de ces différents professionnels ne s'explique pas, surtout lorsqu'il s'agit de l'intérêt de l'enfant. Il s'agit là de protéger l'enfant. Lors de la formation des Médecins de l'Education Nationale en mars 2016, Monsieur LHUILLIER, insistait sur la possibilité juridique de lever ce secret professionnel entre les acteurs de la Protection de l'Enfance, si c'est dans l'intérêt de l'enfant, et si cela peut permettre de le sauver. Céline RAPHAËL rappelle par ailleurs, qu'avec la Protection de l'Enfance, il s'agit de pièce de puzzle à mettre ensemble, or si ces professionnels continuent de travailler de façon cloisonnée, au sein d'une même institution, comment vont-ils pouvoir venir en aide à un enfant ? C'est pourquoi les évaluations, les décisions, et les protocoles s'élaborent avec des équipes pluridisciplinaires, et pluri-institutionnelles. Pour Alain GREVOT, cette méthode est la seule qui puisse amener à une fluidité interinstitutionnelle, selon lui on ne peut « *contraindre les gens à avoir confiance les uns dans les autres* ». Néanmoins, cette confiance vient lorsqu'on met en place un travail en pluridisciplinarité, lorsqu'on décloisonne les pratiques professionnelles.

La collaboration avec la CRIP est, comme nous l'avons déjà constaté, le maillon fort de cette chaîne institutionnelle. Madame NAVARRO précise « *la CRIP, j'ai des liens [...] pas quotidiens, [...] parce qu'ils sont aussi débordés, mais [...] on a vraiment un contact téléphonique, aussi bien moi vers eux, pour savoir où en est le suivi qui a été donné à un écrit, que eux quand ils ont besoin...de renseignement qui n'apparaît pas...donc c'est des...ça, c'est les liens les plus simples [...] sans aucun, on va dire protocoles...on se connaît, on sait comment on travaille...on sait qu'on est souvent [...] dans l'urgence, hein, quelque part...moi c'est mes interlocuteurs...on va dire privilégiés* ». Ce lien est le lien de tout professionnel de l'Education Nationale avec la CRIP. Si ces professionnels peuvent compter sur leurs conseillers techniques pour un rôle de conseil et soutien, comme nous l'avons déjà mentionné, ils peuvent également s'appuyer sur la CRIP tant pour un suivi d'une situation, que pour des conseils. Mais pour Madame SAUVAGE, un travail important reste à faire, « *il y aurait un travail qui est aussi énorme à faire de santé, auprès des professionnels de santé...* ». C'est ce qui a été mis en place par les professionnels de l'UMJ qui sont allés rencontrer les médecins scolaires pour parler de la maltraitance infantile, des différents certificats à remplir. Par ailleurs une rencontre a été organisée en fin d'année 2015⁵⁹. Les liens avec l'UMJ sont plus sur le terrain, et les professionnels qu'ils vont finalement le plus voir sont les services de police. Un autre maillon apparaît : celui des

⁵⁹ Il y a eu environ 300 personnes qui sont venus : des médecins de villes, des travailleurs sociaux, des médecins hospitaliers, cela montre que les gens veulent savoir, et se sentent concernés par la Protection de l'Enfance. Le but de la journée était de mettre en contact les différents acteurs, et de savoir qu'il existe des interlocuteurs.

parents, selon le médecin de l'UMJ, les parents, même maltraitants, ne sont pas contre la mise en place d'un processus d'aide pour leur enfant.

Cependant cette collaboration sur le terrain connaît ses difficultés. Le Capitaine explique que « *la loi prévoit que les auditions, notamment en matière sexuelle, [...] et pas en matière de violences de droits communs que l'audition du mineur soit filmée, pour faire l'objet d'une gravure sur CD-Rom, et...pour que, dans l'absolu, l'enfant ne soit pas amené au divers stade de la procédure à réitérer son récit, parce qu'on partait du principe, je dis bien partait, [...] que ça pouvait être un facteur aggravant de son traumatisme, etc. Il se trouve que dans la réalité de toute façon...cet enfant il sera entendu à plusieurs reprises quand même* ». Effectivement, dans le cadre de l'enquête la victime est malheureusement amenée à répéter ses propos plusieurs fois, ce que déplore Céline RAPHAËL qui dit avoir un très mauvais souvenir de ces auditions. D'autant plus que l'UMJ de Créteil a décidé de questionner systématiquement les enfants qui leurs sont amenés pour pouvoir étayer leurs compte-rendu. Il apparaît très clairement qu'aux yeux du Capitaine cette décision n'est pas justifiée, d'autant plus que cela sort des prérogatives des médecins de l'UMJ. Il insiste pour que chacun s'en tienne à ses missions et rôle. Ce que font les services du département. La CRIP travaille effectivement en lien étroit avec l'ASE. Leurs bureaux sont au même étage, dans le même bâtiment. Il faut savoir qu'il y a « *un peu plus de 60 % des 4800 informations préoccupantes qui font l'objet d'une demande d'évaluation* » d'après Madame SAUVAGE. Dans ce genre de situation la CRIP fait alors appel à leurs collègues de terrain afin de pouvoir mener ces investigations à bien. Ce lien étroit permet de mettre en place une aide appropriée à la situation de l'enfant et sa famille.

De son côté Madame CREOFF alerte sur la fatigue des acteurs de terrain face aux mouvements des professionnels dans les directions des institutions, effectivement « *on dit à nos propres équipes « une fois que vous aurez connu, ça ira plus vite », ils disent « ben non parce qu'une fois qu'on a connu, ils partent donc on recommence ». Donc l'investissement qu'on leur demande dans le partenariat ils n'en voient pas pour l'instant complètement les fruits, puisque [...] ça ne se capitalise pas...ils ont pas le temps de voir le retour sur investissement si je puis dire* ». En effet, sans aucune prétention, ni aucune expertise psychiatrique ou sociologique on peut imaginer que cette demande d'adaptabilité régulière puisse avoir raison de leur volonté de faciliter les liens entre les différents professionnels de la Protection de l'Enfance. Et ainsi cela peut impacter leur investissement dans les rencontres de formations et d'informations pluri-professionnelle. Ces points seront approfondis lors de la deuxième année du projet.

Pour Alain GREVOT, pour lutter contre le cloisonnement professionnel et institutionnel, « *le département qui a ce rôle de pivot et pilote en protection de l'enfance, et avec le procureur de la république, ce sont eux, ils doivent aller au-devant* » des acteurs. L'Education

Nationale se définit comme une instance importante de la Protection de l'Enfance. Il s'agit alors de comprendre son implication dans la lutte contre la maltraitance infantile.

2.4 Le milieu scolaire au cœur de la lutte contre la maltraitance infantile

2.4.1 L'école a-t-elle un rôle dans la « boucle institutionnelle » ?

Il est étonnant de constater que tous s'accordent pour dire combien le milieu scolaire a un rôle fondamental dans la Protection de l'Enfance, et ainsi considérer que l'école est au cœur de la boucle institutionnelle. Pourtant, une fois que l'on demande des précisions, les réponses sont moins catégoriques. Par exemple Madame RIMBAULT estime : « *alors, en théorie oui [...] L'École va se plaindre régulièrement qu'elle n'est pas informée de la situation de cet enfant, nous on va dire régulièrement « oui, mais nous on est soumis au secret professionnel, et on ne peut partager... » ce qui est vrai quand même, hein, il faut quand même le dire, et heureusement qu'on est tenu au secret professionnel, on ne peut pas divulguer, y compris à un enseignant tout ce qu'on sait de la situation d'un enfant, et l'enseignant va dire « oui mais moi je l'ai toute la journée, et vous ne me dites pas ce qu'il se passe pour lui ». Voilà. Donc, ça c'est [...] le fond d'écran, on va dire comme ça, maintenant [...] je crois qu'on essaye, tout le monde essaye de travailler ensemble, qu'effectivement c'est compliqué parce qu'on n'est pas à la même place, qu'il faut qu'on arrive à trouver des complémentarités [...] mais ce n'est pas aussi fluide que peut-être ça pourrait l'être* ». Finalement, là encore, les difficultés du terrain sont transparentes, et si les volontés institutionnelles impliquent l'école au sein de la Politique Publique de Protection de l'Enfance, il apparaît que de par leurs missions, et leurs réalités différentes, leurs volontés communes ne suffisent pas à ce que le milieu scolaire soit tout à fait intégré et considéré dans la boucle institutionnelle. Pour Céline RAPHAËL « *c'est cloisonné, encore. [...] C'est quand même deux ministères quand même très séparés* ». Alors peut-on attendre, malgré la décentralisation que des institutions dépendantes de ministères différents puissent décider et agir ensemble sans aucune difficulté ? « *Chaque professionnel a des missions, et chaque professionnel doit rester dans ses missions. Donc on travaille ensemble, mais on travaille dans notre domaine de compétence* » explique Madame NAVARRO. D'après l'un des conseillers techniques cela s'explique par une différence fondamentale : « *Les liens avec L'Éducation Nationale pour les personnes extérieures, pour les professionnels extérieurs ne sont pas toujours évidents. [...] il y a une différence qui est énorme, c'est qu'à l'Éducation Nationale on n'est pas mandaté en Protection de l'Enfance par exemple, on travaille hors mandat, [...] notre travail avec les familles, avec les enfants ne se fait pas du tout dans un même cadre [...] on saisit les services de justice, on saisit les services de police, enfin voilà, à un moment donné, ils*

Laure-Hélène RANDON -

interviennent parce qu'ils ont été saisis pour ça, et qu'il y a une ordonnance [...] de travail, [...] et à l'Aide Sociale à l'Enfance, c'est pareil, s'ils interviennent c'est qu'ils ont été mandatés pour le faire, ou en tout cas il y a eu une contractualisation claire et nette avec la famille de l'enfant concerné, donc ça veut dire en gros que tout le monde est d'accord, ou à peu près ». Pour ce professionnel, l'adhésion des familles aux solutions proposées serait donc plus facile si elles sont cadrées, ou légiférées.

Mais rappelons l'importance de l'Ecole dans la vie des enfants et adolescents étant donné que c'est le lieu où ils passent le plus de temps. Face à cette réalité, le médecin de l'UMJ évoque l'intérêt du rôle de repérage du milieu scolaire, en effet ce n'est pas un rôle d'inquisition, mais un rôle primordial dans la détection de la maltraitance infantile. Madame SAUVAGE va jusqu'à employer le terme « *essentiel* » du rôle du milieu scolaire dans la Protection de l'Enfance. En effet, « *les situations, elles ne peuvent pas être signalées autrement que dans la vie quotidienne, c'est-à-dire quand un enfant va voir un médecin, ou va à l'hôpital, quand un enfant est scolarisé, quand un enfant a une activité scolaire, [...] le rôle de l'école il est essentiel [insiste sur ce mot], il est essentiel...parce qu'ils voient quotidiennement les enfants...parce qu'ils voient aussi les parents en école maternelle...un peu moins en école élémentaire et puis encore...encore moins souvent dans le second degré, mais malgré tout ils voient quand même les parents, donc ils ont une observation des enfants et des élèves qui est quand même très fine, et qui dure...15 ans* ». D'autant plus que Madame NAVARRO rappelle le rôle de l'école dans le suivi de chaque élève, si l'enfant nécessite un suivi médical ou social particulier, l'Education Nationale peut se positionner, et les enseignants peuvent intervenir auprès des parents, parce qu'ils les connaissent, mais c'est également un bon moyen de repérage, en effet, « *un enfant qui a besoin de, je vais dire des choses simples, hein, qui a besoin de lunettes...et on dit aux parents, il ne voit pas, il est obligé de s'approcher, on voit qu'il cligne des yeux, donc le fait de ne pas l'emmener consulter, quelque part oui, c'est de la maltraitance* ».

Néanmoins le Capitaine MANCINI estime que chaque professionnel, et chaque institution doivent rester à sa place et s'en tenir à ses missions, avis également partagé par Madame SAUVAGE. Il précise que si un enfant victime de maltraitance a une attitude de défiance ou est mutique « *ce n'est pas au rôle de la personne de l'Education Nationale ou le travailleur social de la travailler au corps pendant deux heures et de lui extirper des mots, [...] ce n'est pas le but, [...] après quand nous on passe derrière ben ça, forcément les choses sont un peu plus difficiles, si déjà elle a été questionnée par x personnes, si déjà par exemple la CPE l'a questionné, si ensuite le principal a cru bon de devoir repasser derrière* ». Cette attitude, compréhensible de par le fait que les professionnels du milieu scolaire vont ensuite être face aux parents et à leurs réactions, n'en retire pas moins l'importance du respect des compétences professionnelles de chacun. Par ailleurs, le Capitaine reste cependant convaincu du rôle clef de l'Ecole dans le dépistage des

maltraitements. Ce que les conseillers techniques confirment lors des rencontres, le rôle du milieu scolaire se situe forcément dans le repérage et la détection de la maltraitance infantile, et par conséquent dans la prévention. De son côté, Anne TURSZ mentionne le rôle des médecins de l'Education Nationale dans la maltraitance infantile, et rappelle leur importance dans cette mission, d'autant plus qu'ils peuvent être moteur sur cette question et convaincre les équipes professionnelles des établissements dans lesquels ils exercent. Le milieu scolaire est alors au cœur de la Protection de l'Enfance, en effet, Madame O'NYMES rappelle que l'Education Nationale reste « *le plus gros pourvoyeur, c'est normal c'est là où l'enfant vit* ». Effectivement, cela implique que tout professionnel du milieu scolaire sera un jour concerné par cette question. L'enfant peut se sentir plus en confiance avec certains professionnels qu'avec d'autres : l'institutrice mais aussi un surveillant, une personne de la cantine scolaire. Les professionnels doivent simplement veiller à ce que leur expression soit en concordance avec l'âge de l'enfant rappelle le médecin de l'UMJ. Mais, les professionnels de l'Education Nationale doivent prendre le temps, être présent, et laisser la place à la parole de l'enfant. Ce rôle est d'autant plus important, que les médecins de l'Education Nationale peuvent être parfois les seuls médecins que les enfants voient dans leur enfance, en effet, Céline RAPHAËL se souvient « *moi je, moi par exemple, quand j'étais petite, je n'allais jamais chez le médecin, donc. Alors que par contre j'allais tous les jours, globalement tous les jours à l'école donc là, il y a un gros manque de ce côté-là, et je pense que l'Education Nationale a un très, très grand rôle à jouer* ». Le caractère obligatoire de la scolarisation impose aux enfants d'aller à l'école, et donc aux parents maltraitants de laisser leurs enfants aller à l'école. Alors que les visites médicales en dehors du temps scolaires ne sont pas obligatoires, et le contexte actuel fait qu'un médecin de famille ne recontactera pas une famille pour les rappels de vaccins ou pour une visite de « routine ». Il apparaît donc évident que c'est le milieu scolaire qui est le lieu privilégié pour repérer la maltraitance infantile. L'Education Nationale a donc un rôle de porteur de la Protection de l'Enfance, d'informateur, de relais, c'est pourquoi les médecins de l'Education Nationale ont une mission primordiale. Céline RAPHAËL affirme qu'ils « *ont...ils auraient un très grand rôle à jouer, de transmetteurs, de médiateurs, [...] de rassembleurs, de coordonnateurs, enfin de tout ce qu'on veut. Mais il manque...* ». Mais selon elle ce manque le plus à l'Education Nationale c'est de faire des interventions pour parler de ce qu'est la maltraitance infantile, de faire de la prévention.

2.4.2 Quel est le rôle de l'Ecole dans la prévention de la maltraitance infantile ?

La prévention consiste en des actions visant à réduire l'impact des déterminants des maladies ou des problèmes de santé, à éviter la survenue des maladies ou des problèmes de santé, à arrêter leur progression ou à limiter leurs conséquences. Les mesures préventives peuvent consister en une intervention médicale, un contrôle de

Laure-Hélène RANDON -

l'environnement, des mesures législatives, financières ou comportementalistes, des pressions politiques ou de l'éducation pour la santé (BDSP, 2016). Selon Madame O'NYMES, si « *personne ne porte en haut lieu la prévention, personne ne fera de la prévention* », cela doit venir des politiques publiques, elle estime que les professionnels se saisiront de cette mission uniquement si c'est porté à ce niveau-là.

A) Prévention de la maltraitance infantile en amont

Il apparaît clairement que les initiatives de campagne de prévention sur le thème de la maltraitance infantile se font uniquement sur des initiatives personnelles, et finalement à la marge. Pourtant, lors de la rencontre avec Madame NAVARRO, celle-ci explique la formation donnée aux directeurs d'écoles lors de leur prise de poste, en indiquant qu'ils se basent sur le schéma de l'ONED sur le dispositif de Protection de l'Enfance. Elle précise alors que l'Education Nationale se situe sur ce schéma, dans la sphère « prévenir et repérer », et selon elle ce n'est pas anodin, car c'est le rôle même du milieu scolaire en Protection de l'Enfance. Néanmoins, les actions de l'Education Nationale se situent à différents niveaux de prévention.

a) *Prévention primaire*

L'OMS classe la prévention en trois volets, dont le premier volet comprend la prévention primaire. Celle-ci consiste en des actions visant à réduire la fréquence d'une maladie ou d'un problème de santé dans une population saine, par la diminution des causes et des facteurs de risque (BDSP, 2016). Dans ce type de prévention on peut retrouver ce qui a trait à la promotion de la santé, notamment en matière de mise en place de systèmes de coéducation avec les parents. Effectivement en venant en aide aux parents les plus en difficultés on permettrait alors de réduire les facteurs de risques de la maltraitance infantile. Néanmoins, pour Madame RIMBAULT, il faut prendre en compte certains paramètres : « *il n'y a pas très longtemps on a fait intervenir une psychologue qui a beaucoup travaillé cette question et qui nous a fait réfléchir sur ce que c'était que l'incapacité ou l'incompétence. Quand on est incompétent, on peut apprendre, quand on est incapable de...pour diverses raisons, on l'a évoqué des parents qui sont limites intellectuellement, des parents qui sont rigides, psychorigides, on peut être très intelligent, avoir un niveau d'étude, des études supérieures et être totalement psychorigide. Je pense que là on va atteindre très vite la limite [...] et malheureusement je pense qu'il y a des parents pour lesquels ça ne va pas être possible de les faire monter en compétences* ». Mais malgré cette limite, les institutions du Val-de-Marne sont préoccupées par la réduction des facteurs de risques, c'est pourquoi des protocoles ont été développés sur le département, notamment en lien avec la PMI pour la question des enfants prématurés.

b) Prévention secondaire

Le second volet de prévention consiste en des actions visant à la détection et au traitement précoces d'une maladie ou d'un problème de santé. La prévention secondaire consiste à identifier la maladie ou le problème de santé à son stade le plus précoce et à appliquer un traitement rapide et efficace pour en circonscrire les conséquences néfastes (BDSP, 2016). L'Education Nationale va principalement se retrouver dans ce volet. En effet, « *on se retrouve beaucoup plus dans l'action immédiate que dans la prévention, dans nos missions, on a une circulaire qui date de 91 déjà, et qui...fait état de, des actions collectives qu'on doit mener dans les établissements scolaires en terme de prévention...mais ça on n'y arrive plus, [...] on n'a plus le temps, plus du tout le temps* » précise l'un des conseiller technique de la DSDEN. Ainsi les missions des médecins, infirmières et assistantes sociales de l'Education Nationale comprennent le volet prévention, mais les moyens pour la mise en œuvre de cette mission, ne semblent pas correspondre aux objectifs demandés. D'autant plus que la prévention requiert un travail d'équipe de ces professionnels, qui aujourd'hui n'est plus envisageable étant donné le déficit des professionnels de santé dans les équipes de l'Education Nationale. Pour ce conseiller technique, la prévention passe actuellement « *par le travail de médiation qu'on mène dans les établissements : médiation avec les familles elles-mêmes, parents-enfants, parents-enseignants, parents-direction d'établissement, enfant-direction, enfant-enseignant, enfant-enfant [...] on est tout le temps dans une relation [...] un peu triangulaire. Parce qu'on est là effectivement pour accompagner, pour faciliter quelque chose pour encourager quelque chose, pour orienter* ». Mais le département du Val-de-Marne souhaite renforcer la Protection de l'Enfance sur son territoire, et conscient de ses défauts, à savoir la détection et le repérage rappelle Madame RIMBAULT, des programmes ont été mis en place. Ainsi, Madame CREOFF explique : « *on a mis en place ce qu'on appelle un programme éducatif [...] Qu'on a négocié avec l'Education Nationale bien évidemment sur toutes les démarches de prévention, de citoyenneté, de santé, etc.* ». Il s'agit de plusieurs programmes de prévention, parfois ciblée, dont les professionnels des établissements peuvent se saisir, mais également les élèves, en effet les collégiens peuvent décider des thématiques grâce au collège départemental des collégiens. Mais une fois encore, la thématique de la maltraitance infantile est laissée aux volontés des professionnels de terrain, certaines communes s'en sont saisies d'après Madame CREOFF, mais leur nombre exact n'est pas connu.

Selon Anne TURSZ, le milieu scolaire devrait se saisir de son rôle, de ses missions, pour renforcer la prévention secondaire. Selon elle, ce « *dépistage, ça devrait reposer sur le bilan de trois ans, trois-quatre ans, qui n'est pas fait. Enfin qui est fait dans un pourcentage local qui baisse sans arrêt. Quand on arrive au bilan de six ans qui est obligatoire, c'est pareil. On en est à 60 % à peu près, quand on était à 90 %. En plus [...] les écoles qui y échappent, alors on résonne comme les américains, on le fait dans les ZEP, mais on ne le*

Laure-Hélène RANDON -

fait pas dans les écoles, et notamment pas dans les écoles privées. Alors que les écoles privées, c'est très souvent des écoles qui recueillent des enfants dont on ne sait plus que faire, qui ont toutes sortes de problèmes, et toutes les écoles privées ne coûtent pas très cher ». Elle rappelle que les médecins scolaires, de par leur nombre, ne peuvent assurer les services de santé scolaires dans tous les établissements et se retrouvent à faire des choix, et par conséquent de privilégier les zones prioritaires, ce qui peut ne pas paraître pertinent en matière de repérage de la maltraitance infantile, puisque le lien pauvreté-maltraitance n'est pas établi.

Madame NAVARRO, de son côté rappelle tout le maillage autour de l'élève, c'est-à-dire la boucle institutionnelle de Protection de l'Enfance, et les différents professionnels de l'Education Nationale, mais surtout leur rôle de prévention en amont, comme en aval. En effet, lorsqu'une situation a été repérée, toute une aide peut être mise en place autour de l'enfant et de sa famille, on entre à ce moment-là dans la prévention tertiaire⁶⁰.

c) De la prévention universelle à la prévention ciblée

En 1982, une nouvelle classification est présentée par RS. GORDON (Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille, 2016). Elle comprend notamment la prévention universelle, qui est destinée à l'ensemble de la population, quel que soit son état de santé. Elle fait donc partie intégrante de cette acceptation de la prévention les champs dits de l'éducation pour la santé qui insiste notamment sur les grandes règles d'hygiène. En effet les conseillers techniques mettent en avant les différents programmes de prévention qui ont été mis en place au cours des dernières années. Le programme « mon corps, c'est mon corps » est également cité, malgré la controverse qui l'a entouré, mais surtout sa parution en fin des années 80. Une fois encore, le manque d'initiative des politiques publiques est visible, et la prévention reste à la merci des initiatives locales. Par exemple, l'un des conseillers technique explique que le harcèlement, ayant été porté au niveau du ministère par Ségolène ROYALE, a vu la mise en place d'un programme imposé dans tous les établissements scolaires.

En matière de prévention universelle, le Val-de-Marne, préoccupé par la situation du département en matière de Protection de l'Enfance a renforcé ses politiques d'actions. Ainsi, « *nous avons mis en place des bilans de santé en maternelle. Nous voyons maintenant [...] tous les ans 87 % des enfants de la classe d'âge 4-5 ans en école maternelle. Nous commençons à avoir [...] une connaissance de la santé des jeunes enfants scolarisés qui est intéressante* ». Ce protocole a permis que se développe sur le département un système de parcours de soins pour les enfants qui en ont besoin, entrant

⁶⁰ Actions visant à réduire la progression et les complications d'une maladie avérée ou d'un problème de santé. Elle consiste en mesures destinées à réduire les incapacités, les invalidités et les inconvénients et à améliorer la qualité de vie. La prévention tertiaire constitue un aspect important des soins médicaux et de la réhabilitation.

alors dans un système de prévention ciblée. Mais leur rôle ne s'arrête pas à l'interpellation des parents, « *on ne se contente pas d'écrire aux parents pour dire voilà, on fixe le truc, on avertit les parents, on rappelle les parents un mois après pour savoir si le rendez-vous a été pris, si le rendez-vous n'a pas été pris, on les aide à prendre le rendez-vous chez le praticien de santé nécessaire, et six mois après nous rappelons pour savoir ce qu'a dit le praticien, est-ce que les, les lunettes ont été achetées etc., si elles n'ont pas été achetées, on aide* ». Ce dispositif donne non seulement un bon aperçu de l'état de santé des enfants en maternelle, mais il permet également d'obtenir des résultats plutôt encourageants puisque 30% des prescriptions sont réalisées pour l'instant. C'est aussi un moyen de repérage des situations où il y a une défaillance de la part des parents. Néanmoins ce dispositif est relativement récent et ne permet pas encore d'apporter de réelles conclusions. Pour Madame CREOFF il s'agit là d'un véritable manquement, en effet « *les enfants ne nous arriveront confiés qu'à partir de 13 ans, donc on voit bien qu'il y a quelque chose qui se passe dans cette latence-là, qui est un des objets que l'on va travailler-là mais dans le cadre de notre troisième schéma pour mieux comprendre ce qui se passe, mais, on a tout de suite dit à l'Education Nationale en regardant nos chiffres : « regardez, vous êtes inquiets, vous nous faites des signalements, et pour autant... » Il n'y a rien qui se passe avant que le même craque en collège ou...mais de notre part aussi il n'y a rien qui se passe* ». Cet aspect montre alors que le repérage n'est pas assez fort sur le primaire. Néanmoins, Madame RIMBAULT nuance ce manquement au repérage, selon elle, « *parfois les enseignants constatent des choses, et n'osent pas les dire. Je le pense vraiment. Et, [...] je l'ai encore une fois [...] je n'incrimine pas, parce que je crois que c'est compliqué pour eux, donc oui, je pense qu'ils ont un rôle très important à jouer parce que tous les enfants vont à l'école. Donc je pense que oui l'Ecole a un rôle à jouer. Bien sûr. Sur le repérage des situations et sur le repérage suffisamment précoce. C'est encore une fois extrêmement compliqué parce que, encore une fois, ce n'est pas parce qu'un enfant porte un vêtement qui n'est pas très propre [...] qu'il est maltraité chez lui, voyez [...] c'est beaucoup plus fin comme analyse et ce n'est pas le métier d'un enseignant. Mais sûrement qu'ils auraient besoin d'un peu plus de connaissance sur ces questions qu'ils en ont* ». Effectivement nous reviendrons plus tard sur la formation des enseignants, mais il n'en reste pas moins que l'analyse concernant une situation nécessite plus qu'un pressentiment. L'experte de la CNAPE insiste sur le fait que les professionnels du milieu scolaire doivent « *éviter de détourner le regard parce qu'on ne veut pas voir, parce que ça ne nous concerne pas, parce que c'est trop compliqué, parce que je ne veux pas savoir, parce que je ne sais pas la vérité* ». Or la prévention fait partie de leur mission, et le repérage se rapproche de la prévention secondaire. Il s'agit également d'une des missions du médecin de l'Education Nationale. Cependant, sur le Val-de-Marne, le médecin conseiller technique de la DSDEN a décidé de retirer aux médecins leurs missions de constats dans les situations de

Laure-Hélène RANDON -

maltraitance infantile. « *Je sais qu'ils se sont organisés, notamment par rapport à quelque chose qu'ils ont écartés de leur travail, au quotidien dans les écoles c'est la réalisation des constats de coups...moi je suis très...déçue...moi je suis très déçue de ça, je pense que c'est une erreur, voilà, je pense qu'ils avaient un rôle déterminant sur ce moment-là. Le constat...constater effectivement une marque de coup ce n'est pas une fin en soi, je veux dire bien sûr que n'importe qui est capable de voir une trace, un bleu, de repérer ce que c'est qu'un bleu, une griffure, [...] la taille d'une blessure, un œil au beurre noir, enfin tout ce qu'on veut...tout le monde est capable de repérer ça. Après tout le monde je pense...n'est pas forcément en situation de pouvoir...gérer la situation* » déplore l'un des conseillers techniques. Effectivement les médecins apparaissent comme un intermédiaire privilégié face aux familles. De par la vision sociale de la société face au statut de médecin, la parole qu'ils vont poser ne sera pas reçue de la même façon par une famille que si c'est enseignant qui explique la situation. La considération sociale du corps médical lui confère un pouvoir naturel en toute circonstance, le citoyen lui reconnaît alors une autorité légitime (Schweyer, 2014). Certains parents vont se retrouver en difficulté dans l'éducation qu'ils donnent à leurs enfants, et le rôle du médecin de l'Education Nationale ne s'arrête pas à la prévention uniquement auprès de l'enfant. Finalement, il peut également, avec le milieu scolaire accompagner ces familles, et ainsi réduire les facteurs de risques de maltraitance infantile.

d) *Comment prévenir ?*

Le médecin de l'UMJ rappelle qu'il faut simplement donner l'information aux enfants, les sensibiliser pour savoir ce que c'est que la normalité dans la bienveillance. « *Quand on a des interventions, [...] autour de la maltraitance, il arrive [...] que des jeunes viennent révéler des maltraitances. Donc oui...ça libère la...ça permet à des enfants de parler* » confirme l'un des conseillers techniques. Ainsi, en sensibilisant, en donnant l'informations aux jeunes, on permet qu'au moins un enfant se sente concerné, ou qu'un de ses camarades se questionne. C'est en faisant de la prévention qu'on va permettre la mise en place d'une relation de confiance, et que l'enfant va pouvoir se confier. « *Il peut accéder à ses ressources s'il se sent compris, accepté, non jugé* » selon Carl ROGERS (1902-1987)⁶¹. On note ainsi l'impact bénéfique que peut avoir sur une personne qui en a besoin, le fait de la respecter, de se montrer empathique, de ne pas la juger mais surtout de se préoccuper de son sort. L'experte de la CNAPE précise que cette prévention doit venir interpeler. De cette façon, les gens se sentiront concernés, impliqués, alors que si c'est fait de façon à donner des leçons, l'impact ne sera pas le même.

⁶¹ <http://www.psychotherapeutes.net/mes-approches/approche-centree-personne/>

B) La question de la re-scolarisation

L'étude porte également un intérêt pour la re-scolarisation des enfants qui sont entrés dans le système de Protection de l'Enfance. En effet, comment les besoins de l'enfant sont-ils respectés une fois que les procédures sont lancées. Ainsi la question était systématiquement posée aux différentes personnes rencontrées sur le département, ou les experts. Il s'avère que cette question n'était souvent pas comprise dans le sens que nous attendions, aussi nous avons obtenu des réponses surtout pour les jeunes en difficulté qui se retrouvent en situation d'échec scolaire, et en viennent à ne plus suivre leur scolarité⁶². L'un des conseillers techniques s'est plutôt saisi de cette question sur les parents qui n'envoient pas leur enfant à l'école car ceux-ci sont blessés, mais précise que si les enfants arrivent à l'école avec des traces, il faut bien avoir en tête que les parents les ont envoyé à l'école dans cet état, et que c'est peut être parfois un appel à l'aide, pour leur venir en aide dans leurs difficultés éducatives.

Force est de constater le rôle du milieu scolaire dans le maintien de bonne santé des élèves, notamment par l'intermédiaire des missions des professionnels de santé de l'Education Nationale. Parmi ces missions la prévention en maltraitance infantile apparaît aux yeux de tous comme étant le rôle du milieu scolaire. Cependant pour agir en ce sens, il faut alors interroger le lien entre la maltraitance infantile et la santé publique.

2.4.3 La Maltraitance Infantile est-elle un problème de Santé Publique ?

Jusque dans les années 1970, on considérait généralement que la santé des individus dépendait de l'exposition à un ou des facteurs de risque (Garlantezec, 2015), la maladie était alors envisagée comme « une conséquence de l'action d'un agent pathogène externe⁶³ sur un individu plus ou moins en capacité de se défendre » (Bourdillon, 2009)⁶⁴. La maltraitance infantile n'est pas une maladie, néanmoins ses conséquences sur la santé sont désormais connues et reconnues selon Céline RAPHAËL et Anne TURSZ, c'est un facteur de risque important pour certaines pathologies dans l'avenir.

Ainsi, lorsqu'on interroge les acteurs départementaux pour savoir à quel domaine ils rapporteraient la maltraitance infantile, les réponses sont variées. Néanmoins tous s'accordent à dire que ce phénomène n'est pas propre à leur département, et que c'est une

⁶² Madame NAVARRO, précise également lors de l'entretien, qu'il a été mis en place un poste de chargé de mission décrochage et déscolarisation des moins de 16 ans sur le département. Mais les missions de cette personne ne s'arrêtent a priori pas à la rescolarisation des enfants placés. Elle travaille en partenariat avec les équipes de préventions spécialisées dans les communes.

⁶³ Micro-organisme, traumatisme, agent toxique.

⁶⁴ Cours de Monsieur Garlantezec dans l'unité d'enseignement SHS13, référencé dans la bibliographie.

véritable inquiétude pour l'ensemble du territoire français. La maltraitance infantile concerne toutes formes de violences, d'atteinte, de cruauté ou de brutalités physiques et mentales, d'abandon et de négligences lourdes, de mauvais traitements ou d'exploitation (commercial ou autre), y compris la violence sexuelle (OMS, 2014). Ces sévices étant portés sur toute personne de moins de 18 ans et pouvant entraîner un préjudice réel ou potentiel pour la santé de l'enfant, sa survie, son développement physique et psychologique (Le Figaro Santé, 2016), ou encore sa dignité, dans le contexte d'une relation de responsabilité, de confiance ou de pouvoir (OMS, 2014). Pour l'un des conseillers techniques de la Direction des Services Départementaux de l'Education Nationale (DSDEN) du Val-de-Marne il s'agit avant tout d'une « *réalité. Ce n'est pas un problème dans la mesure où on a des procédures etc. Mais c'est une réalité importante...enfin importante en nombre, relativement, et pour nous c'est une priorité de traitement* ». Il insiste alors sur le caractère prioritaire qu'ils accordent au suivi et au conseil de ces situations. D'autant plus qu'ils traitent un nombre important d'Informations Préoccupantes et de Signalement car « *cette année, il va y avoir, pas loin de 700 Informations Préoccupantes et Signalements, les deux regroupés. Uniquement sur le premier degré.* ». Sur ce point, Madame NAVARRO⁶⁵ le rejoint, selon elle les chiffres augmentent. Pourtant, selon le Capitaine MANCINI de la Brigade de Protection de la Famille, « *on a un chiffre qui est constant* », néanmoins les activités et les missions de la Brigade sur le département ont évolué ces dernières années, et là où ils s'occupaient il y a une dizaine d'années des violences de droit commun, désormais « *on fait principalement et quasi exclusivement...de l'infraction sexuelle, donc on peut dire d'une certaine manière...que le contentieux des infractions à caractère sexuel a un peu augmenté parce que...la part qui représente dans notre activité, [...] elle est passée quasiment du simple au double* ». Effectivement, nous avons pu voir dans l'évolution des Politiques Publiques des définitions qui ont évoluées ces dernières années, qui se sont précisées, outre ces avancées, il y a aussi les missions des différentes institutions qui se sont de leur côté affinées également. On peut alors penser que les faits de maltraitance infantile n'ont pas augmenté, mais peut-être que la détection de ces situations, et les définitions ont permis de les repérer avec plus de facilité. Par ailleurs le développement des réseaux sociaux apporte de son côté son lot de nouvelles situations. C'est pourquoi le Capitaine précise : « *là où on faisait plus que 300 dossiers en 2004-2005, maintenant on en fait 500-550 donc effectivement. Mais ça ne veut pas dire pour autant que le contentieux lui-même ou la masse des agressions a augmenté, [...] il y a une meilleure remontée d'informations ou il y a des changements de comportements qui font, qui sont pénalisés et qui ne l'étaient pas avant, [...] le fait de faire des propositions sexuelles via un moyen de communication ce n'était pas une infraction, ça l'est maintenant depuis 2007* ».

⁶⁵ Provisoire de Vie Scolaire adjointe à la DSDEN 94.

De son côté, l'un des conseillers techniques conclut alors « *Santé Publique, non. C'est un problème éducatif majeur oui, mais de Santé Publique non. Je ne le vois pas comme ça.* ». Cet argument s'explique selon lui par les normes établies par la société en matière d'éducation, avec aujourd'hui des schémas éducatifs, et surtout des familles qui sont dépassées par ces normes. Il estime que cela impacte sur le comportement des enfants, avec des enfants qu'il qualifie de « *border line* », mais que ce phénomène n'est pas récent et selon lui « *la montée, de l'émergence de ces enfants-là est probablement corrélée à la crise économique, et à l'insécurité sociale qui en découle. Parce qu'il y a quand même pas mal de gens qui ont un horizon qui s'est beaucoup rétréci. Au lieu de réfléchir sur des années, ils pensent sur un mois, deux mois, parce qu'après ils ne savent pas* ». La précarité socio-économique a des impacts, des effets psychologiques, négatifs ou positifs, et a donc un impact sur la santé des populations (De Lourdes Vasconcelos et Tap, 2004). Deux écoles s'affrontent, celle qui considère que toute personne ayant des difficultés physiques, économiques, sociales ou culturelles, aura inévitablement des difficultés psychologiques, se trouvera automatiquement plus vulnérable ; celle qui estime plutôt que face à des événements et à des situations difficiles, les personnes développent des réactions défensives et offensives, des stratégies individuelles ou collectives leur permettant de s'adapter, de résoudre des problèmes, d'affirmer leur identité ou leur désir, de réduire leur stress, de faire face et de se relancer. Alors on pourra effectivement retrouver des familles qui, de par leur situation économique, et leurs difficultés auront tendance à pouvoir avoir des attitudes maltraitantes envers leurs enfants, pas forcément de la maltraitance physique, mais au moins une négligence, une maltraitance psychologique due à leur situation. Par ailleurs il semblerait en effet que la crise économique que nous traversons ait un impact sur la maltraitance infantile Une étude en court, permettra plus tard d'éclairer cet aspect.

Quoi qu'il en soit l'un des conseillers techniques de la DSDEN 94 rappelle l'importance de s'accorder sur la définition de santé, en effet, « *tout ce qui peut représenter l'équilibre d'une personne sur le plan [...] physiologique ou psychique oui bien sûr, c'est un problème de santé, on va dire de santé publique* », mais selon cette personne, tout est médicalisé, ou se définit par le terme de santé, or le social ne devrait pas être minimisé. Effectivement les travailleurs sociaux, sont ceux qui aident les personnes en difficultés pour pouvoir faire les démarches nécessaires à leur maintien en bonne santé, aussi leur travail n'est pas à la marge au contraire, néanmoins sur la question de la maltraitance infantile, le travail social est nécessaire en amont, comme en aval des situations pour venir en aide aux familles, mais il n'en occulte pas moins l'aspect santé publique étant donné les conséquences de ce phénomène sur la société. L'OMS définit les conséquences de la maltraitance dans l'enfance à court, moyen et long terme (OMS, 2014). Ces conséquences vont être somatiques, physiques et psychologiques et avoir ainsi un impact sur la santé des

Laure-Hélène RANDON -

personnes mais aussi sur la société (propension à commettre des violences ou à en subir, dépression, tabagisme, obésité, comportements sexuels à risque, grossesse non désirée, alcoolisme et toxicomanie) (OMS, 2014). C'est pourquoi Madame NAVARRO, répond « *les deux parce que dans la maltraitance il y a aussi [...] tout ce qui est négligence, tout ce qui est défaut de soin, [...] les hébergements précaires, où les enfants [...] sont en situation de logement [...] insalubre. Alors ce n'est peut-être pas de la maltraitance stricto-sensu, [...] mais en tout cas c'est une situation [...] qui peut mettre l'enfant en danger. [...]. Il y a le contexte familial et il y a aussi le contexte dans lequel il vit. L'environnement dans lequel il vit* ». Effectivement, en 1974, à la suite de la publication du rapport LALONDE, Santé Canada propose un nouveau cadre de référence pour une conception globale de la santé qui repose sur 4 grandes familles de déterminants⁶⁶ : la biologie humaine, l'environnement, les habitudes de vie et l'organisation des soins de santé. Il apparaît donc nécessaire et utile d'être attentif à la mise en place et au maintien d'une bonne santé pour l'ensemble de la population d'une société. Cependant, il existe de grandes inégalités de santé, et il en ressort des disparités importantes au sein de la population qui mettent en lumière des populations vulnérables ou en rupture (Beck, Guilbert et Gautier, 2005). L'environnement familial, comme l'environnement contextuel jouent donc un rôle important dans la santé de la population, qui plus est chez des mineurs. Pour Madame RIMBAULT « *il y a eu tout un mouvement dans l'action sociale, qui a voulu plus rattacher ça à un problème social, et je crois qu'on se trompe puisque [...] il y a des parents très aimants dans toutes les classes de la société* ». Pour elle, non seulement il ne s'agit pas d'un problème social, mais il ne s'agit pas non plus d'un problème économique car « *c'est vraiment [...] la question [...] de la capacité à être parent, ce qui n'est pas du tout quelque chose de simple, et sur lequel nous avons tous à un moment, d'ailleurs quand on a été parent, on a tous eu un moment, on a tous rencontré un certain nombre d'écueil, mais [...]...il n'y a pas de parent idéal...il n'y a que des parents qui font du mieux qu'ils peuvent* », cela renvoie alors à la notion de parentalité. Il s'agit de l'ensemble des droits et des devoirs, des pratiques de soin et d'éducation mises en œuvre pour un enfant par un parent (de droit ou électif), indifféremment de la configuration familiale choisie (Sellenet, 2007). La parentalité a pour finalité l'intérêt de l'enfant et court jusqu'à sa majorité ou son émancipation (Code Civil, 2007). Mais au-delà de ce concept Madame RIMBAULT qualifie la maltraitance infantile de réel problème de Santé Publique, en effet « *...les textes...choisissent très clairement, [...]*

⁶⁶ Facteurs définissables qui influencent l'état de santé, ou qui y sont associés. La santé publique se rapporte essentiellement aux interventions et aux activités de plaidoyer qui visent l'ensemble des déterminants de la santé modifiables, non seulement ceux liés aux actions sur les individus, tels les comportements en matière de santé et le mode de vie, mais également les facteurs tels que le revenu et le statut social, l'instruction, l'emploi et les conditions de travail, l'accès aux services de santé appropriés et l'environnement physique. Les déterminants de la santé interagissent entre eux et engendrent des conditions de vie qui influent sur la santé. (Agence de la santé publique du Canada, 2007)

la Protection de l'Enfance et l'Aide Sociale à l'Enfance, c'est quand même un dispositif dérogatoire aux droits communs, et dans le Code, c'est rattaché aux lois de police, donc on est plus sur un problème de Santé Publique que sur un problème Social. [...] effectivement on sait les dégâts que font, les carences par exemple éducatives graves sur les enfants et...combien par exemple, bon vous savez qu'il y a eu des études [...] dans certaines pouponnières où les enfants étaient extrêmement livrés à eux-mêmes, on s'occupait extrêmement peu, il y avait très peu de maternage, et on voit bien les dégâts ensuite sur le développement de l'enfant ». Pourtant malgré ces connaissances, ces études qui prouvent l'impact de la maltraitance infantile sur la société, l'impact en Santé Publique, comme nous l'avons déjà évoqué, la France semble en retard sur ce questionnement et sur le positionnement à avoir. « La France est particulièrement pertinente dans la question du déni et du tabou ! [...] Mais oui il n'y a qu'à voir le nombre d'affaires périodiquement, et puis nous on commence à comptabiliser le nombre de décès, on est face à une vraie question de Santé Publique, et totalement occultée par les pouvoirs publics, pour des tas de raisons, à la fois historiques, politiques, idéologiques...oui, c'est même je dirais presque pour moi...la signature de l'inefficacité du dispositif de Protection de l'Enfance en France. On n'est pas capable de sauver des mômes quoi. Et avant de se poser des tas d'autres questions...la première question c'est comment on les empêche de mourir ? Voyez, j'ai beaucoup simplifié ma réflexion en trente ans. [Rires] » s'indigne Madame CREOFF, Directrice générale adjointe au pôle enfance et famille au conseil départemental du Val-de-Marne. Cette indignation prend tout son sens lorsqu'on sait que la maltraitance infantile entraîne des coûts sociaux et sociétaux extrêmement importants d'après Jean-Marc LHUILLIER. En effet, d'après une étude qu'a menée Daniel ROUSSEAU⁶⁷, pédopsychiatre, plus les enfants sont placés tôt, c'est-à-dire, moins ils ont été exposés aux maltraitements, ils coûtent à l'âge adulte environ 300 000 euros à la société. A l'inverse, les enfants placés tardivement, arrivent avec des séquelles psychologiques ou physiques très importantes, de leurs côtés, ils imposent un million d'euros pour la société. Pour Madame MATI, experte en formation des enseignants, un enfant qui se développe normalement est un enfant qui apprend. Selon elle, la notion de santé publique ne peut pas être écartée quand on sait que leur « espérance de vie est amputée de 10 à 20 ans ». Ainsi, afin de rappeler le caractère santé publique induit dans la maltraitance infantile, et son impact sur la société, la loi de 2016 réintroduit ce terme.

D'après Madame O'NYMES la santé est un élément constitutif de la Protection de l'Enfance, et en ayant réintroduit ce terme dans la Loi, cela laisse une porte ouverte aux

⁶⁷ Parcours des enfants admis avant l'âge de quatre ans à la pouponnière sociale du Foyer de l'Enfance de Maine et Loire entre 1994 et 2001. Cette étude porte sur 128 sujets.

Laure-Hélène RANDON -

professionnels de santé pour s'investir de cette mission. Ainsi, les professionnels de santé au sein de l'Education Nationale se voient également réattribuer une mission importante, veiller au bien-être des enfants. Leur rôle est d'autant plus important que selon Anne TURSZ « *le détricotage de la santé scolaire et de la PMI, la, le fait que les parents sont de plus en plus seuls et sans conseils [...] tout s'additionne pour que des parents se retrouvent tous seuls, sans mode d'emploi, [...] et ça peut être paniquant* ». D'autant plus que l'on sait que l'isolement, l'inoccupation des parents est un facteur de risque dans la maltraitance infantile (Tursz, 2008).

Ainsi, malgré une longue construction de la maltraitance infantile dans les Politiques Publiques de Santé Publique, ce problème est désormais reconnu comme appartenant à ce champ, tant sur ses conséquences à long terme, que sur le nombre de personnes concernées. Face à ce constat, l'une des priorités que se donne le département est de renforcer leurs actions. Selon Madame RIMBAULT, « *la difficulté qui est la nôtre c'est celle du repérage et de la détection* ».

3 Leviers d'actions et préconisations

A la lumière des entretiens menés, certains aspects semblent nécessiter une attention particulière afin de pouvoir envisager de renforcer la coordination, la fluidité interinstitutionnelle.

3.1 Existe-t-il une collaboration au sein de l'Education Nationale ?

Les différentes définitions apportées à la maltraitance infantile et à son champ de compétence par les acteurs de la DSDEN semblent être un frein au bon fonctionnement de cette institution. Mais, tous s'accordent à dire combien le rôle du médecin de l'Education Nationale est important. Les assistantes sociales, les infirmières et les médecins de l'Education Nationale ont pris l'habitude de travailler ensemble sur le terrain. Malheureusement la pénurie de médecins impose de nouvelles organisations décidées par le médecin conseiller technique du Val-de-Marne. Cette dernière estime qu'étant donné leur nombre, il est difficile pour eux de se déplacer pour donner un avis médical pour chaque suspicion de maltraitance. L'un des conseillers techniques raconte « *jusqu'à...il y a deux ans, ils étaient relativement présents sur cette question-là, parce que c'était défini comme une priorité, [...] leur responsable leur avait demandé de lâcher tout pour s'occuper de ça, depuis qu'elle est partie non* ». Cela implique que désormais les professionnels se sentent seuls, tout particulièrement sur le premier degré, où ils agissent de façon plus isolée que sur le second degré. De plus ils envoient des écrits considérés comme peu décrits ou

incomplets par l'un des conseillers techniques. De son côté, l'infirmier conseiller technique⁶⁸ se souvient : « *quand j'ai pris mon poste il y avait 50 médecins, il en reste 17* ». Ce déficit important de médecin scolaire a mené à une décision, somme toute réfutable : toute observation de signes de maltraitance physique amène le professionnel de l'Education Nationale qui les constatent à faire un Signalement directement au Parquet. Désormais ils ne prennent plus de risque avec ce type de situation. Ce dispositif nous a été expliqué lors du retour sur le projet effectué en Val-de-Marne en Juin dernier. Les différents conseillers techniques qui étaient présents à cette rencontre ont justifié cette décision par les nombreux enfants décédés qui étaient passés à travers les mailles du filet ces cinq dernières années. Ils reconnaissent le caractère embolisateur de cette décision pour le Parquet car tout enfant présentant simplement un bleu peut se retrouver faisant l'objet d'un Signalement.

Outre ce type de décision, les conseillers techniques expliquent que les professionnels sur le terrain semblent plus enclins à travailler ensemble, sans faire appel aux différents conseillers institutionnels qu'ils ont à leur disposition. Mais ils rencontrent des difficultés de par le cloisonnement interne à l'Education Nationale, et les différences entre les premiers et seconds degrés. C'est notamment pour cette raison que des systèmes de co-signature des transmissions d'IP et de Signalement ont été mis en place, « *la co-signature n'est pas admise du côté des AS*⁶⁹. *Du côté des infirmières, si absolument elles peuvent co-signer avec le CPE, le chef d'établissement, le médecin, ce qu'elles veulent, alors les médecins non plus n'admettent pas de co-signature* » développe l'un des conseillers techniques. Ce système de co-signature pourtant paraît rassurer certains professionnels des établissements scolaires, ayant ainsi un appui sur le côté médical ou social de la situation. Est-ce la nécessité de se protéger avec la parole d'un expert ?

Ces aperçus sur la réalité du terrain sont un miroir de la réalité de la DSDEN 94. Sur le « *quotidien, concret, on a des relations tout à fait cordiales* », effectivement les différents bureaux des conseillers techniques sont sur le même pallier à quelques mètres les uns des autres, et la salle de repos se situe dans le bureau de l'assistante sociale conseillère technique adjointe. Cependant, malgré une bonne entente entre ces collègues, il apparaît au cours des entretiens, qu'ils ne se mélangent pas, chacun travaille dans son domaine de compétence, il peut y avoir des échanges sur une situation donnée, mais de façon générale il y a un réel cloisonnement entre le service social, le service santé, et le pôle climat scolaire⁷⁰. Il y a eu par le passé un véritable travail d'équipe entre le service infirmier et le service médical, mais cela a changé avec le dernier médecin conseiller technique en poste,

⁶⁸ Il est en poste depuis l'an 2000.

⁶⁹ Assistantes Sociales.

⁷⁰ Par respect de l'anonymat des professionnels qui se sont exprimés sur ce point, le paragraphe qui suit sera écrit sans aucune verbatim.

qui n'avait pas les mêmes priorités dans la Protection de l'Enfance que son prédécesseur. En parallèle, le service social a toujours fonctionné de façon très cloisonnée. Par exemple, chaque année, la circulaire de Protection de l'Enfance rédigée par le service social est lue en équipe en septembre, mais, ensuite le sujet n'est plus abordé. Ce cloisonnement a été visible lors de la recherche de données chiffrées pour l'étude. Effectivement, en Février, les statistiques envoyées à la DGESCO pour l'année 2014-2015 m'ont été données. En comparant les chiffres du tableau et les informations récoltées dans les entretiens, une contradiction apparaissait : sur le tableau reçu en février, les assistantes sociales faisaient beaucoup moins de transmission que les professionnels de santé et les autres professionnels de l'Education Nationale. Or, lors de la rencontre du mois de Juin, ce retour a permis de découvrir que les statistiques des assistantes sociales n'avaient pas été ajoutées sur la version que le médecin conseiller technique m'avait fait parvenir. Cela pose d'autant plus question que la cellule de vie scolaire reçoit toutes les copies de transmission écrites par tous les professionnels du milieu scolaire hors professionnels sociaux et santé, et transmet ces chiffres à l'infirmier conseiller technique qui a la charge de mettre à jour les statistiques. Mais ce-dernier ne reçoit pas les statistiques des assistantes sociales qui sont faites de leur côté. L'un des acteurs de la DSDEN déplore cette organisation en interne « *moi c'est un fonctionnement qui me semble aberrant* », il explique : « *on devrait échanger [...] les trois conseillers techniques [...] avec le proviseur de vie scolaire, avec la direction académique* ». Ce qui a été mis en place en début d'année 2016. Madame NAVARRO explique qu'en effet des réunions ont eu lieu d'abord chaque semaine, puis tous les quinze jours, mais que la dernière rencontre remontait à plus d'un mois. Ces réunions permettaient de partager sur des situations délicates. Néanmoins, certains des professionnels rencontrés estiment qu'il faudrait également prendre ce temps pour revenir sur des évaluations et chercher à améliorer leurs pratiques professionnelles.

Cette organisation interne démontre un cloisonnement particulièrement fort, où chacun reste dans ses missions et au titre du secret professionnel ne tend pas vers un partenariat fluide au sein-même de l'institution.

L'Education Nationale reste donc une instance au fonctionnement et à l'organisation qui lui est propre, il est difficile d'en comprendre tous les rouages, les rôles et les missions de chacun. Mais comment décroisonner la Protection de l'Enfance si cette institution est elle-même cloisonnée ? Ce phénomène a donc un impact sur le fonctionnement de la boucle institutionnelle de Protection de l'Enfance, mais ce n'est pas le seul point noir au tableau. C'est pourquoi il faut s'intéresser aux différents points d'attention pour améliorer notre système.

3.2 Les leviers d'actions repérés sur le département

Lorsqu'on s'attarde sur les points sur lesquels il est nécessaire d'agir selon toutes les personnes rencontrées, on constate que l'on peut se calquer sur les actions de promotion de la santé voulues par la charte d'Ottawa.

3.2.1 L'élaboration de politiques pour la santé

Il s'agit ici de promouvoir la santé à travers la mise en place de politiques pouvant déboucher sur des plans de formation des professionnels mais aussi en favorisant le travail interinstitutionnel, le travail d'équipe, ou encore des actions visant à changer les mentalités⁷¹.

A) La formation : un levier d'action très important

a) *Formation initiale*

La formation initiale est pointée du doigt par tous les interlocuteurs rencontrés. Par exemple « *les professionnels de l'Education Nationale ne sont absolument pas formés au repérage des enfants en danger* » explique Madame SAUVAGE, ni sur les conséquences de la maltraitance infantile complète Céline RAPHAËL. Pourtant, même si ce n'est pas le cœur de leur mission professionnelle, en tant qu'acteurs les plus proches des enfants il apparaît tout à fait logique de s'attendre à ce qu'ils aient une formation initiale sur la thématique de la maltraitance infantile. Ces professionnels seraient ainsi mieux sensibilisés. Madame RIMBAULT va jusqu'à parler de réfléchir à une spécialisation Protection de l'Enfance pour tous les professionnels de la boucle institutionnelle. D'autre part les médecins ne sont pas mieux lotis en matière de formation initiale. Anne TURSZ précise « *la formation pendant les études de base est très faible. Moi j'ai fait mes études il y a très longtemps, il n'y avait rien, mais il y a beaucoup plus que rien maintenant. Il y a à peu près une heure au cours du cursus général...* ». Ce qui paraît étonnant quand on sait qu'une partie d'entre eux travailleront auprès ou en lien avec un public mineur. Lors de la rédaction de sa thèse Céline RAPHAËL a interrogé les internes sur les facteurs de risques de la maltraitance infantile, d'après elle « *86% à peu près des internes pensaient que effectivement il y avait une relation, dans les facteurs de risques en fait, ils ne citent pas du tout la prématurité qui pourtant est un vrai facteur de risque, ils citent tous [...] le niveau socio-économique* », quand on sait que les études sont nombreuses sur le sujet, et qu'elles datent. Ce point semble par conséquent être l'un des éléments majeurs à travailler pour améliorer la prise de conscience de l'importance de la lutte contre la maltraitance infantile.

⁷¹ Charte d'Ottawa.

b) *Formation continue.*

Les formations continues sur la maltraitance infantile ne sont pas beaucoup plus nombreuses et développées que les formations initiales. Il s'avère que c'est très département-dépendant. Les personnels de direction du milieu scolaire reçoivent tous une formation en interne, mais pour les conseillers techniques, il faudrait que cela s'étende à tous les professionnels de l'Education Nationale, d'autant plus qu'en dehors des personnels de direction, il n'existe actuellement pas de formation sur la maltraitance infantile ce que déplorent également Monsieur LHUILLIER et Madame O'NYMES. A ce titre, les assistantes sociales de l'Education Nationale ont fait la demande au département d'être formées avec leurs collègues du département. Cette avancée est plutôt positive, et répond aux objectifs ministériels « *la loi insiste beaucoup maintenant sur les formations conjointes* » précise Madame RIMBAULT. Madame MATI la rejoint, estimant que ces formations en partenariat sont nécessaires pour renforcer le maillage territorial de la Protection de l'Enfance. Cette mise place de formation conjointe serait un bon moyen de former, d'informer les différents professionnels de la Protection de l'Enfance, mais également de les amener à se rencontrer, et travailler ensemble, et cela permettrait par conséquent de casser les fausses idées de ces acteurs sur les autres institutions, et ainsi améliorer la boucle institutionnelle et décloisonner la Protection de l'Enfance.

A défaut de formation continue, il est nécessaire d'institutionnaliser un système d'information d'après Madame CREOFF et l'un des conseillers techniques. En informant les professionnels de l'Education Nationale, en les incitant à être vigilant, cela permettrait d'être un bon levier d'action. D'autant plus que d'après Madame RIMBAULT, on s'aperçoit qu'aujourd'hui les enseignants ont « *une méconnaissance de ce système...de Protection de l'Enfance, ils en ont une grande méconnaissance* ». Cela a pour effet que l'Education Nationale sort trop souvent de ses prérogatives selon certains acteurs institutionnels, en menant les enquêtes policières ou administratives. Il est donc nécessaire de former et d'informer les professionnels de l'Education Nationale sur le rôle de la boucle institutionnelle de Protection de l'Enfance, comme sur les protocoles de transmission des Informations Préoccupantes et des Signalements. Ainsi cela permettrait d'éviter des situations délicates, les professionnels pourraient remplir correctement ces transmissions, mais surtout la boucle institutionnelle gagnerait en efficacité. Madame SAUVAGE s'explique sur ce point : « *nous on a besoin que l'Education Nationale, comprenne [...] enfin saisisse bien ce qui relève d'une Information Préoccupante. On a aussi une multitude encore de professionnels de l'Education Nationale, qui transmettent à la CRIP des informations qui ne relèvent pas des Informations Préoccupantes. [...] donc les attentes qu'on peut avoir aujourd'hui c'est : bien sensibiliser les professionnels de l'Education Nationale sur ce qui relève de la Protection de l'Enfance, que ces situations soient signalées au bon moment, c'est-à-dire ni trop tard, ni trop tôt....et qu'enfin ils saisissent bien la différence entre la saisine de la CRIP,*

et la saisine du Parquet. Parce qu'à l'heure actuelle, on a encore des situations, où l'Education Nationale saisit directement le Parquet, alors que ça ne relève pas du tout d'une intervention judiciaire, [...] ça embolise le Parquet qui n'est pas très satisfait, qui nous le renvoie, on perd du temps. Donc ça ce n'est pas efficace ». Une fois encore une meilleure connaissance du système par tous les acteurs est le moyen le plus sûr de pouvoir lutter contre des erreurs comme celles soulignées par la directrice de la CRIP. Le changement doit passer par un cheminement dont la finalité est la connaissance mais également la compréhension du système.

B) Retour d'expérience

Un autre levier d'action qui ne semble pas avoir été mis en place sur le département est le système de bilan et d'évaluation des actions déjà menées. Il n'existe aucune rencontre sur le département où toutes les instances sont invitées à venir avec leur bilans institutionnels afin de pouvoir réfléchir ensemble aux points à améliorer ou d'évaluer l'efficacité et l'impact du travail effectué explique l'un des conseillers techniques. Madame SAUVAGE confirme *« au niveau statistique, on a encore un gros travail à faire »*. Effectivement, lors de la récolte des différentes données chiffrées pour l'étude que nous menons, on a pu constater que d'une part, elles ne sont pas détaillées, et d'autre part leur récolte a été laborieuse. Ce point fait réellement défaut au département du Val-de-Marne. Par ailleurs, selon Madame O'NYMES, la question d'évaluation, de mise en place de bilan passe d'abord par la volonté de travailler ensemble au préalable. Selon elle, *« si c'est signer un protocole ou signer une organisation qui ne produise pas d'effets et les professionnels ne sont même pas au courant des protocoles signés »* alors derrière, le bilan est impossible à envisager et à réaliser. Il est donc nécessaire que le partenariat fonctionne bien pour pouvoir mener à bien les objectifs des dispositifs mis en place. C'est d'autant plus important que certains professionnels vont faire des formations, mais *« vous partez seul en formation, [...] vous revenez...mais si tout le staff ne suit pas, ben vous êtes seul avec votre formation, et vous êtes encore plus frustré parce que ça ne suit pas. Donc, il y a quelque chose là du partage, de l'échange, du dialogue »* précise Madame O'NYMES. Ainsi la possibilité de pouvoir partager en équipe ce qui s'est vécu en formation, ou sur le terrain, va pouvoir permettre la mise en place de bilan institutionnel. Selon Céline RAPHAËL, le fait de partager en équipe son vécu, permet de sensibiliser les professionnels sur le fait *« qu'on pouvait être fille d'ouvrier et maltraitée mais aussi fille de directeur de l'usine et maltraitée »*. Cela permet ainsi au professionnel le jour où il se retrouve face à une situation d'enfant maltraité de se souvenir d'une expérience que l'un de ses collègues avait partagée, et de pouvoir ainsi repérer plus rapidement ou en tout cas transmettre une information plus rapidement. Partager en équipe permet alors de pouvoir prévenir certaines situations, en plus de pouvoir aider les professionnels à porter ces situations difficiles. Ces rencontres seraient donc le

Laure-Hélène RANDON -

moyen de renforcer le partenariat et la culture du travailler ensemble, et par conséquent de renforcer l'efficacité de la boucle institutionnelle de Protection de l'Enfance.

C) Législation

L'étude prend place dans un contexte particulier étant donné que la loi de mars 2016 relative à la Protection de l'Enfance est sortie après le début des premiers entretiens. Il n'en reste pas moins que lors de ces entretiens avec les professionnels de l'Education Nationale, il ressort que les circulaires et les textes de lois, leur semblent suffisants. C'est la mise en œuvre qui doit alors être travaillée. Pour Jean-Marc LHUILLIER, les lois restent cependant floues. Selon lui « *quand les médecins se demandent s'ils peuvent recevoir tout seul un enfant, [...] il y a quand même un flou, là...idéologique, enfin juridique très grand [...] la dernière Loi, qu'on a fait spécialement pour les médecins, pour les personnels de santé, [...] en disant quand même très clairement qu'on ne pouvait pas engager leur responsabilité, maintenant c'est clair [...] j'ai rarement vu...un autre texte comme ça, exonérer les responsabilités des professionnels [...] le texte devrait les rassurer, et c'est quand même toutes ces questions de responsabilités qui les inquiétaient, on ne peut pas être plus clair* ». Se pose peut-être alors plutôt la question de la compréhension de lois pour les personnes concernées, plus que la nécessité d'écrire d'autres textes. Finalement comment est travaillée la compréhension des lois par les professionnels concernés ? Ce point nous amène de nouveau à la question de la formation et de l'information, afin de pouvoir rassurer les professionnels, mais également d'améliorer leurs pratiques.

D) Impliquer l'Hôpital dans la boucle institutionnelle

L'hôpital est le grand absent de la boucle institutionnelle de Protection de l'Enfance. Il est primordial d'agir sur ce levier d'action. En effet, le rapport d'Alain GREVOT sur l'affaire Marina le dénonce également. Comme le remarque Madame RIMBAULT à juste titre, « *un enfant peut passer plusieurs fois aux urgences sans qu'on se pose de question sur comment il se fait ces fractures comme ça régulièrement, comment il est blessé comme ça aussi souvent. Voire d'un hôpital à l'autre, il n'y aura pas de lien entre les hôpitaux* » ni avec aucune instance de Protection de l'Enfance d'ailleurs. Mais il est évident que si l'on regarde « *le nombre de fois où un enfant passe aux urgences dans un même hôpital et où il y a un problème et où c'est transmis à personne [insiste sur ce mot]* » insiste Madame RIMBAULT, alors on s'aperçoit qu'il est nécessaire d'impliquer cette institution dans le schéma départemental de Protection de l'Enfance. En réfléchissant au rôle de cette instance, et surtout aux actions à mettre en place pour permettre d'éviter ces situations. Qui plus est lorsqu'on s'intéresse aux propos tenus par Anne TURSZ : « *...à l'hôpital on ne sait pas grand-chose....et c'est tellement plus facile de...[...] il y a encore [...] des tas d'urgentistes qui regardent sereinement une fracture du crâne, associée à une fracture du fémur chez un*

tout petit enfant, sans trouver ça bizarre. Alors que...ça ne tient pas debout. ». Mais sur ce point, on en revient une fois de plus à la formation et l'information des professionnels.

E) Vision et considération

L'un des conseillers techniques de l'Education Nationale est catégorique : il faut absolument « *redorer le blason* » de cette institution auprès des autres instances mais surtout auprès de l'opinion publique. Tant que ce travail ne sera pas effectué il sera difficile d'espérer que la fluidité du partenariat soit totale. D'autant plus que la maltraitance infantile n'est pas politiquement vendeuse d'après les différents experts rencontrés. Aucun politicien ne souhaitera se focaliser sur cette Politique Publique, les impacts ne sont pas assez rapides. Madame O'NYMES raconte : « *la première fois que j'ai pris mes fonctions [...] j'étais frappée par...par ces questions de Protection de l'Enfance. A la fois par ce que ça générait auprès des professionnels et ce que ça générait auprès des élus...notamment ce terme de maltraitance, la maltraitance qui d'ailleurs a, une année, [...] été grande cause, [...] et je me suis très vite rendu compte à quel point cette question pouvait devenir très vite polémique c'est curieux...à quel point...les interprétations sur la maltraitance étaient divergentes et en tout cas différentes selon qu'il s'agisse d'un professionnel de l'ASE, d'un travailleur social dans un service départemental, selon qu'il s'agisse de la PMI, selon qu'il s'agisse des autres institutions à savoir le Juge des Enfants, le Parquet, l'Education Nationale bien-sûr qui jouent un rôle absolument essentiel dans cette question-là puisque c'est là où les enfants vivent en grande partie, la police, évidemment, enfin tous ces acteurs qui a un moment ou un autre vont intervenir parce qu'on a une question qui concerne...des mauvais traitements infligés aux enfants. Alors...j'ai pu, si vous voulez mesurer à quel point...ce sujet était dérangeant, il est dérangeant et quelque fois on ne le nomme pas, [...] c'est quoi la maltraitance. Quel est son degré, quelle est sa réponse* ». Ce témoignage montre l'importance de tous s'accorder sur une seule et même définition de la maltraitance infantile. Et finalement harmoniser les Politiques Publiques, définir les termes et les limites de ce que l'on accepte légalement deviennent nécessaires. En Suède, où les châtiments corporels ont été interdits, un enfant par an meurt de maltraitance, mais Céline RAPHAËL souligne qu'en France « *on en a deux par jours, donc...* ». La prise de conscience en France est nécessaire. Outre les comportements culturels différents, on peut penser qu'établir des règles précises permettrait peut-être alors de diminuer la prévalence des décès d'enfants pour des motifs de maltraitance. Mais il y a également un message médiatique à modifier. Lors des débats pour légiférer sur les châtiments corporels, les médias se sont saisis du sujet en le tournant en dérision, desservant la cause de la maltraitance infantile dans l'opinion publique. D'autre part, les grandes affaires de maltraitance infantile médiatisée présentent presque systématiquement des parents toxicomanes, alcooliques, ou issus des catégories socio-économiques défavorisées.

Laure-Hélène RANDON -

« *Donc c'est quand même très ancré dans la société. [...] c'est tellement tabou la maltraitance en milieux favorisés que les victimes elles-mêmes, parlent pas ou en plus, et ne sont pas repérées, donc...les gens pensent que ça n'arrive que chez les cas sociaux parce que c'est des affaires qui sortent dans la presse, que les autres sont, plus tues, ou silencieuses* » explique Céline RAPHAËL. Ce tabou déjà expliqué, semble perdurer, et s'avère être l'un des leviers d'actions les plus importants pour faire prendre conscience aux politiciens la réalité qu'est la maltraitance infantile et la nécessité de lutter contre. Prendre conscience et renforcer les Politiques Publiques de Protection de l'Enfance serait également un bon moyen d'améliorer l'environnement des enfants, et ainsi promouvoir leur santé.

F) Revalorisation des MEN

Sur ce sujet encore, tous les acteurs rencontrés s'accordent à reconnaître l'importance du médecin de l'Education Nationale dans la lutte contre la maltraitance infantile. Néanmoins il y a un énorme souci de valorisation de ce métier selon Anne TURSZ. Tout d'abord, une majorité des médecins encore en activité va bientôt partir à la retraite et ne sera pas remplacée. D'autre part, cette spécialisation n'est pas valorisée, que ce soit auprès des étudiants de médecine, ou auprès de leurs pairs. Céline RAPHAËL se souvient « *toutes mes études jusqu'à l'internat...le doyen nous a répété pendant toutes nos études, que si on faisait de la médecine générale, on était de la merde. Qu'il fallait faire une spécialité...et encore on voit des patients toute la journée, et le doyen à Paris 5, nous a répété pendant toutes nos études, que médecin générale, ce n'est pas, c'était pas, il ne voulait pas voir de ses étudiants médecins généralistes, c'était la honte* », pour elle, il en est de même de la médecine scolaire. Par ailleurs, une revalorisation financière est nécessaire « *parce que les jeunes ils veulent...quand tu sais que tu peux gagner [...] 10 000 €/mois en étant médecin radiologue...et que si t'es médecin scolaire tu vas gagner 1800 €/mois...tu n'as peut-être pas forcément envie de choisir la médecine scolaire* » argumente Céline RAPHAËL. Et ce point est tout à fait vrai, huit années d'études minimum, un investissement aussi important dans son cursus universitaire, avec plusieurs concours, ne peut se solder par un salaire aussi peu attractif. De son côté, Anne TURSZ grossit ce trait en comparant le salaire des médecins scolaires à celui d'une femme de chambre dans les beaux quartiers parisiens. Il y a alors un travail important à faire pour la revalorisation de ce métier, d'autant plus que les reproches faits aux médecins scolaires sur le fait qu'ils se retirent de plusieurs de leurs missions sur le terrain, n'est pas justifié étant donné la situation. Il leur est difficile de pouvoir assurer le rôle de formateur, informateur, écoutant, médiateur et soigneur quand on sait le nombre d'élèves qu'ils ont à voir sur leurs secteurs.

G) Le cloisonnement départemental

Aujourd'hui il existe un nomadisme médical en plus de celui général des familles d'après le médecin de l'UMJ. Le carnet de santé va être très parlant : si de nombreux médecins sont acteurs sur le carnet de santé des enfants, on peut alors s'interroger sur ce que vit l'enfant. De même un carnet de santé peut s'oublier une fois ou deux, mais plus, il peut être nécessaire de questionner les parents. Il va donc permettre de s'interroger et de faire un suivi d'un département à l'autre. Par ailleurs les instances de Protection de l'Enfance vont également agir si elles sont informées de la situation en amont.

La CRIP n'est pas compétente pour traiter une transmission d'un enfant domicilié dans un autre département, Madame SAUVAGE raconte qu'elle « *transmet à la CRIP correspondant au département du domicile de l'enfant* ». Selon elle, les CRIP de France travaillent ensemble. La difficulté se retrouve quand personne ne sait où sont parties les familles. Mais lorsque les services sociaux connaissent le lieu de destination d'une famille, ils peuvent alors transmettre leur dossier au département d'accueil de cette famille. Un point sensible est plutôt la confiance accordée aux évaluations des services du département précédent. Effectivement, Madame SAUVAGE me donne l'exemple d'une famille qui vient d'arriver dans le département, « *j'ai confiance dans les services sociaux de Paris, je ne vois pas pourquoi j'aurais des doutes par rapport à eux, donc j'ai signalé. Mais on aurait pu retarder le signalement. Oui, et ce qui aurait pu laisser le temps à la famille d'encore déménager... [...] ailleurs* ». Ce fonctionnement est exactement le même au niveau de l'Education Nationale d'après Madame NAVARRO. Un seul bémol paraît entacher le tableau, il semblerait que certains professionnels de santé retirent les transmissions d'IP et de Signalement du dossier médical avant son envoi au service de santé de l'Education Nationale d'un autre département. L'un des conseillers techniques explique cette pratique à laquelle il s'oppose « *je pense qu'au contraire il faut donner tous les éléments [...] mais je sais que c'est une pratique qui existe* ». Elle est étonnante quand on sait les dégâts causés sur les enfants par certaines familles maltraitantes qui fuient les services de Protection de l'Enfance. Sur ce point sensible, il semblerait qu'il y ait un vide juridique, n'obligeant pas les professionnels à transmettre toutes les informations qu'ils auraient en leur possession. Cet élément devra cependant être éclairé, afin de mesurer s'il s'agit d'une pratique courante, ou de professionnels isolés. Cette façon de procéder n'en reste pas moins inquiétante, surtout lorsqu'on s'aperçoit que tous les acteurs institutionnels ont l'affaire Marina ancrée dans leur mémoire, et agissent afin d'éviter que cette situation puisse se reproduire.

3.2.2 Création d'environnements favorables

Les environnements favorables à la santé permettent dans ce contexte de mettre en place des conditions de scolarisation favorables, respectueuses de l'enfant, lui permettant de s'exprimer et de prendre en compte sa parole. La mise en place de cet environnement passe également par la sécurisation des espaces dans lesquels les professionnels peuvent améliorer leurs pratiques⁷².

A) Des espaces pour les professionnels

Comme nous avons pu le voir il est nécessaire que les professionnels puissent se rencontrer pour revenir sur les situations qu'ils vivent. Selon Madame CREOFF, il faut mettre en place des espaces où puissent se dire les choses : *« tout seul dans votre coin vous voyez quelque chose, mais qu'il ne se passe rien quand vous le dites, il n'y a rien de plus déstabilisant, et on arrête de regarder. C'est ce que je dis souvent. Ne pas obliger les gens à regarder si une fois qu'on a regardé on a rien à leur...pour mettre fin à ce qu'ils ont vu [...] Je n'ai peut-être pas raison, mais quand même je suis inquiet. [...] il faut qu'elle ait un endroit où déposer son inquiétude »*. Ainsi, en toute collégialité, il semblerait utile de permettre des endroits où les différents professionnels puissent partager, et parfois se décharger de situations difficiles, pour ensuite être accompagné et pouvoir mieux accompagner les jeunes auprès desquels ils travaillent. Alain GREVOT estime qu'il faut absolument donner *« la possibilité pour les enseignants de se confier à des gens du département plus spécialisés sur la question de la Protection de l'Enfance »*.

B) De nouveaux postes professionnels

Il s'avère que les enseignants du premier degré sont embolisés par les difficultés sociales des familles. L'un des conseillers techniques explique qu'il serait nécessaire qu'un professionnel puisse les décharger de ce travail, qui occulte une partie de leurs missions professionnelles. La nouveauté sur le Val-de-Marne d'après Madame NAVARRO, est l'ouverture d'un poste pour une assistante sociale sur le premier degré, mais ce poste est ouvert sur une zone « REP+ ». Pourtant il est nécessaire de pouvoir mettre en place des assistantes sociales sur le premier degré, malheureusement les budgets ne permettent pas de réaliser ce projet. Sur le second degré, les assistantes sociales ne sont pas présentes sur tous les établissements, en effet certains établissements travaillent en réseaux, et un poste est affecté sur ce réseau. Une fois encore, il s'agirait d'une politique pour promouvoir la santé, mais ce levier d'action aurait également un impact sur l'environnement dans lequel les enfants sont accueillis. Sécuriser les lieux d'accueil des jeunes est le meilleur moyen de renforcer et d'améliorer l'environnement dans lequel ils évoluent.

⁷² Charte d'Ottawa.

C) Un environnement favorable en direction des jeunes

Faute de moyens, certains lieux dits écoute-ado, écoute-jeunes sont actuellement en train de fermer. Madame O'NYMES déplore ce phénomène, effectivement « *les jeunes...pouvaient juste passer, [...] pour dire quelque chose, pour être conseillé...le planning familial s'est concentré sur les adultes, il n'y a plus grand-chose [...] pour les ados* ». Madame CREOFF explique que sur le Val-de-Marne il y a eu la mise en place de la maison de l'adolescent, qui est un lieu privilégié pour les jeunes, pour répondre à leurs questions, les conseiller, être à l'écoute. Les parents peuvent également bénéficier de cette structure. Mais le recul sur ce dispositif ne permet pas encore d'en évaluer son impact.

Parallèlement Céline RAPHAËL pointe les problèmes des enfants placés, déplacés, et replacés sans cesse pendant leurs prises en charge par les services de l'ASE. Elle s'explique : « *l'enfant pour se construire, il a besoin de stabilité, donc il faut qu'on arrête de passer d'un foyer à une famille d'accueil, c'est comme ça qu'on fera [...] des « incasables ».* Parce que le même, à force d'avoir été ballotté tous les trois mois, il s'adapte plus. Il ne peut plus s'adapter, il ne peut plus s'attacher, il ne peut plus avoir confiance [...] Parce qu'on voit aussi « *il s'attache trop* », alors ? *L'enfant il s'est trop attaché à sa famille d'accueil, donc on le change parce qu'il s'est trop attaché, non mais c'est quoi ce délire ?* ». C'est d'autant plus questionnant qu'il apparaît que les enfants une fois placés ne font pas l'objet d'une interrogation de leur bien-être par les services de l'ASE. Il serait pourtant nécessaire que cet enfant soit suivi médicalement, afin de pouvoir mesurer les conséquences des événements qu'il a traversés, de l'aider à se reconstruire. Il est étonnant d'entendre que son bien-être au sein d'une famille puisse être un motif pour de nouveau le déplacer.

En s'intéressant au ressenti de l'enfant, à ses besoins, en étant à son écoute, alors on favorisera un environnement sain pour lui. La question de l'information à laquelle il a le droit d'accéder, les actions de préventions menées à l'école sont nécessaires, afin de lui permettre de sentir que les adultes qui l'encadrent dans le milieu scolaire se sentent concernés par ses droits, son respect et sa dignité. La mise en place de cet environnement permettra alors à l'enfant de se sentir libre de partager son quotidien.

3.2.3 Renforcement de l'action communautaire

Il s'agit de renforcer les relations famille-école et la co-éducation, afin de pouvoir agir sur les facteurs de risques de la maltraitance infantile, et concourir au bien-être de l'enfant⁷³. Effectivement, impliquer les parents dans le suivi de leur enfant est un dogme qui paraît tout à fait logique, pourtant selon Madame NAVARRO « *des fois on se dit non il n'y a pas besoin d'alerter la CRIP. Il aurait peut-être suffi d'échanger avec les parents, de leur donner des pistes d'aides, sans passer par tout ce dispositif* ». Certaines situations peuvent

⁷³ Charte d'Ottawa.

paraître difficile à gérer pour les professionnels de l'Education Nationale, c'est pourquoi ils alertent aussitôt la CRIP comme nous avons pu le voir. Néanmoins, certains parents ont simplement besoin d'être ré-impliqués dans l'éducation de leurs enfants, ou de recevoir quelques conseils, pouvant ainsi s'investir de nouveau dans leur parentalité. Madame RIMBAULT fait remarquer à juste titre, que les autres membres de l'entourage peuvent être sollicités, les « *grands-parents, des oncles, des tantes, enfin ce qui a toujours constitué des modérateurs dans l'équilibre* ». D'autant plus que certaines familles sont très isolées sur le département.

3.2.4 Acquisition d'aptitudes individuelles

Cette action de promotion de la santé passe par le développement de compétences individuelles, de prévention, d'éducation pour la santé par exemple⁷⁴. Il est nécessaire de mettre en place un système d'information auprès des enfants, et ce en s'adaptant à leur âge. D'après le médecin de l'UMJ, il y a déjà eu des interventions des services de police pour tout ce qui touche à la drogue etc., mais également pour leur expliquer tout ce qui touche à la Protection de l'Enfance. « *Informé...oui c'est normal...que les enfants connaissent par exemple leurs droits, bon voilà, sachent qu'ils ont, ce qu'ils peuvent attendre [...] de leurs proches, etc.* » dit Madame RIMBAULT. Effectivement, il y a l'image des parents, et tout ce que font les parents paraît « normal », et c'est souvent à l'adolescence ou plus tard que le mineur victime va comprendre que ce n'était pas normal. Un enfant va croire ses parents. Malgré les possibilités d'accès à l'information qui existent aujourd'hui, selon le médecin de l'UMJ, ce qui se vit dans le milieu familial est une référence, c'est la norme. Pour Céline RAPHAËL la maltraitance infantile devrait être une thématique abordée en cours d'éducation civique, « *si on n'explique pas aux enfants ce que c'est la bienveillance, et alors ça fait peur à tout le monde de parler de la maltraitance, et bien parlons de la bienveillance. Expliquons aux enfants ce qu'est la bienveillance, pour que ceux qui sont maltraités puisse se dire « ah bah moi c'est pas ce que je vis »* cela permettrait alors à l'enfant victime de maltraitance infantile de pouvoir réfléchir à sa situation. Nous avons déjà abordé la question de la prévention, et il est évident que l'éducation à la santé, la possibilité pour les enfants d'acquérir les compétences nécessaires au développement et au respect de leur propre santé sont de bons moyens pour favoriser leur maintien en bonne santé. C'est d'autant plus vrai quand l'acquisition de ces aptitudes se fait dans un environnement dans lequel ils peuvent se sentir en sécurité.

3.2.5 Réorientation des services de santé

En associant le travail des services de santé et des services sociaux en amont des situations, en travaillant sur les équipes de ces services, et leurs liens, on peut agir pour

⁷⁴ Charte d'Ottawa.

promouvoir la santé⁷⁵. Le travail qui semble être important à mettre en place est la lutte contre la « *méconnaissance des signes relevant d'une suspicion de maltraitance...chez les professionnels de santé et en particulier les médecins...* » selon Madame SAUVAGE. En renforçant les connaissances des professionnels de santé, on permet alors d'améliorer le repérage de situations de maltraitements infantiles. Par ailleurs, ces services au sein de l'Education Nationale ont un travail à mettre en place pour les enfants qui sont placés sur toute la problématique de ces « *séquelles physiques, psychologiques qu'il a accumulées sur des années et des années de maltraitements* », afin d'éviter qu'il ne devienne un numéro de dossier plaide Céline RAPHAËL. Ce point rejoint tout le travail d'équipe et partenarial tant au sein d'une institution qu'en lien avec les autres instances de la Protection de l'Enfance.

3.3 Préconisations :

Sans avoir la prétention d'apporter les solutions, et malgré une absence de pratique de l'expertise du terrain, il ressort des différents entretiens conduits et des réflexions résultant de l'analyse de la situation, que des axes d'améliorations sont possibles. Je suis cependant consciente que ces actions et stratégies, peuvent être délicates à mettre en œuvre.

3.3.1 Préconisation générale

L'apport de connaissance, la définition, les signes mais également les conséquences de la maltraitance infantile doivent de toute évidence faire l'objet d'Unité d'Enseignement dans tous les cursus de formation initiale des métiers médicaux, paramédicaux, sociaux, mais aussi les métiers de l'éducation (enseignants, éducateurs, aide de vie scolaire, etc.).

Une formation continue est nécessaire pour apporter la connaissance, la définition, les signes mais également les conséquences de la maltraitance auprès de tous les professionnels qui concourent à la Protection de l'Enfance. Cette formation ne doit cependant pas s'arrêter à la boucle institutionnelle de la Protection de l'Enfance, elle doit également toucher tous les médecins libéraux, les pédiatres, les professionnels de l'urgence (SAMU, urgences hospitalières, pompiers, etc.), les infirmières libérales, les assistantes sociales, etc. Ces formations doivent pouvoir être assurées en respectant la pluridisciplinarité afin de pouvoir favoriser le travail partenarial.

Au sein de l'Education Nationale cette formation touche les enseignants, les professionnels de santé et sociaux, mais également tous les personnels de direction, des cuisines, et du périscolaire.

⁷⁵ Charte d'Ottawa.

Des rencontres pluri professionnelles et pluridisciplinaires doivent être organisées afin de permettre un retour d'expérience, de partager sur les difficultés rencontrées, mais également pour établir un bilan des actions menées et pouvoir réorienter les pratiques si c'est nécessaire. Ces rencontres doivent quoi qu'il en soit se dérouler dans le cadre légal sur les échanges d'informations. Cette préconisation s'adresse actuellement aux acteurs institutionnels, et se base sur l'analyse des entretiens et informations récoltés pendant cette première année d'étude. L'organisation de ces rencontres pour les acteurs de terrain ne saurait être préconisée ici, tant les informations obtenues ne permettent pas encore de définir leurs nécessités réelles. Cependant, l'aperçu actuel sur la réalité du terrain grâce aux entretiens, laisse penser, que cela devra possiblement se mettre également en place.

La revalorisation des MEN est nécessaire et primordiale. C'est un point prioritaire. Proposer des salaires plus attractifs serait une première action à mener. Mais il faut travailler également sur les discours tenus dans les facultés de médecine afin que cet exercice de la profession ne soit plus dénigré. Ce point est cependant très utopique, mais revaloriser cette profession permettra de pouvoir changer les mentalités et les discours.

Autre point de progrès certes, délicat à mettre en œuvre est de faire évoluer la vision, la considération et l'opinion publique concernant la maltraitance infantile et la Protection de l'Enfance. Cela doit passer par des Politiques Publiques plus valorisantes des différentes institutions de la Protection de l'Enfance, mais il faut également que ces instances travaillent sur leur image. Ce travail pourrait peut-être être réfléchi avec les médias afin de « redorer le blason » de ces institutions.

Le renforcement du décloisonnement départemental est à travailler en invitant les acteurs institutionnels à se rencontrer, à minima lorsqu'ils sont proches et qu'ils savent qu'ils vont être amenés à travailler ensemble.

L'ouverture de poste d'assistantes sociales dans le premier degré au sein de l'Education Nationale semble être une nécessité également. Le manque criant de ces professionnels sur le second degré n'en reste pas moins une inquiétude, néanmoins, la nécessité de mettre en place ces professionnels sur le premier degré devient indispensable. En Val-de-Marne un poste est ouvert à compter de ce mois de septembre, mais cela reste grandement insuffisant.

Il est également important de pouvoir favoriser les structures d'accueils tels que les points dits « écoute-jeunes » afin de permettre aux enfants, comme à leurs parents de pouvoir accéder à des lieux où poser leurs questions, leurs difficultés, et recevoir un conseil, ou une orientation à suivre.

Il faut par ailleurs clarifier les rôles et missions des différents professionnels concourant à la Protection de l'Enfance, soit par des circulaires, soit par des réunions d'informations.

Mettre en place une « équipe lutte contre la maltraitance infantile » serait une piste dans chaque école. Cette équipe pourrait travailler en lien avec le médecin référent protection de l'enfance, et elle serait désignée comme ayant une connaissance particulière sur ce sujet et pourrait alors conseiller les autres membres de l'établissement. Ils seraient également disponibles pour aider à la rédaction des transmissions d'IP et de Signalement. Parmi leurs missions ils seraient notamment responsables de la mise en place de campagnes de prévention et d'information sur la maltraitance infantile, et pourraient travailler en lien avec les services de santé et sociaux de l'Education Nationale. Il peut s'agir de deux ou trois professionnels seulement, mais qui travaillent ensemble afin de ne pas porter les situations seuls. Cette mission leur serait dévolue en plus de leurs missions professionnelles. Cette équipe pourrait également être le relais auprès des parents qui ont parfois simplement besoin de communiquer sur leurs difficultés éducatives, et qui souhaitent obtenir des conseils. Cette équipe existe dans le système new-yorkais, et semble être un modèle intéressant à importer dans notre pays (Annexe VII).

Autre exemple new-yorkais sur lequel on pourrait s'appuyer est le fait que les professionnels travaillant auprès d'enfants sont mandatés pour transmettre une IP ou un Signalement. Ce point a été abordé lors d'un entretien. Ainsi, mandater les professionnels de l'Education Nationale permettrait peut-être d'améliorer le repérage. Néanmoins, cela n'est pas envisageable dans le contexte et la culture actuelle, il faut d'abord changer les mentalités (Annexe VII).

3.3.2 Préconisations plus spécifiques au Val-de-Marne

Si les préconisations précédentes s'appliquent également au département du Val-de-Marne, il ressort que d'autres organisations peuvent évoluer sur ce territoire.

Il est nécessaire de décloisonner les pratiques au sein de l'Education Nationale. La mise en place de rencontres régulières, ne serait-ce qu'une rencontre par mois entre les différents conseillers techniques, le pôle climat scolaire et la direction académique serait à mettre en place. Elle permettrait d'être un temps d'échanges sur les situations délicates de maltraitance infantile, un dossier compliqué, mais également de pouvoir partager sur les pratiques professionnelles, tout en respectant le cadre légal sur les échanges d'informations. Ces rencontres seraient aussi l'occasion de pouvoir analyser, évaluer et faire un bilan à partir des dossiers d'enfants sur lesquels ils ont un retour, et ainsi pouvoir se donner des axes d'amélioration dans leurs procédures d'actions.

L'Hôpital de Créteil doit être impliqué et inclus dans la boucle institutionnelle de Protection de l'Enfance. Cette instance doit pouvoir participer aux réflexions départementales et à l'élaboration des protocoles de fonctionnement concernant le repérage et la détection de la maltraitance infantile. Investir cette sphère serait le moyen

d'éviter que certains enfants passent plusieurs fois par les urgences sans que rien ne soit signalé.

Enfin, il apparaît inévitable de retravailler le protocole concernant les traces de maltraitances physiques. Effectivement, certaines situations où l'enfant a des bleus ne relèvent pas systématiquement de la maltraitance infantile. Il est donc nécessaire d'éviter d'emboliser le Parquet avec ce type de transmissions non justifiées. En agissant sur les formations, et les informations auprès des professionnels, et en travaillant la coordination et le partenariat entre les acteurs, cela devrait pouvoir améliorer la situation.

Le travail en collaboration interinstitutionnel sur le département doit être renforcé. S'assurer que tous les acteurs connaissent bien les rôles et missions de chacun afin de respecter les compétences professionnelles de tous paraît également une piste.

Le poste de médecin à la CRIP est à pourvoir depuis le départ en retraite du précédent médecin. Il est primordial de le remplacer rapidement.

Un travail de récolte des données chiffrées et d'analyse doit être mené sur le département afin de pouvoir obtenir une réelle connaissance de la réalité de la maltraitance infantile sur le territoire. Selon Anne TURSZ, ce travail passe par la définition claire de ce qu'est la maltraitance infantile car selon elle « *ça rend le recueil de donnée extrêmement difficile, parce qu'on n'a pas de définition consensuelle* ».

Enfin, réfléchir au suivi des enfants placés, tant dans leur scolarisation, que dans leurs ressentis, et le respect de leur bien-être doit être mis en place. En faisant attention à ce point, l'apprentissage et le développement de l'enfant seront favorisés. Il faut donc investir le projet pour l'enfant qui est un outil de la nouvelle Loi de Protection de l'Enfance.

Conclusion

Selon Anne TURSZ, « 10% en moyenne des enfants sont concernés » par la maltraitance infantile. Ce phénomène est alarmant et la question de problème de Santé Publique ne se pose plus. Pourtant, La Politique Publique de Protection de l'Enfance ne semble pas encore assez performante en France lorsqu'on s'attarde sur les données, ou les organisations propres à chaque département.

Si concernant les volontés des différentes instances, le milieu scolaire est totalement intégré et considéré dans la boucle institutionnelle, sa mise en œuvre connaît malheureusement quelques difficultés. Il semblerait que la deuxième année portant sur la rencontre des acteurs de terrain permettra un éclairage plus complet sur ce point. L'Education Nationale n'en reste pas moins un maillon important dans ce circuit, dont il ressort l'urgence de renforcer le rôle des Médecins de l'Education Nationale, mais également celui de tous les professionnels du milieu scolaire. Les actions de prévention de la maltraitance infantile restent insuffisantes et réinvestir ce champ pour les professionnels de santé de l'Education Nationale serait un bon axe d'amélioration pour renforcer la détection et le repérage de situations de maltraitance infantile.

Les institutions ont cependant un travail à faire en matière d'accompagnement de leurs professionnels, afin de pouvoir favoriser la promotion du bien-être des enfants. Si la réflexion sur les situations en amont est réfléchie, il ne semble pas pour autant que ce soit le cas une fois que les enfants ont été placés. Effectivement, « *c'est les plus en fragilité, qui ont des troubles de l'attachement donc des troubles d'adaptation, à qui on va demander de s'adapter. Parce qu'ils sont placés donc ils ne peuvent plus* » argumente Madame CREOFF. C'est pourquoi renforcer la prévention auprès des enfants est nécessaire mais celle des professionnels qui travaillent auprès d'eux est également inéluctable. Madame RIMBAULT rappelle « *on a aussi une obligation, tous...à l'égard des enfants, pas seulement une obligation citoyenne ou dans la loi, mais on a aussi une obligation je dirais presque....morale* ». Ainsi, le champ de la maltraitance infantile, n'est certes qu'une sous-thématique de la Protection de l'Enfance mais n'en reste pas moins une priorité, d'autant plus lorsqu'on sait qu'en agissant sur les freins identifiés, on permettrait d'agir et de minimiser les dépenses sociétales, et on renforcerait la santé de la population. Pour Alain GREVOT, « *aujourd'hui [...] les choses avancent petit à petit quand même* ».

La deuxième année de conduite de ce projet, sera l'occasion d'approfondir ces différents points et peut-être d'apporter des éclairages sur les questionnements actuellement sans réponses.

Bibliographie

Aiguesvives C., *La parole de l'Enfant, la vérité sort elle toujours de la bouche des enfants ?*, Paris, Dunod, 2016, 208p.

Beck F., Gautier A. et Guilbert P., *Baromètre santé 2005, attitudes et comportements de santé*, Saint-Denis, Editions INPES, 2005, 574p.

Becquemin M. et Chauvière M., *L'enfance en danger : genèse et évolution d'une politique de protection*, *Enfance et psy*, n°60, 2013, p16-27.

Bonin M. 2009. « Concept de soin et diagnostic infirmier ». In *Unité d'enseignement S1 3.1 Raisonnement et Démarche clinique infirmière*. Lyon, 5p.

Borlandi M. et al., *Dictionnaire de la pensée sociologique*, Paris, PUF, Quadrige Dicos Poche, 770 p.

Burguière A., *L'Etat monarchique et la famille : XVIe-XVIIIe siècle*, *Annales, Histoire, Sciences Sociales*, 56^e année, n°2, 2001, p 313-335.

Charte d'Ottawa, *Promotion de la santé*, Ottawa, Première conférence internationale de la promotion de la santé, 1986, 6p.

Conseil Général du Val-de-Marne, *Guide de l'information préoccupante et du signalement*, Créteil, Conseil Général du Val-de-Marne, 2015, 27 pages.

Cook JM. Et Tursz A., *Les violences faites aux enfants*, Paris, La documentation française, 2015, 165p.

Cour des Comptes, *Contribution à l'évaluation de la médecine scolaire*, Paris, Cour des Comptes, 2011, 190 p.

CRIP, *Bilan annuel au 31 Décembre 2015*, Créteil, rapport de la CRIP, 2015, 3p.

CRIP, *Bilan annuel au 31 Décembre 2014*, Créteil, rapport de la CRIP, 2014, 5p.

CRIP, *Bilan annuel au 31 Décembre 2013*, Créteil, rapport de la CRIP, 3p.

De Lourdes Vasconcelos M., et TAP P. 2004. *Précarité et vulnérabilité psychologique*. Hors Collection. Toulouse, ERES, 248p.

Derosier B., 119 « *Allo Enfance Maltraitée* », le SNATEM, Actualités et Dossiers en Santé Publique, volume de Juin, n°31, 2000, p 32-33.

Deschamps *et al.*, *La santé scolaire en France : évolution et perspectives*, Santé Publique, volume 10, n°3, 1998, p 257-267.

Fassin D., *Faire de la Santé Publique*, Rennes, Presses de l'EHESP, 2008, 70p.

Flajolet, *Rapport Flajolet*, Paris, Ministère des Affaires Sanitaires et Sociales, 2001, 90p.

Francard M. et Blanchet P., *Sentiment d'appartenance*, In: Guy Jucquois et Gill Ferréol, *Dictionnaire d'interculturalité*, ParisArmand Colin, 2003, p18-25.

Garcia S., *Mère sous influence : de la cause des femmes, à la cause des enfants*, Paris, La découverte, 2011.

Garlantezec R. 2015. « Introduction SE ST ». In *Unité d'enseignement SHS13 Introduction aux sciences de l'environnement et Santé au Travail*. Rennes, 31p.

Gay T., *L'indispensable de la Sociologie*, Levallois-Perret, Studyrama, Principes, 2010, 190p.

Geoffroy-Poisson S., *L'infanticide devant la cour d'assises de la Haute-Marne au XIX^e siècle*, Les Cahiers du centre de recherche Historique, n°35, 2005.

Gouvernement français, *Loi n° 2016-297 du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant*, Paris, Journal Officiel, 2016, 18p.

Hamlouli L., *L'enfant pauvre et le droit*, Thèse de Doctorat en Droit Public, Université de Paris 2, 2010, France.

Houzel D., *Un autre regard sur la parentalité*, Enfances & Psy, n°21, 2003, p79-82.

Janvier R. et al., *Face à la souffrance des jeunes : le concept de dispositif comme réponse « instituante »*, Connexions, n° 96, 2011, p63-75

Le Défenseur des Droits, *Compte Rendu sur l'Histoire Marina*, Paris, auteur : Alain Grévat, 2014, 92p.

Ministère de la Justice, *Guide relatif à la prise en charge des mineurs victimes*, Paris, 2015, 39p.

Ministère de l'Education Nationale, *Enquête DGESCO B 3-1, Protection de l'enfance*. Créteil, Ministère de l'Education Nationale, 2015, 2 pages.

Ministère de l'Education Nationale, de l'enseignement supérieur et de la Recherche, *Guide pratique pour la direction de l'école primaire. Protection de l'enfance*, Paris, Ministère de l'Education Nationale, de l'enseignement supérieur et de la Recherche, septembre 2014.

Nations-Unies, *Convention relative aux droits de l'enfant*, New-York, Comité des Droits de l'Enfant, CRC/C/FRA/CO/4, 2009, 25p.

NYC Administration for Children's Services, *Statewide central register indication rates (2012-2015)*, New-York, 2015, 34 p.

NYC Administration for Children's Services, *Child Welfare Indicators Annual Report 2015*, New-York, 2015, 25 p.

OMS, *La maltraitance des enfants*, Aide-mémoire, fiche n°150, 2014, 6p.

ONPE, *Protection de l'enfant : les nouvelles dispositions issues de la loi n°2016-297 du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant*, Paris, note d'actualité, 2016, 21 p.

Ordre National des Médecins, *La Protection de l'enfance Signalement et information préoccupante*, Rapport adopté lors de la session du Conseil national de l'Ordre des médecins, Paris, 8 octobre 2010.

Puech L., *Pour une définition opérationnelle de l'« information préoccupante » pour les professionnels de la protection de l'enfance*, Journal du droit des jeunes, n° 284, avril 2009, p32-37.

Raphaël C., *La démesure*, Paris, Max Milo, 2012, 236 p.

Schindeholz P., *Identité professionnelle infirmière : un concept à l'épreuve de la pratique*, Objectif soins, n° 133, 2005, p14-16.

Sellenet C., *La parentalité décryptée : pertinence et dérive d'un concept*, Paris, L'Harmattan, 2007, 194p.

Sénat, *Proposition de loi relative à la maltraitance*, Paris, M. Jean-Léonce DUPONT, fait au nom de la commission des affaires culturelles, rapport n°204 (1999-2000), 2000, 44 p.

Sénat, *Protection de l'enfance : améliorer le dispositif dans l'intérêt de l'enfant*, Paris, de Mmes Muguette DINI et Michelle MEUNIER, fait au nom de la commission des affaires sociales, Rapport n°655 (2013-2014), 2014, 126p.

Sibertin-Blanc D. et Vidailhet D., *Maltraitance et Enfance en danger*, Toulouse, Faculté de Médecine, 2008, p 102-114.

Simonet G., *Le concept d'adaptation : polysémie interdisciplinaire et implication pour les changements climatiques*, Natures Sciences Sociétés, volume 17, 2009, p 392-401.

Schweyer FX., 2014. « Sociologie de la Santé Publique ». In *Unité d'enseignement SHS1 Sciences Sociales et Santé Publique*. Rennes, 14p.

Tursz A., et al., *Rapport du comité de suivi du colloque national sur les violences faites aux enfants*, Paris, Sénat, 2013, 143p.

Tursz A. et Gerboin-Rérolle P., *Enfants Maltraités : les chiffres et leur base juridique en France*, Paris, Inserm, 2008, 215p.

Tursz A. *Les oubliés : enfants maltraités en France et par la France*, Paris, Seuil, 2010, 420p.

U.S. Department of Health and Human Services et al., *Child Welfare Outcomes 2003-2006*, Report to Congress, Washington, 2006, 403 p.

U.S. Department of Health and Human Services et al., *Fourth National Incidence Study of Child Abuse and Neglect (NIS-4)*, Report to Congress, Washington, 2010, 26 p.

Laure-Hélène RANDON -

Verdier P., *La loi réformant la protection de l'enfance : une avancée de la protection, un recul des droits*, Journal du droit des jeunes, volume 5, n°265, 2007, p. 22-31.

Youf D., *Protection de l'enfance et droits de l'enfant*, Études, volume 12, tome 415, 2011, p 617-627.

Liens internet

Académie de Toulouse, « Vie de l'élève », <http://web.ac-toulouse.fr/web/dsden-haute-garonne/7365-la-sante-des-eleves.php>, 11 août 2016.

Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille, « Santé / Prévention - Définition du concept de « Prévention en Santé Publique », <http://fr.ap-hm.fr/sante-prevention/definition-concept>, 17 mars 2016.

BDSP, « Glossaire européen en Santé Publique », <http://asp.bdsp.ehesp.fr/Glossaire/>, 17 mars 2016.

Canopé, « Historique de la fonction au sein de l'Education Nationale », www.cndp.fr/crdp-amiens/IMG/pdf/assistant_social_17_19.pdf, 5 août 2016.

Code Civil, « Article 371-1 », <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006070721&dArticle=LEGIARTI000006426468>, 17 mars 2016.

Code de l'Action Sociale et des Familles, « Information Préoccupante », https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?sessionId=97A0194D9E3E7D5A9CC7A709C6F1A6F3.tpdjo09v_2?idSectionTA=LEGISCTA000028173201&cidTexte=LEGITEXT000006074069&dateTexte=20141223, 24 mars 2016.

Code de l'Action Sociale et des Familles, « Protection des mineurs en danger et recueil des informations préoccupantes », <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?idSectionTA=LEGISCTA000006157590&cidTexte=LEGITEXT000006074069&dateTexte=20110731>, 24 mars 2016.

Conseil Départemental du Val-de-Marne, « Chiffres clés », <http://www.valdemarne.fr/vivre-en-val-de-marne/le-territoire/chiffres-cles>, 22 mars 2016.

Criminocorpus, « Histoire de la justice des mineurs », <https://criminocorpus.org/fr/chronologies/histoire-de-la-justice-des-mineurs/>, 31/07/2016.

Criminocorpus, « Loi du 19 avril 1898 », <https://criminocorpus.org/en/legislation/textes-juridiques-lois-decre/textes-relatifs-aux-p/de-la-monarchie-de-juillet-a-1/loi-du-19-avril-1898/>, 2010.

Family Court Act. « New York Family Court Act § 1012. Definitions », <http://codes.findlaw.com/ny/family-court-act/fct-sect-1012.html>, 2016.

Fil Santé Jeunes, « Les Unités Médico-Judiciaires », <http://www.filsantejeunes.com/les-unites-medico-judiciaires-6634>, 2011.

France Diplomatie, « Aide Sociale à l'Enfant », <http://www.diplomatie.gouv.fr/fr/adopter-a-l-etranger/comment-adopter-a-l-etranger/le-glossaire-de-l-adoption/tous-les-termes-de-l-adoption/article/aide-sociale-a-l-enfance-ase>, 30 mars 2016.

France Inter, « 19 avril 1898, loi sur les violences envers les enfants », <https://www.franceinter.fr/emissions/les-oubliettes-du-temps/les-oubliettes-du-temps-19-avril-2013>, 2013.

Gouvernement français, « Loi du 24 juillet 1889 Enfants maltraités ou moralement abandonnés, placement des mineurs, action éducative en milieu ouvert », <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000877360&categorieLien=cid>, 2016.

Gouvernement français, « Loi n° 70-459 du 4 juin 1970 relative à l'autorité parentale », <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000693433>, 2016.

Gouvernement français, « Protection de l'enfance : la réforme est promulguée » <http://www.gouvernement.fr/argumentaire/protection-de-l-enfant-la-reforme-est-promulquee-4018>, 2016.

Haut-Commissariat des Nations Unies, « Convention relative aux droits de l'enfant », <http://www.ohchr.org/fr/professionalinterest/pages/crc.aspx>, 16 mars 2016.

INSEE, « Département du Val-de-Marne : dossier complet », http://www.insee.fr/fr/themes/dossier_complet.asp?codgeo=DEP-94, 23 mars 2016.

Le Figaro Santé, « Maltraitance infantile », <http://sante.lefigaro.fr/social/sante-publique/maltraitance-infantile/definition>, 16 mars 2016.

Légifrance, « Loi n° 2013-595 du 8 juillet 2013 d'orientation et de programmation pour la refondation de l'école de la République », <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000027677984&categorieLien=id>, 20 août 2016.

Le Monde, « Comment l'affaire d'Outreau a ébranlé la justice française », http://www.lemonde.fr/les-decodeurs/article/2015/05/19/comment-l-affaire-d-outreau-a-ebbranle-la-justice-francaise_4636450_4355770.html, 5 juin 2015.

Lemonnier-Lesage V., « Histoire du droit des personnes et de la famille », <https://cours.unif.fr/enrol/index.php?id=161>, 2015.

Le Nord, « Les missions de l'Aide Sociale à l'Enfance », https://lenord.fr/jcms/pnw_5201/les-missions-de-l-aide-sociale-a-l-enfance, 30 mars 2016.

Ministère de l'Education Nationale, de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche, « La Protection de l'Enfance et l'école », <http://eduscol.education.fr/cid50665/presentation.html>, 30 juillet 2015.

Ministère de l'Intérieur, « Les compétences du Conseil Départemental », <http://www.interieur.gouv.fr/Archives/Archives-des-actualites/2015/Departementales-2015/Les-competences-du-conseil-departemental>, 2015.

NYC Department of city planning. « Current and Projected Populations », <http://www1.nyc.gov/site/planning/data-maps/nyc-population/current-future-populations.page>, 14 juin 2016.

NYC Department of Education, « About us », <http://schools.nyc.gov/AboutUs/default.htm>, 14 juin 2016.

ODAS, « La place des parents dans la protection de l'enfance », <http://odas.net/Les-Cahiers-de-l-ODAS-La-place-des>, juin 2010.

OMS, « Les facteurs de risques », http://www.who.int/topics/risk_factors/fr/, 16 mars 2016.

ONED, « Historique », <http://www.oned.gouv.fr/historique>, 6 août 2016.

ONED, « Les missions de l'ONED », <http://www.oned.gouv.fr/missions-loned>, 2016.

Police Nationale, « Policier en brigade de protection de la famille » <http://www.lapolice.nationale.recrute.fr/Fiches-metiers/Policier.ere-en-brigade-de-protection-de-la-famille>, 31 mars 2016.

Préfecture de police, « La brigade de protection des mineurs », <http://www.prefecturedepolice.interieur.gouv.fr/Nous-connaitre/Services-et-missions/Missions-de-police/La-direction-regionale-de-la-police-judiciaire/La-brigade-de-protection-des-mineurs>, 31 mars 2016.

Université de Fribourg, « Pater familias et patria protestas », <https://elearning.unifr.ch/antiquitas/fr/fiches/202>, 14 juin 2016.

United States Census Bureau, « Quick Facts New-York », <https://www.census.gov/quickfacts/table/PST045215/36.14> juin 2016.

Vie publique, « Qu'est-ce que la Constitution ? », <http://www.vie-publique.fr/decouverte-institutions/institutions/veme-republique/constitution-definition/qu-est-ce-qu-constitution.html>, 2014.

Vie publique, « Quelle est la place de la Constitution dans la hiérarchie des normes ? », <http://www.vie-publique.fr/decouverte-institutions/institutions/veme-republique/constitution-definition/quelle-est-place-constitution-hierarchie-normes-juridiques.html>, 2014.

Vie Publique, « Qu'est-ce que le parquet ? », <http://www.vie-publique.fr/decouverte-institutions/justice/personnel-judiciaire/magistrats/qu-est-ce-que-parquet.html>, 2012.

Liste des annexes

NOTE D'OBSERVATION.....	II
ANNEXE I.....	VIII
ANNEXE II.....	XIX
ANNEXE III.....	XXVIII
ANNEXE IV.....	XXIX
ANNEXE V.....	XXXV
ANNEXE VI.....	XXXIX
ANNEXE VII.....	L
ANNEXE VIII.....	LXXI

NOTE D'OBSERVATION

Ce stage prend place dans un projet de trois ans portant sur une étude comparative pour comprendre la place du milieu scolaire et plus particulièrement des Médecins de l'Education Nationale dans la prévention contre la maltraitance infantile. A visée nationale d'une part entre les deux départements de la Seine-Saint-Denis et du Val-de-Marne, et à visée internationale d'autre part avec la ville de New-York, c'est l'occasion de problématiser ce sujet et de l'analyser à différents niveaux. Elle a pour objectif une approche de santé publique pour le bien-être de l'enfant, en réfléchissant au rôle de l'école, et plus particulièrement des Médecins de l'Education Nationale dans la protection de l'enfance maltraitée.

La maltraitance infantile est connue et reconnue comme étant un problème de Santé Publique, et son impact a non seulement un coût à long terme pour les victimes, puisque selon l'experte en formation des enseignants que nous avons rencontrée leur espérance de vie peut être réduite de 20 ans ; mais également un coût sociétal très conséquent d'après les Docteurs ROUSSEAU et RAPHAEL. Par ailleurs, l'école étant le lieu de vie des mineurs, en particulier pour les 6-16 ans étant donné l'obligation de scolarisation, c'est un espace qu'il faut investir pour repérer les situations de maltraitements. C'est pourquoi l'on s'intéresse non seulement au rôle du milieu scolaire, mais aussi à celui des médecins de l'Education Nationale, acteurs dans le champ de la prévention.

Les compétences qui ont été nécessaires au bon déroulement de cette mission étaient relatives au champ de la conduite de projet, et de la recherche. Il s'agissait surtout de mettre en place une méthodologie approfondie et de la suivre.

Afin de mener à bien cette mission de stage, avec ma collègue de promotion, nous nous sommes accordées un mois de lecture intensive afin de pouvoir établir un tableau de revue de littérature sur le sujet. Nous nous sommes réparties deux missions : ma collègue établissait la veille juridique (Annexe VI), pendant que je rédigeais le glossaire (Annexe II). Nous avons ensuite élaboré les grilles d'entretiens, et rencontré des experts afin de compléter nos lectures. Cela nous a permis d'approfondir l'analyse des politiques publiques effectuées grâce à nos recherches bibliographiques.

Par ailleurs, dans l'objectif d'analyser la formation des Médecins de l'Education Nationale, avec ma collègue de promotion nous avons participé à leur semaine de formation relative à la protection de l'enfance.

Enfin pour identifier le point de vue des différents acteurs institutionnels, nous avons également mené des entretiens dans chaque département. Ainsi, neuf entretiens ont été

Laure-Hélène RANDON -

menés sur le département, et huit auprès d'experts identifiés. Après la retranscription des entretiens, nous avons pu décider d'une méthode d'analyse commune, que nous avons ensuite conduite, en commun pour les experts, puis séparément sur les départements.

Parallèlement, nous avons préparé une présentation de l'avancée du projet en France pour notre rencontre avec les étudiantes de l'Université de Columbia. Néanmoins le nombre d'entretiens que nous avons pu conduire dans chaque département ne permettait pas encore une analyse approfondie de la situation. La semaine à Columbia nous a permis de revoir la méthodologie utilisée et de se mettre en lien avec les étudiantes pour utiliser les mêmes outils et ainsi pouvoir comparer lorsque nous aurons assez de matériel.

La deuxième semaine de juin, deux des étudiantes de l'Université de Columbia ont pu se joindre à nous afin d'avancer le projet. Nous avons préparé un premier retour d'expérience qui a eu lieu en Val-de-Marne. Ce fut l'occasion d'approfondir certains aspects que nous avons abordés lors de notre venue à New-York. Nous avons travaillé à l'élaboration d'un poster (Annexe VIII) pour le congrès de International Congress for the Prevention of Child Abuse and Neglect qui a lieu à Calgary du 28 au 31 Août 2016, et pour lequel Mesdames BROWN, DUCROS, POMMIER et VOLEL avaient déposé une proposition de communication qui a été retenue.

Pour ma part, ce travail fut un réel apport méthodologique pour compléter la formation du master 2 Pilotage des Politiques et Actions en Santé Publique de l'EHESP. J'ai ainsi pu renforcer mes acquis de mes deux années de master à l'EHESP, notamment dans la méthodologie des entretiens, soit l'élaboration de la grille, la conduite d'entretien et enfin son analyse. C'était également l'occasion d'enrichir nos apports relatifs à la conduite de projet.

Au-delà de ces compléments, cela a également été l'occasion d'acquérir de nouvelles compétences. Effectivement la réalisation d'une revue de littérature était une nouveauté pour moi. Je pense que j'ai à ce propos encore un savoir-faire à améliorer. En effet, avec ma collègue de promotion, nous étions partie de l'idée que nous nous faisons de ce qu'était une revue de littérature. Aussi, nous avons élaboré un tableau avec uniquement les textes et leurs auteurs. Mais en discutant avec d'autres étudiants, puis notre responsable de master, nous avons réalisé notre erreur. Nous avons alors décidé de compléter ce tableau en y ajoutant les mots clefs. Nous souhaitions initialement compléter les différents concepts également, néanmoins les délais ne nous permettaient plus d'approfondir cette mission. Mais grâce à une méthodologie disponible sur le site internet de la Haute Autorité de Santé, nous avons désormais conscience de ce qu'est réellement une revue de littérature. Quoiqu'il en soit ce tableau nous a tout de même permis de rédiger notre travail. Dans une

approche de sociologie, les idées préconçues, les préjugés, les prénotions, ont un impact sur le sujet d'étude (Gay T., 2010). C'est pourquoi il est nécessaire de s'en écarter lorsqu'on aborde un projet, et nous en avons fait l'expérience.

Au mois de mars, nous avons eu l'occasion de participer à la semaine de formation des médecins de l'Education Nationale, portant sur la Protection de l'Enfance. Cette semaine a été très enrichissante pour nous. En effet elle nous a permis de prendre conscience de certains aspects de leurs missions, et des difficultés de terrain. Cela a été le précurseur de certains de nos questionnements que nous avons ensuite pu approfondir dans l'enquête. Cette semaine nous a également permis d'avoir accès aux fondements législatifs en lien avec la Protection de l'Enfance, mais aussi une approche médicale et psychosociale. Dans nos missions de stage, nous devions nous positionner et avoir une analyse critique sur ce dispositif de formation. A ce titre, nous avons rencontré Mesdames DUCROS et BROWN, afin de leur faire un retour sur cette semaine de formation. Il était cependant difficile de se positionner sur cette formation. Effectivement, étant en début de stage, nous n'avions alors aucun recul sur le sujet. Par ailleurs, mon positionnement de stagiaire rendait pour moi cette démarche difficile, je ne me sentais pas à ma place dans cette posture d'analyse. Le sentiment de positionnement est intéressant, c'est en réalité un phénomène de construction sociale (Schindeholz, 2005). Ainsi, la personne évolue pour passer de la position de stagiaire à la position de professionnelle. L'individu encore en stage, même s'il a été professionnel, doit aux yeux des professionnels agir en fonction de son statut d'étudiant. Mais ce positionnement peut également évoluer au cours d'une période de stage, ce que j'ai pu constater dans mon ressenti et ma légitimation face aux propositions que l'on pouvait faire dans cette étude.

Enfin, grâce aux différentes lectures, et aux entretiens, ce stage a été l'occasion de mener l'analyse d'une Politique Publique. Si en première année de master j'en avais étudié les bases, ce stage a été l'occasion de mettre en pratique les apports théoriques acquis l'année précédente.

Ce stage a surtout été une prise de contact avec le monde de la recherche. Cela nous a permis de découvrir les difficultés que peuvent rencontrer les doctorants. Ce travail demande une certaine rigueur, que l'on s'impose à soi-même. La procrastination n'a pas sa place dans cette démarche. Tout en sachant que la nécessité de s'organiser, et de travailler avec un rétro-planning que j'ai mis en place dès le début du stage, il n'en n'empêche pas moins, que j'ai ce sentiment d'urgence lors de la rédaction du mémoire, et l'impression d'avoir des difficultés à tenir les délais. Pourtant, lors d'une rencontre avec Monsieur CAMPEON en mars dernier, il m'avait conseillé d'écrire au fur et à mesure, ce que j'ai fait. Néanmoins, beaucoup de ces écrits ne m'ont plus paru pertinents lorsque je me suis attelée à la rédaction de mon mémoire en juin dernier. D'autre part, même si l'on

Laure-Hélène RANDON -

peut considérer que l'on travaille en équipe, nous avons pu découvrir que les élèves doctorants, doivent se sentir bien seuls. En effet, nous avons eu ce sentiment que finalement, nous étions seules pour construire notre réflexion, et la mener à son terme, nécessitant de se faire confiance. Mais heureusement Mesdames DUCROS et POMMIER ont été un réel soutien, et nos rencontres régulières ont permis de casser ce ressenti, laissant place à un sentiment d'appartenance à une équipe. Ce concept est effectivement important, car l'individu car pouvoir s'identifier à une personne ou un groupe de personne, avec l'idée qu'ils concourent à un but commun, des intérêts communs (Francard M. et Blanchet P., 2003). Cela impacte alors son implication dans le projet. Effectivement, cela nous a permis de nous recadrer, car bien souvent, l'intérêt pour le sujet nous portait au-delà de la mission de stage. Ce point est d'ailleurs une difficulté rencontrée à la fois au cours de cette étude, mais également dans la rédaction du mémoire. La thématique du sujet de recherche a quelque peu évolué au cours de ces derniers mois, d'abord dans une approche très restreinte, elle s'est ensuite élargie, pour de nouveau se resserrer. La difficulté de cette évolution s'est retrouvée lors de l'analyse des entretiens. En effet la place du Médecin de l'Education Nationale qui était initialement le cœur du sujet, n'est pas une question que j'ai posée de façon systématique puisqu'à un moment l'on s'est plus intéressé au milieu scolaire dans sa globalité. Heureusement, la plupart des acteurs rencontrés pendant cette période l'on abordé naturellement, mais pour quelques-uns, ce n'est pas le cas.

Cette mission était l'occasion de récolter de nombreuses données bibliographiques, législatives et d'études scientifiques. Ce sujet était l'occasion de découvrir, d'approfondir le champ de la Protection de l'Enfance. Même si c'est un domaine dans lequel j'avais les connaissances de base grâce à ma formation initiale, j'ai pu découvrir et apprendre beaucoup d'aspects de cette Politique Publique, et en l'occurrence des réalités institutionnelles. Cela a aussi été l'occasion de découvrir le rôle de l'Education Nationale dans la boucle institutionnelle. J'ai trouvé la découverte de cette problématique réellement passionnante, et je reconnais qu'il me tarde de connaître la réalité du terrain.

Par ailleurs, au mois de mars, nous avons participé à un colloque intitulé « La parole de l'enfant : la vérité sort-elle toujours de la bouche des enfants ? ». Cette journée était portée par la présidence de Monsieur Jacques TOUBON, défenseur des Droits. Les différentes tables rondes portaient sur le cadre légal et sociologique de la parole de l'enfant, le rôle de la parentalité au cœur des politiques familiales, celui des magistrats, des avocats et des experts face à la parole de l'enfant. Ce colloque a été particulièrement intéressant et nous a permis d'en apprendre plus sur les fonctionnements institutionnels mais également sur les réalités de terrain.

J'ai également retrouvé ce sentiment de combat idéologiste qui m'avait habité lors de mon exercice professionnel à l'Hôpital Necker. Effectivement ce domaine très intéressant, et l'analyse que nous avons pu en faire, fait ressortir la nécessité que les mentalités évoluent, et met en exergue des leviers d'actions. Néanmoins mon expérience m'a appris, et ce stage l'a renforcé, que les réalités du terrain ne sont pas aussi simples que ce que l'on pense, et que le changement nécessite du temps, dans un premier temps au niveau des mentalités, puis au niveau de l'action. Effectivement, les individus n'acceptent jamais d'être traités comme des moyens au service de buts que les acteurs institutionnels fixent à l'organisation (Schweyer, 2014). Chacun a ses objectifs propres et ses buts. Les acteurs interprètent leur rôle en fonction de leur objectif. C'est pourquoi le changement passe par un processus d'acceptation de la mission comme étant sa propre volonté d'action.

D'autre part, le travail en binôme sur ce stage était nécessaire. S'il nous a fallu un temps d'adaptation étant donné nos profils et nos parcours, mais cela a pu également nous enrichir. Nous avons rencontrés quelques difficultés d'organisation et de fonctionnement au départ, mais qui ont pu s'améliorer au cours de la mission.

Malgré le fait de ne pouvoir répondre à toutes les questions soulevées par mon enquête, faute de temps et d'espace, le bilan de ce stage est très positif. Effectivement, rédiger un mémoire avec un nombre de page limité sur une mission aussi riche et intéressante est une réelle frustration. J'ai longuement réfléchi à l'aspect que je souhaitais donner à mon mémoire, et après avoir décidé la conduite à tenir, j'ai finalement dû m'adapter et réorienter mon écrit d'une façon différente. Même si cela reste frustrant, étant donné le nombre d'angle pour aborder cette thématique, le fait de savoir que nous aurons par la suite l'occasion de publier un écrit, ou en tout cas de partager notre vécu avec les futurs étudiants qui prendront ce stage pendant la deuxième année du projet, me permet de prendre du recul et d'accepter le fait qu'on ne peut pas tout aborder dans la rédaction de ce mémoire. Par ailleurs la crainte d'oublier certains aspects m'a longuement bloquée, mais sur ce point Mesdames DUCROS et POMMIER nous ont rassurées.

Une autre difficulté rencontrée a été le délai pour rédiger cet écrit. Effectivement, en suivant les conseils de Monsieur CAMPEON et Mesdames DUCROS et POMMIER, nous avons décidé de retourner notre mémoire en septembre. Il s'avère que ce conseil était excellent étant donné la difficulté à respecter ce dernier délai. Une problématique personnelle m'obligeant à travailler cet été en tant qu'infirmière a été un réel frein dans la rédaction de mon mémoire, aidant sûrement ce sentiment d'urgence que j'ai évoqué plus tôt.

Les difficultés propres au terrain de stage n'ont pas été nombreuses. Il faut reconnaître que les acteurs institutionnels se sont montrés très coopératifs et d'une bienveillance à mon égard. Mais le Procureur de la République du Val-de-Marne n'a malheureusement pas

Laure-Hélène RANDON -

répondu aux sollicitations effectuées pour le rencontrer. La vision qu'il aurait pu apporter me semblait pourtant importante et nécessaire. Une autre difficulté a été la gestion du drive, effectivement tout notre matériel commun était sur le drive, ainsi qu'une partie de notre matériel par département. Pourtant lors de la rédaction du mémoire, nous nous sommes aperçues que certains documents avaient disparus du drive, notamment des versions plus récentes de certains de nos travaux.

La conduite de cette étude a été un réel apport tant professionnel que personnel. De plus, cette mission apportait de nouvelles connaissances régulièrement, et cette stimulation intellectuelle m'a vraiment beaucoup plu. Si l'Unité d'Enseignement relatif à la conduite de projet m'avait déjà beaucoup plu au cours de l'année de master 2, ce stage me permet de conforter mon envie de travailler dans ce domaine. Je sens que certains acquis sont à renforcer mais ma volonté de travailler dans la conduite de projet en Santé Publique est renforcée par cette expérience. La recherche était initialement un questionnement pour la suite de ma carrière. Cette volonté reste présente, mais je souhaite au préalable exercer pour renforcer mes acquis de ces deux années de master.

ANNEXE I : GLOSSAIRE

Dans le cadre du projet « une approche de santé publique pour le bien-être de l'enfant : le rôle de l'école dans la protection de l'enfance maltraitée », nous avons mis en lumière plusieurs notions pour lesquelles il est important de préciser une définition commune. Au regard de la littérature, nous avons ainsi pu faire émerger une définition synthétique de chacun des concepts clefs. Une contextualisation est ensuite développée afin de permettre de comprendre le sens exact de chacune des définitions.

Protection infantile :

- **Définition :**

Il s'agit d'une protection juridique et de soins spéciaux apportés au mineur (Haut-Commissariat des Nations Unies, 1989). En effet, en raison de son manque de maturité physique et intellectuelle, l'enfant possède ce droit, avant comme après la naissance. En France, au-delà des enfants maltraités, la protection de l'enfance concerne aussi les mineurs en danger ou en risque de l'être (Ministère de l'Education Nationale, de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche, 2015).

Ainsi, si l'on s'en tient aux définitions de l'ODAS on peut distinguer trois notions différentes dans la protection de l'enfance (Tursz *et al.*, 2015) :

- **Enfant à risque** : tout enfant connaissant des conditions d'existence qui mettent en danger sa santé, sa sécurité, sa moralité, son éducation ou son entretien, sans pour autant être maltraité.
- **Enfant maltraité** : tout enfant victime de violences physiques, d'abus sexuels, de violences psychologiques ou de négligences lourdes ayant des conséquences graves sur son développement physique et psychologique.
- **Enfant en danger** : catégorie regroupant les deux précédentes. Cette notion est juridique, car elle met en jeu la compétence du juge des enfants (Sibertin-Blanc D. et Vidailhet D., 2008).

- **Contextualisation :**

La protection infantile est apparue au cœur des préoccupations internationales grâce à l'élaboration de la Déclaration des droits de l'enfant, de l'ONU en 1989 (Haut-Commissariat des Nations-Unies, 1989). Selon l'article 3.1 de cette Déclaration, c'est l'intérêt supérieur de l'enfant qui prime : « dans toutes les décisions qui concernent les enfants, qu'elles soient le fait des institutions publiques ou privées de protection sociale, des tribunaux, des autorités administratives ou des organes législatifs, l'intérêt supérieur de l'enfant doit être une considération primordiale ». L'article 3.2 rappelle quant à lui, le rôle des différents Etats

Laure-Hélène RANDON -

dans la préoccupation majeure que représente les Droits des Enfants (Haut-Commissariat des Nations-Unies, 1989), ainsi « les Etats parties s'engagent à assurer à l'enfant la protection et les soins nécessaires à son bien-être, compte tenu des droits et des devoirs de ses parents, de ses tuteurs ou des autres personnes légalement responsables de lui, et ils prennent à cette fin toutes les mesures législatives et administratives appropriées ». Par ailleurs, leur rôle fondamentale dans la coordination du parcours de prise en charge des enfants dont la protection est menacée, est renforcé comme le souligne l'article 3.3 : « Les Etats parties veillent à ce que le fonctionnement des institutions, services et établissements qui ont la charge des enfants et assurent leur protection soit conforme aux normes fixées par les autorités compétentes, particulièrement dans le domaine de la sécurité et de la santé et en ce qui concerne le nombre et la compétence de leur personnel ainsi que l'existence d'un contrôle approprié ».

Enfin la Déclaration des Droits de l'enfance rappelle l'importance de la protection de l'enfance en luttant contre la maltraitance infantile à travers l'article 19 (Haut-Commissariat des Nations-Unies, 1989) : « Les Etats parties prennent toutes les mesures législatives, administratives, sociales et éducatives appropriées pour protéger l'enfant contre toute forme de violence, d'atteinte ou de brutalités physiques ou mentales, d'abandon ou de négligence, de mauvais traitements ou d'exploitation, y compris la violence sexuelle, pendant qu'il est sous la garde de ses parents ou de l'un d'eux, de son ou ses représentants légaux ou de toute autre personne à qui il est confié ». Il est précisé que « ces mesures de protection doivent comprendre, selon qu'il conviendra, des procédures efficaces pour l'établissement de programmes sociaux visant à fournir l'appui nécessaire à l'enfant et à ceux à qui il est confié, ainsi que pour d'autres formes de prévention, et aux fins d'identification, de rapport, de renvoi, d'enquête, de traitement et de suivi pour les cas de mauvais traitements de l'enfant décrits ci-dessus ».

En France, on considère que la protection de l'enfance concerne aussi les mineurs en danger ou en risque de l'être, ce, au-delà des enfants maltraités (Ministère de l'Education Nationale, de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche). L'article L112-3 du Code de l'action sociale et des familles (CASF) précise ainsi que « 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. Les interventions peuvent également être destinées à des majeurs de moins de vingt et un ans connaissant des difficultés susceptibles de compromettre gravement leur équilibre. 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 ». En effet, le maintien de l'enfant dans sa famille est privilégié, ce, tant que sa santé, sa sécurité, sa moralité et les conditions de son éducation ne sont pas menacées. Cela comprend également, selon ce qu'il est nécessaire de mettre en place, des procédures d'intervention judiciaire.

Maltraitance infantile :

- **Définition :**

Il s'agit de toute forme de violences, d'atteinte, de cruauté ou de brutalités physique et mentales, d'abandon et de négligences lourdes, de mauvais traitements ou d'exploitation (commercial ou autre), y compris la violence sexuelle (OMS, 2014). Ces sévices étant portés sur toute personne de moins de 18 ans et pouvant entraîner un préjudice réel ou potentiel pour la santé de l'enfant, sa survie, son développement physique et psychologique (Le Figaro Santé, 2016), ou encore sa dignité, dans le contexte d'une relation de responsabilité, de confiance ou de pouvoir (OMS, 2014).

- **Contextualisation :**

Le terme de « maltraitance infantile » est apparu dans la Convention sur les Droits de l'enfant de l'ONU de 1989.

Il s'avère que les cas de maltraitance infantile ont doublé de 1996 à 2006 pour atteindre plus de 13000 cas (Le Figaro Santé, 2016). Ces chiffres peuvent s'expliquer en partie par les progrès réalisés dans la détection des cas de maltraitance infantile, cependant, cette augmentation reste significative. Environ 80% des cas de maltraitance infantile se produisent dans le cadre familial. La maltraitance infantile est par définition sous-estimée, en effet, les symptômes des enfants maltraités ne sont pas toujours identifiés. L'écart supposé entre le nombre de cas déclarés et le nombre de cas réels s'expliquerait en partie par la tendance des victimes ou des personnes maltraitantes à masquer les violences subies ou commises.

En France, il s'agit d'un problème numériquement important (Tursz, 2008). En effet, en 1993, cela représentait 3,8 % de l'ensemble des homicides, tout en sachant qu'à cette époque, les enfants de moins de 1 an ne constituaient que 1,2 % de la totalité de la population française. La sous-estimation des homicides de nourrissons de moins de 1 an était telle, qu'on peut proposer une correction du chiffre officiel annuel en le multipliant par 3 à 10 environ, soit des effectifs de 30 à près de 200 cas par an environ (Tursz, 2008). Entre 1996 et 2006, les mauvais traitements à enfants de moins de 15 ans, recensés par la police et la gendarmerie, auraient plus que doublé.

D'après un article de l'Inserm, la maltraitance est plus fréquente chez les très jeunes enfants que chez leurs aînés et la violence physique d'autant plus fréquente que l'enfant est jeune.

Ce serait avant l'âge de 1 an que le taux d'homicide serait le plus élevé de tous les âges de la vie. Les enfants décédés de violences physiques telles que le syndrome du bébé secoué sont très jeunes (moins de 4 mois pour la plupart) (Tursz, 2008). Les viols sur mineurs représenteraient 55 % de l'ensemble des viols. Il en est de même pour les agressions sexuelles, les mineurs comptant pour 63 % des cas.

Les violences repérées à l'école quand à elles, qu'elles soient le fait de la famille ou de l'institution, sont plus fréquentes dans les écoles maternelles et primaires que dans les établissements du second degré (Tursz, 2008) .

Les différents types de maltraitance :

- **Définition :**

Il existe plusieurs types de maltraitances (Le Figaro Santé, 2016) qui comprennent les maltraitances physiques, les négligences lourdes ou carences de soins, les maltraitances psychologiques, les abus ou sévices sexuels, et enfin les sévices par procuration ou « syndrome de Münchhausen par procuration » (SMPP) (Sibertin-Blanc D. et Vidailhet D., 2008).

Ainsi (Le Figaro Santé, 2016) :

- La maltraitance physique : il s'agit des coups, des brûlures, des secousses, des morsures, des empoisonnements, etc. Selon la HAS, il y aurait chaque année 200 nouveaux cas de « bébés secoués ». Les secousses violentes infligées aux nourrissons provoquent des traumatismes crâniens mortels dans 10 à 40% des cas.
- Les négligences lourdes ou carences de soins : c'est lorsque l'adulte en charge de l'enfant néglige ses besoins fondamentaux : nourriture, habillement, hygiène, soins médicaux.
- Les maltraitances psychologiques : cela concerne notamment l'humiliation, l'insulte répétée, la dégradation des affaires de l'enfant, les demandes excessives ou déplacées.
- Les abus ou sévices sexuels : un adulte s'engage dans des activités sexuelles avec un enfant, avec ou sans son consentement. Les cas de maltraitance sexuelle restent nombreux : une enquête menée par l'Inserm et l'Ined en 2006 montraient que 8,8% des femmes et 2,8% des hommes déclarent avoir subi une tentative de rapport sexuel ou un rapport sexuel forcé avant 18 ans.
- Les sévices par procuration ou « syndrome de Münchhausen par procuration » (SMPP) (Sibertin-Blanc D. et Vidalheit C., 2008).

- **Contextualisation :**

La maltraitance surviendrait le plus souvent dans le cadre de la famille et pourrait être répétitive (Tursz, 2008). Les personnes faisant subir des mauvais traitements seraient, dans la très grande majorité des cas, les parents naturels (le plus souvent la mère). Les enfants décédés de violences physiques auraient souvent connu de nombreux épisodes antérieurs de maltraitance (Tursz, 2008). Les familles de ces enfants seraient souvent connues de la justice ou des services sociaux. Les répétitions de décès violents dans une même fratrie ne seraient pas exceptionnelles.

Conséquences de la maltraitance infantile :

- **Définition :**

La maltraitance dans l'enfance a des conséquences à court, moyen et long terme (Tursz, 2008). Ces conséquences vont être somatiques, physiques et psychologiques et avoir ainsi un impact sur la santé des personnes mais aussi sur la société (OMS, 2014).

- **Contextualisation :**

Les conséquences à court et moyen terme sont sévères (Tursz, 2008). En effet, les conséquences à court terme sont souvent somatiques, mais aussi psychologiques, soit : anxiété, dépression, ou encore troubles du comportement à type d'agressivité. À long terme, toute la littérature internationale converge pour montrer les liens entre violence subie dans la petite enfance et survenue ultérieure de conduites délinquantes ou de tentatives de suicide. Par ailleurs, la négligence aurait des effets particulièrement délétères sur le développement cognitif et affectif.

Le stress provoqué par la maltraitance entraîne une perturbation du développement précoce du cerveau (OMS, 2014). Cela va aussi avoir un impact sur le système nerveux et immunitaire, par conséquent, les enfants maltraités, devenus adultes, sont davantage exposés à divers troubles comportementaux, physiques ou psychiques, tels que les suivants:

- propension à commettre des violences ou à en subir;
- dépression;
- tabagisme;
- obésité;
- comportements sexuels à risque;
- grossesse non désirée;
- alcoolisme et toxicomanie.

Ainsi, au travers de ces conséquences comportementales et psychiques, la maltraitance peut favoriser les pathologies cardiaques, le cancer, les suicides et les infections sexuellement transmissibles. De plus, la maltraitance infantile est à l'origine d'altération,

parfois à vie, de la santé physique et mentale de ceux qui en sont victimes (Tursz, 2008). De fait, par ses conséquences socioprofessionnelles, elle peut au bout du compte ralentir le développement économique et social d'un pays. En effet, le coût économique est notamment lié aux hospitalisations, au traitement des troubles psychiques, à la protection de l'enfance et aux dépenses de santé à plus long terme (OMS, 2014).

Facteurs de risques de la maltraitance infantile :

- **Définition :**

Il s'agit de caractéristique ou exposition d'une personne qui augmente la probabilité de développer une maladie ou de souffrir d'un traumatisme (OMS, 2016). Ces facteurs pouvant être d'ordre politiques, économiques, sociaux, culturels, environnementaux, comportementaux et biologiques, qui vont impacter sur la santé en la favorisant, ou, au contraire, lui porter atteinte (Charte d'Ottawa, 1986).

Ainsi, plusieurs facteurs de risque en matière de maltraitance des enfants ont été recensés (OMS, 2014).

- **Contextualisation :**

Dans le cadre de la maltraitance infantile, il existe des facteurs psycho-affectifs prédominant sur les facteurs socio-économiques (Tursz, 2008). Il semblerait que l'absence d'activité professionnelle des mères puisse être un facteur de risque. Par ailleurs, le défaut d'attachement à la naissance entre les parents et le jeune enfant, plus que des facteurs d'ordre économique, constitueraient le plus grand facteur de risque de négligence et de mauvais traitements. Les situations médicales telles que la grande prématurité, source d'hospitalisation néonatale prolongée, ou la dépression post-partum, sont ainsi particulièrement dangereuses pour l'établissement du lien mère-enfant.

- Ces phénomènes traversent toutes les classes sociales, à cet effet, et dans l'objectif d'identifier ces familles vulnérables, l'entretien du 4ème mois de grossesse a été mis en place et est proposé de façon systématique, en population générale, à l'ensemble des femmes enceintes et à leur compagnon lorsqu'il est accessible.
- Dans le cas des néonaticides faisant suite à des grossesses non désirées, non déclarées et non suivies, le principal problème semblerait être celui de l'isolement social ou de l'extrême solitude morale de femmes qui ne peuvent pas se confier au conjoint ou à la famille (Tursz, 2008).

Ces facteurs peuvent tenir de l'enfant, des parents, mais aussi être d'ordres relationnels, communautaires et sociétaux (OMS, 2014).

Information préoccupante :

- **Définition :**

Selon l'ONED, une information préoccupante est constituée de tous les éléments, y compris médicaux, susceptibles de laisser craindre qu'un mineur se trouve en situation de danger et puisse avoir besoin d'aide (Ordre National des Médecins, 2010). Les deux notions primordiales retenues ici sont le fait que le mineur soit en danger ou risque de l'être (Ministère de l'Education Nationale, de l'enseignement supérieur et de la Recherche, 2014). Les éléments peuvent être des faits observés, des propos entendus, d'inquiétude sur des comportements de mineurs ou d'adultes à l'égard d'un mineur (Ordre National des médecins, 2010).

- **Contextualisation :**

L'information préoccupante est définie par le Code Civil, dans l'article R226-2-2 (CASF, 2016). Cette notion est mentionnée au deuxième alinéa de l'article L. 226-3 pour : « alerter le président du conseil général sur la situation d'un mineur, bénéficiant ou non d'un accompagnement, pouvant laisser craindre que sa santé, sa sécurité ou sa moralité sont en danger ou en risque de l'être ou que les conditions de son éducation ou de son développement physique, affectif, intellectuel et social sont gravement compromises ou en risque de l'être » (CASF, 2016). Cette transmission a pour finalité l'évaluation d'un mineur afin de déterminer les actions de protection et d'aide dont ce mineur et sa famille peuvent bénéficier. D'après l'ONED, une information préoccupante ou inquiétante permet de nommer tout élément d'information susceptible de laisser craindre qu'un enfant puisse avoir besoin d'aide (Puech, 2009).

Ainsi, tout personnel du milieu scolaire ayant un doute ou une présomption de situation de danger ou de risque de danger concernant un élève, après réflexion partagée au sein de l'institution, doit transmettre par écrit les éléments de la situation au président du conseil général (Ministère de l'Education Nationale, de l'enseignement supérieur et de la Recherche, 2014).

Il revient ensuite au directeur d'établissement d'adresser l'information préoccupante à la cellule départementale de recueil, de traitement et d'évaluation des informations préoccupantes (CRIP) selon les modalités prévues dans le protocole départemental. Cette cellule est placée sous la responsabilité du président du conseil général qui agit avec le concours de l'État, de l'autorité judiciaire et de ses autres partenaires (Ministère de l'Education Nationale, de l'enseignement supérieur et de la Recherche, 2014).

Concernant le milieu scolaire, l'IA-DASEN prévoit les modalités de transmission des écrits dans le cadre des protocoles signés avec le président du conseil général et le procureur de la République. Selon ce que prévoient les protocoles départementaux, les informations préoccupantes sont transmises :

Laure-Hélène RANDON -

- Soit directement à la CRIP avec copie du document ou bordereau, pour information, à l'inspecteur de l'éducation nationale et à la direction académique (IA-DASEN ou/et conseillers techniques sociaux et de santé).
- Soit à l'inspecteur de l'éducation nationale et la direction académique (IA-DASEN ou/et conseillers techniques sociaux et de santé), qui transmettent à la CRIP (Ministère de l'Education Nationale, de l'enseignement supérieur et de la Recherche, 2014).

Ensuite, une évaluation de la situation est réalisée par la CRIP en vue de la mise en œuvre d'une mesure d'aide ou de protection (Ministère de l'Education Nationale, de l'enseignement supérieur et de la Recherche, 2014).

Signalement :

- **Définition :**

Après l'évaluation, les informations individuelles peuvent faire, si nécessaire, l'objet d'un signalement à l'autorité judiciaire selon l'article L 226-3 du CASF (CASF, 2016). Quelle que soit la mesure de protection envisagée, les critères de gravité et d'urgence doivent être présents (Ordre National des Médecins, 2010), en effet le mineur doit être en situation de « danger grave ou imminent » (Ministère de l'Education Nationale, de l'enseignement supérieur et de la Recherche, 2014).

- **Contextualisation :**

Le signalement est un terme juridique, sa transmission au Procureur de la République concerne des faits graves nécessitant des mesures appropriées dans le seul but de protéger l'enfant (Ordre National des médecins, 2010). De fait, il s'agit d'un danger avéré nécessitant une protection immédiate, par exemple pour les victimes de violences sexuelles avérées ou présumées, etc. Une copie est par ailleurs envoyée à la cellule de recueil des informations préoccupantes (Ministère de l'Education Nationale, de l'enseignement supérieur et de la Recherche, 2014). Ensuite, une mesure de protection judiciaire est mise en œuvre. Tout professionnel du milieu scolaire lorsqu'il prend connaissance d'un crime ou d'un délit doit immédiatement en informer le procureur de la République (article 40 du code de procédure pénale) (Ministère de l'Education Nationale, de l'enseignement supérieur et de la Recherche, 2014).

Parentalité :

- **Définition :**

Il s'agit de l'ensemble des droits et des devoirs, des pratiques de soin et d'éducation mises en œuvre pour un enfant par un parent (de droit ou électif), indifféremment de la

configuration familiale choisie (Sellenet, 2007). La parentalité a pour finalité l'intérêt de l'enfant et cours jusqu'à sa majorité ou son émancipation (Code Civil, 2016).

- **Contextualisation :**

Ce terme est juridiquement défini par l'article 371-1 du Code Civil (Code civil, 2016) : « L'autorité parentale est un ensemble de droits et de devoirs ayant pour finalité l'intérêt de l'enfant. Elle appartient aux parents jusqu'à la majorité ou l'émancipation de l'enfant pour le protéger dans sa sécurité, sa santé et sa moralité, pour assurer son éducation et permettre son développement, dans le respect dû à sa personne. Les parents associent l'enfant aux décisions qui le concernent, selon son âge et son degré de maturité » (Code civil, 2016).

Le mot parentalité désigne un standard clinique ou juridique que des éducateurs experts vont évaluer. On parle de compétences parentales, ce qui peut laisser entendre qu'être « parent » est un métier avec un cahier des charges à respecter (ODAS, 2010).

La parentalité serait conçue autour de trois axes (Houzel, 2003) :

- L'exercice de la parentalité, qui se rapproche du domaine juridique, en effet il regroupe l'ensemble des droits et des devoirs qui se rattachent à la fonction parentale et à la filiation ; à titre d'exemples on peut citer l'autorité parentale ou encore la transmission du nom.
- L'expérience de la parentalité, où le vécu subjectif conscient et inconscient de devenir parent et de remplir les rôles parentaux est concerné.
- La pratique de la parentalité, qui est constituée par l'ensemble des soins quotidiens, psychiques ou physiques, que les parents doivent accomplir auprès de leur enfant.

Par ailleurs, la déchéance de parentalité est elle aussi légiférée par le Code civil, ainsi : « Peuvent se voir retirer totalement l'autorité parentale par une décision expresse du jugement pénal les père et mère qui sont condamnés, soit comme auteurs, coauteurs ou complices d'un crime ou délit commis sur la personne de leur enfant », selon l'article 378 du Code Civil (Code civil, 2016).

Prévention :

Pour cette notion, nous avons décidé de nous référer à la définition de la banque de données en santé publique.

- **Définition :**

Actions visant à réduire l'impact des déterminants des maladies ou des problèmes de santé, à éviter la survenue des maladies ou des problèmes de santé, à arrêter leur progression ou à limiter leurs conséquences. Les mesures préventives peuvent consister en une intervention médicale, un contrôle de l'environnement, des mesures législatives, financières

ou comportementalistes, des pressions politiques ou de l'éducation pour la santé (BDSP, 2016).

- **Contextualisation :**

L'OMS va donner une définition de la prévention en 1948 : « la prévention est l'ensemble des mesures visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps » (Flajolet, 2001).

On distingue trois types de préventions :

Prévention primaire : Actions visant à réduire la fréquence d'une maladie ou d'un problème de santé dans une population saine, par la diminution des causes et des facteurs de risque. L'incidence correspond à l'apparition de nouveaux cas (BDSP, 2016).

Prévention secondaire : Actions visant à la détection et au traitement précoces d'une maladie ou d'un problème de santé. La prévention secondaire consiste à identifier la maladie ou le problème de santé à son stade le plus précoce et à appliquer un traitement rapide et efficace pour en circonscrire les conséquences néfastes (BDSP, 2016).

Prévention tertiaire : Actions visant à réduire la progression et les complications d'une maladie avérée ou d'un problème de santé. Elle consiste en mesures destinées à réduire les incapacités, les invalidités et les inconvénients et à améliorer la qualité de vie. La prévention tertiaire constitue un aspect important des soins médicaux et de la réhabilitation (BDSP, 2016).

En 1982, une nouvelle classification est présentée par RS. GORDON (Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille, 2016) :

Prévention universelle : destinée à l'ensemble de la population, quel que soit son état de santé. Fais donc partie intégrante de cette acceptation de la prévention les champs dits de l'éducation pour la santé qui insiste notamment sur les grandes règles d'hygiène.

Prévention sélective : elle s'exerce en direction de sous-groupe de population spécifique : automobilistes, travailleurs en bâtiment, jeunes femmes etc. La promotion de l'activité physique ou la contraception constituent des exemples d'actions de prévention sélective.

Prévention ciblée : elle est non seulement fonction de sous-groupes de la population mais aussi et surtout fonction de l'existence de facteurs de risque spécifiques à cette partie bien identifiée de la population (glycosurie chez les femmes enceintes)... (Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille, 2016).

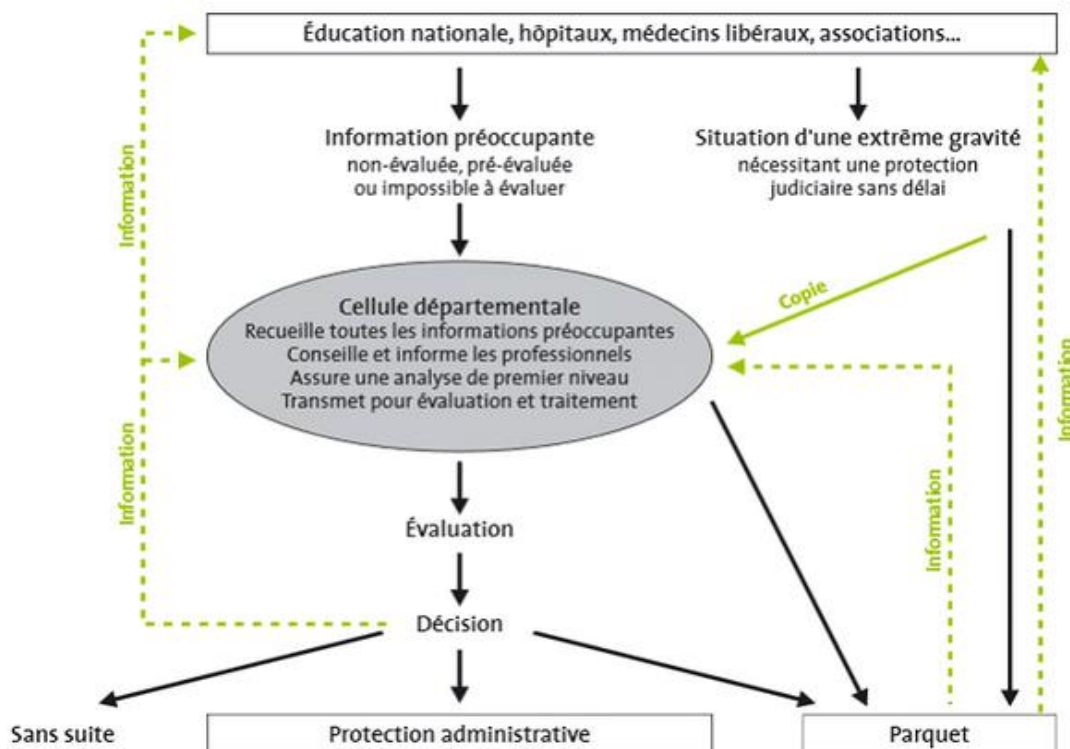
La prévention de la maltraitance des enfants exige une approche multisectorielle (OMS, 2014). Les programmes qui se montreraient être les plus efficaces seraient ceux qui apportent un soutien aux parents et leur apprennent à être de bons parents. Ainsi, les visites

d'infirmières à domicile pour fournir aux parents un soutien, des conseils et des informations; des programmes de formation parentale, ou encore des interventions avec des composantes soutiens et éducation des parents, enseignement préscolaire, et soins à l'enfant (OMS, 2014).

D'autres programmes de prévention se seraient révélés assez prometteurs. Par exemple, les programmes de prévention du traumatisme crânien imputable à de mauvais traitements, ou les programmes de prévention des violences sexuelles à enfant. Ces programmes vont permettre de renforcer les facteurs de protection contre les violences, mais aucunes données ne permettent de savoir si c'est le cas pour d'autres violences (OMS, 2014). Plus ces interventions auront lieu tôt dans la vie de l'enfant, plus elles seront bénéfiques pour l'enfant lui-même (développement cognitif, compétences comportementales et sociales, réussite scolaire, par exemple) et pour la société (diminution de la délinquance et de la criminalité, par exemple). Par ailleurs, la détection précoce des cas associée à la prise en charge des enfants victimes et de leurs familles dans la durée peut aider à réduire la répétition des mauvais traitements et à en atténuer les conséquences (OMS, 2014).

ANNEXE II : SCHEMAS ET TABLEAUX

Schéma de recueil, d'évaluation, de traitement des informations concernant des mineurs en danger ou risquant de l'être



Source : Oned - Guide pratique Protection de l'enfance - La cellule départementale de recueil, de traitement et d'évaluation des informations préoccupantes

Figure 1 : Schéma de recueil, d'évaluation, de traitement des informations concernant les mineurs en danger ou risquant de l'être.

Population	Val-de-Marne (94)
Population en 2012	1 341 831
Densité de la population (nombre d'habitants au km ²) en 2012	5 476,2
Superficie (en km ²)	245,0
Variation de la population : taux annuel moyen entre 2007 et 2012, en %	+0,6
dont variation due au solde naturel : taux annuel moyen entre 2007 et 2012, en %	+1,0
dont variation due au solde apparent des entrées sorties : taux annuel moyen entre 2007 et 2012, en %	-0,4
Nombre de ménages en 2012	561 539

Sources : Insee, RP2007 et RP2012 exploitations principales

Naissances domiciliées en 2014	21 566
Décès domiciliés en 2014	7 953

Source : Insee, état civil

Figure 2: Présentation de la population du Val de Marne.

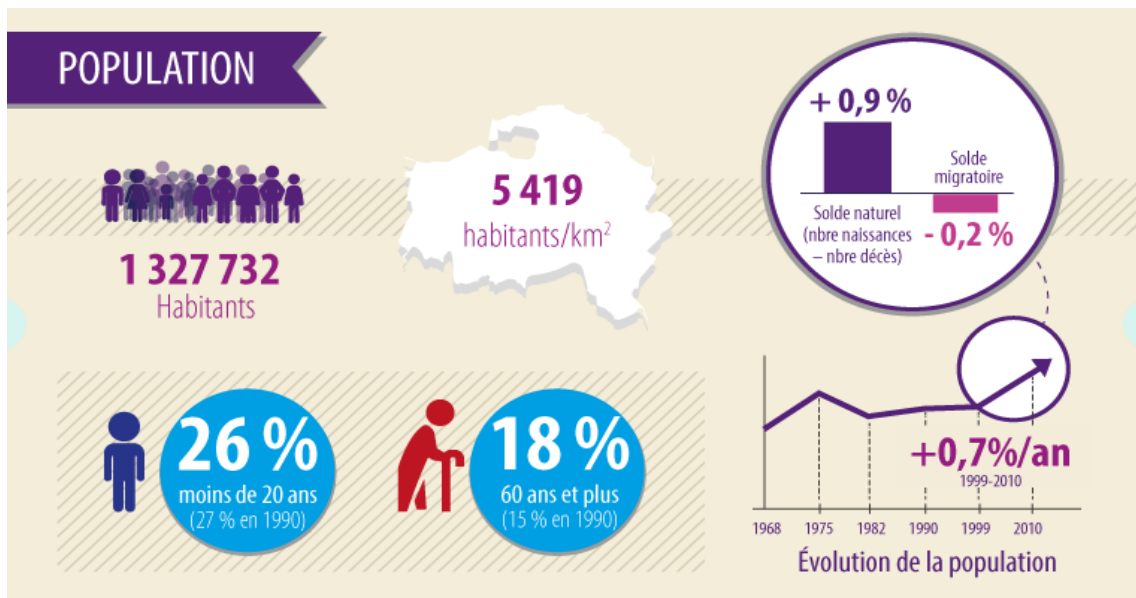


Figure 3 : Population dans le Val-de-Marne en 2015 (Conseil départemental du Val-de-Marne, 2016).

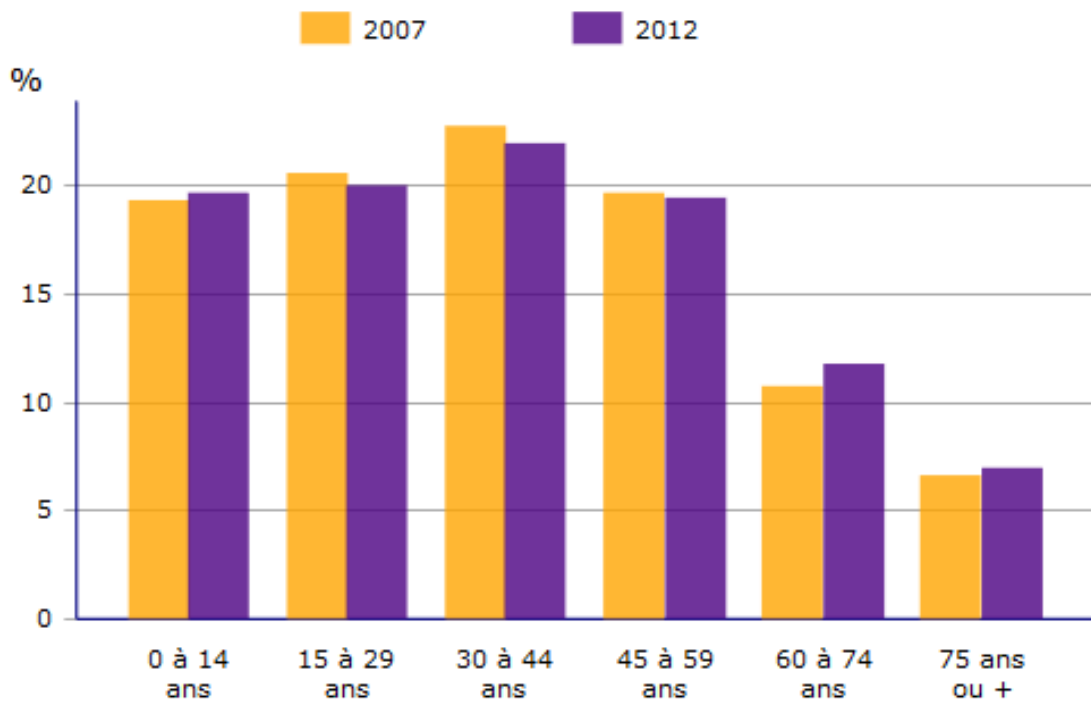


Figure 4 : Population par grandes tranches d'âges en Val-de-Marne entre 2007 et 2012 (Insee, 2012).

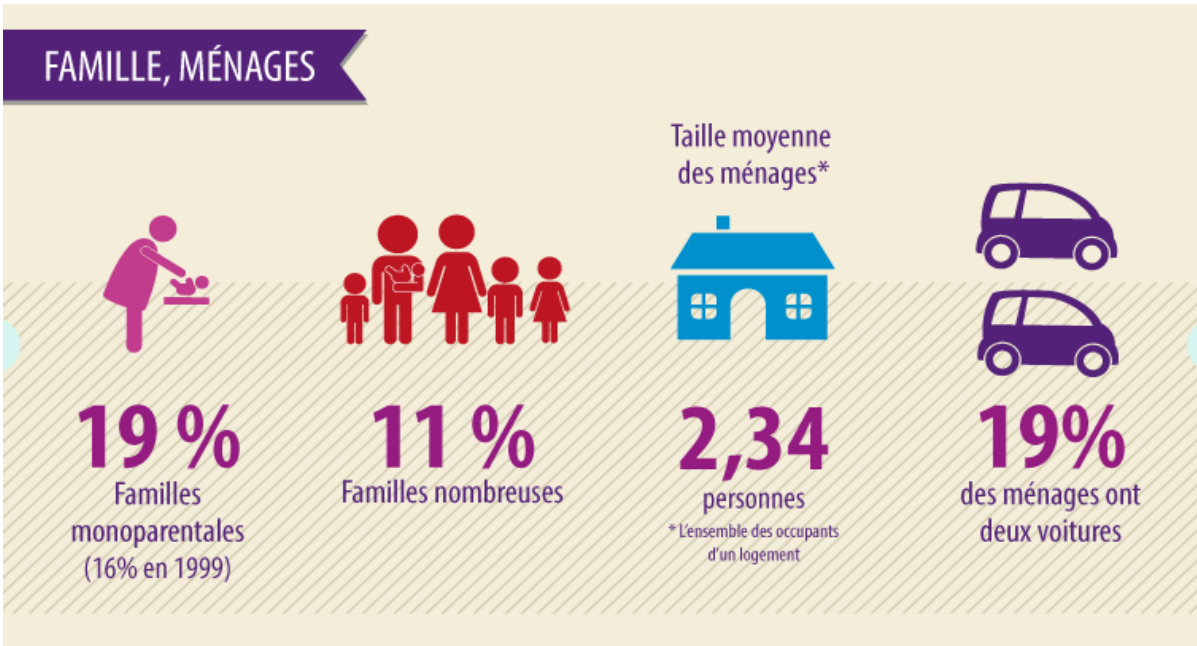


Figure 5: Part des ménages du Val-de-Marne en 2015 (Conseil départemental du Val-de-Marne, 2016).

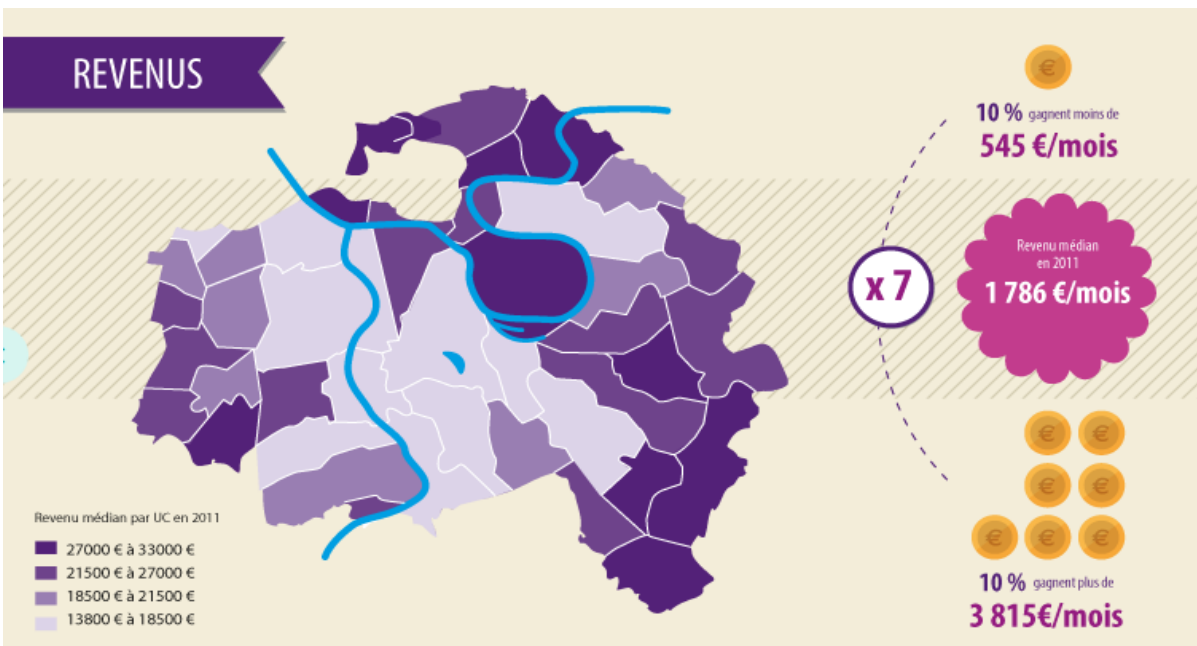


Figure 6 : Part des revenus en Val-de-Marne en 2015 (Conseil départemental du Val-de-Marne, 2016).

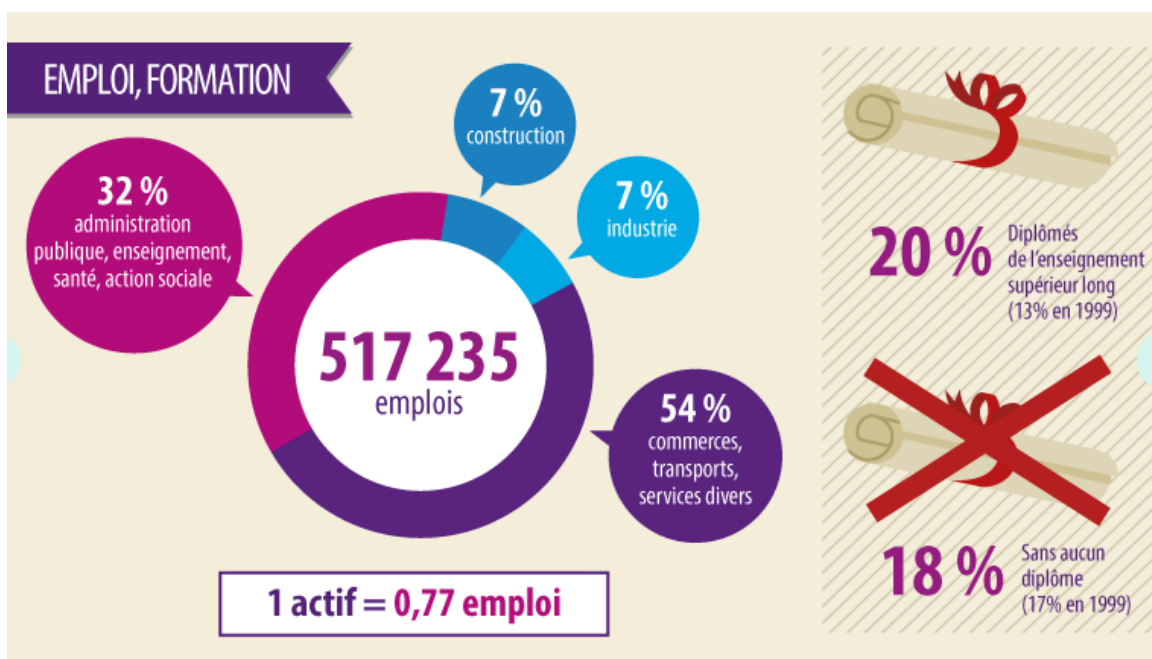


Figure 7: Emploi et formation en Val-de-Marne en 2015 (Conseil départemental du Val-de-Marne, 2016).

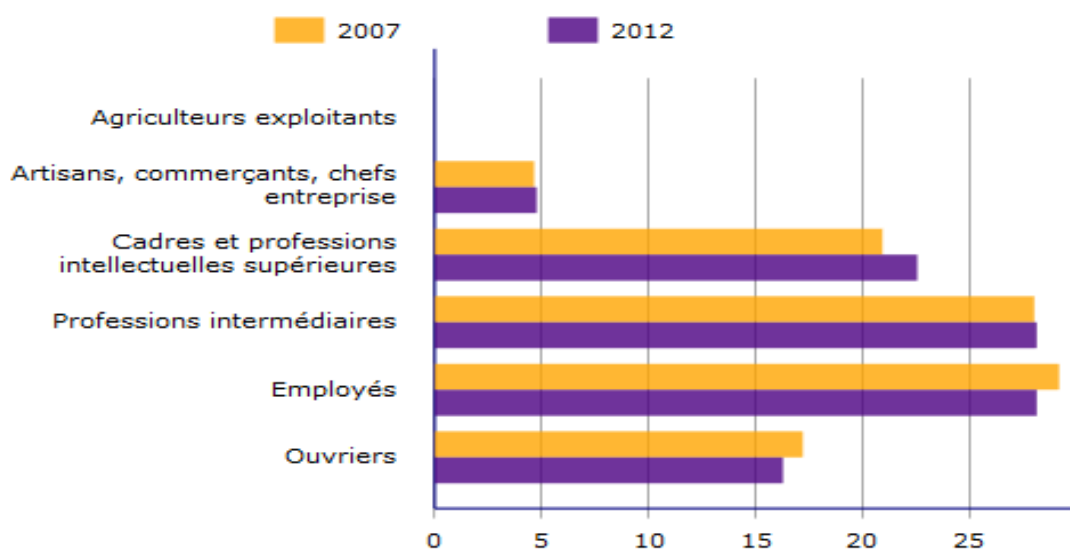


Figure 8: Emplois par catégories socioprofessionnelle en Val-de-Marne entre 2007 et 2012 (Insee, 2015).

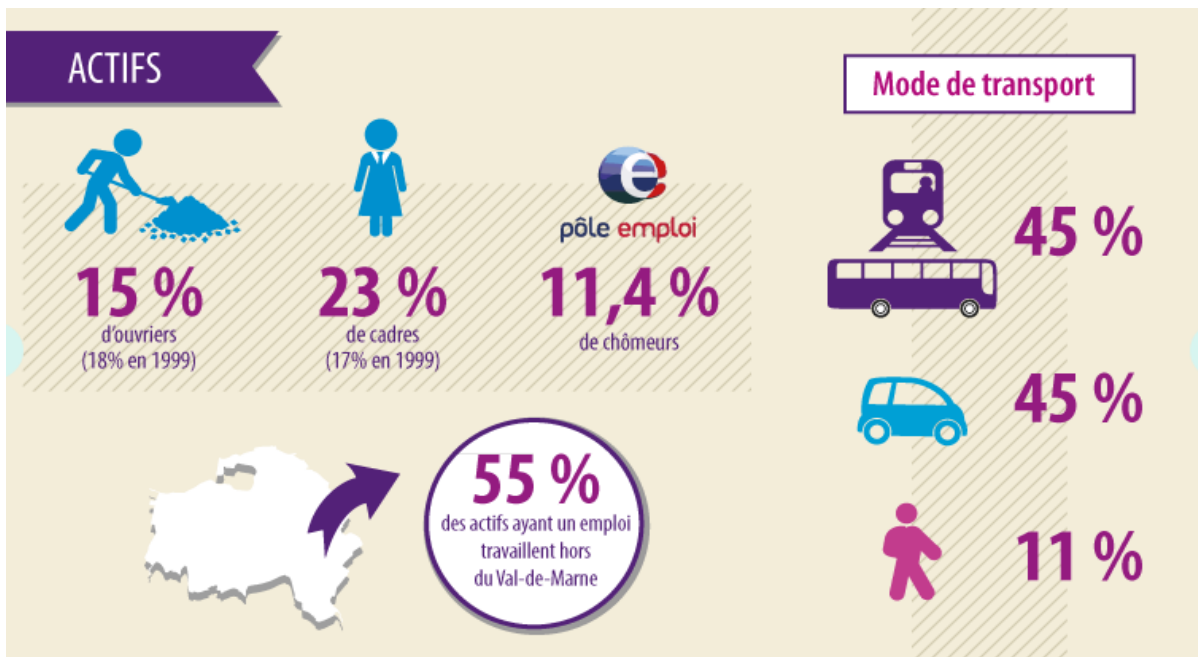


Figure 9 : Part des actifs en Val-de-Marne en 2015 (conseil départemental du Val-de-Marne, 2016).

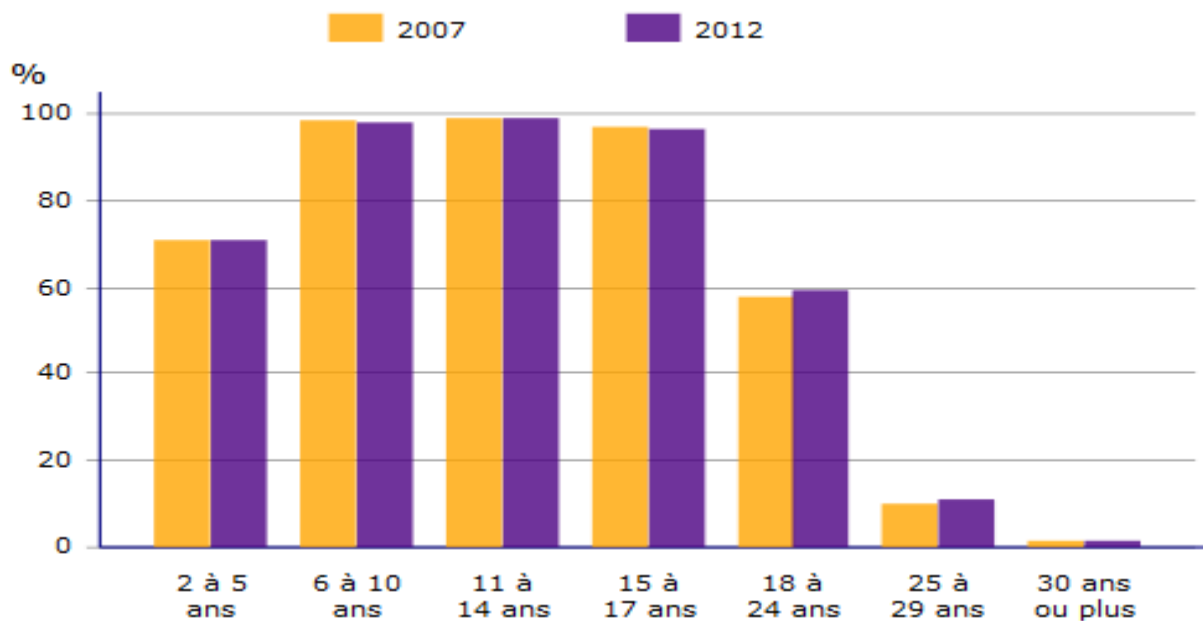


Figure 10 : Taux de scolarisation en Val-de-Marne entre 2007 et 2012 (Insee, 2015).

	2012	2013	2014	2015
Nombre d'enfants ayant fait l'objet d'une IP	3511	3694	3524	4284
Nombre d'IP réceptionnées par la CRIP*	4068	4128	3918	4832
Evolution du nombre d'IP reçues		1,47%	-5,09%	23,33%

*Un enfant peut être signalé plusieurs fois et faire l'objet de plusieurs IP

Figure 11 : Nombre d'enfants ayant fait l'objet d'une IP et nombre d'IP réceptionnée par la CRIP sur le Val-de-Marne entre 2012 et 2015 (Rapport CRIP du Val-de-Marne, 2015).

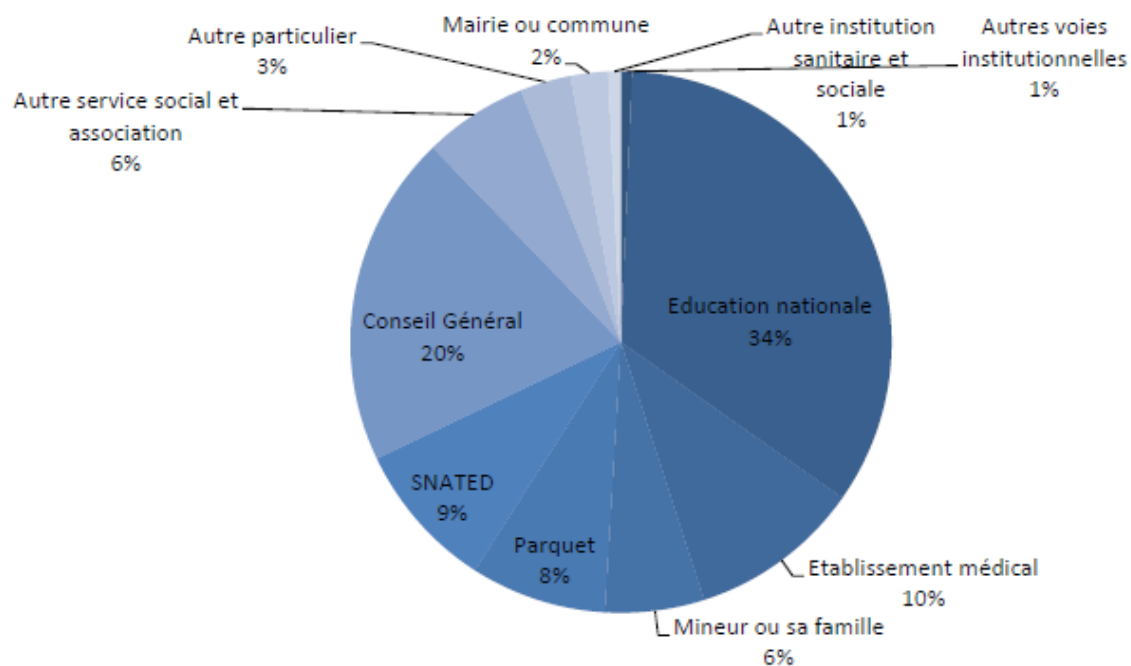


Figure 12 : Provenance des IP sur le Val-de-Marne en 2015 (Rapport de la CRIP 2015).

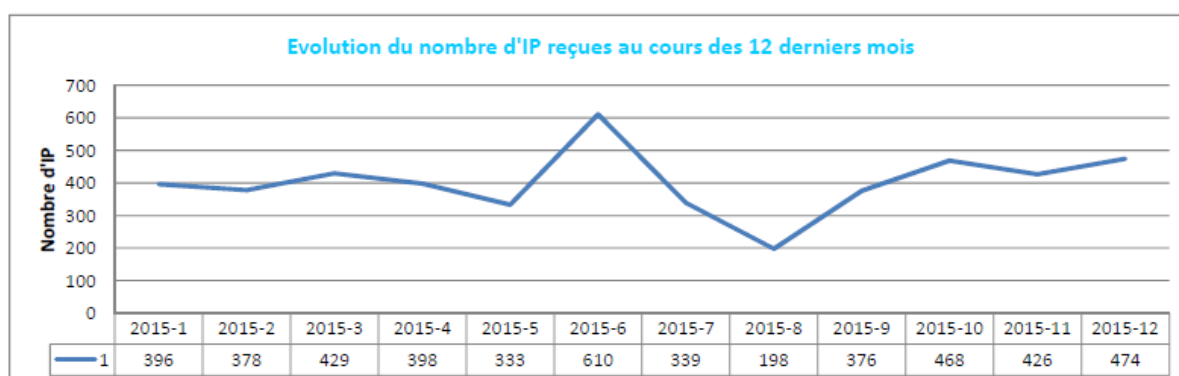


Figure 13 : Evolution mensuelle et annuelle de l'activité de la CRIP du Val-de-Marne en 2015 (Rapport de la CRIP 2015).

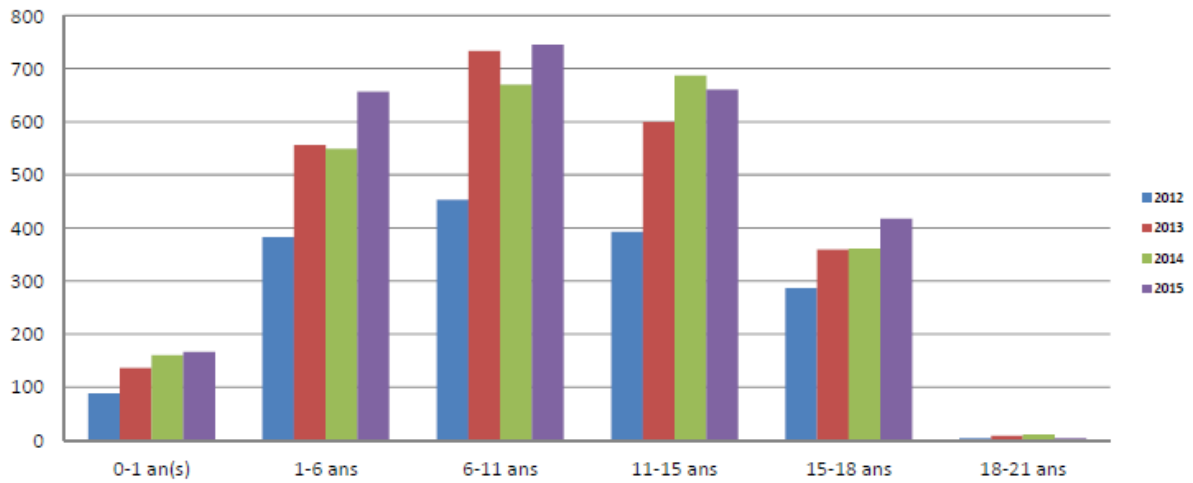


Figure 14 : Répartition par tranche d'âge des enfants ayant fait l'objet d'une évaluation par la CRIP sur le Val-de-Marne entre 2012 et 2015 (Rapport de la CRIP 2015).

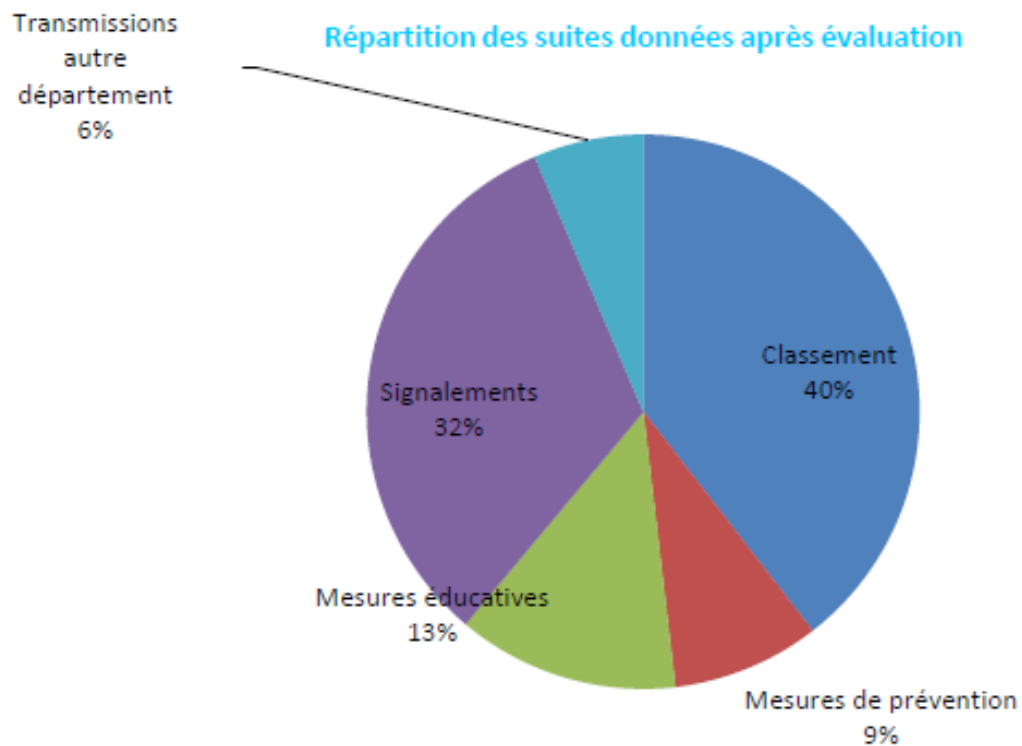


Figure 15 : Répartition des suites données après évaluation par la CRIP sur le Val-de-Marne (Rapport CRIP 2015).

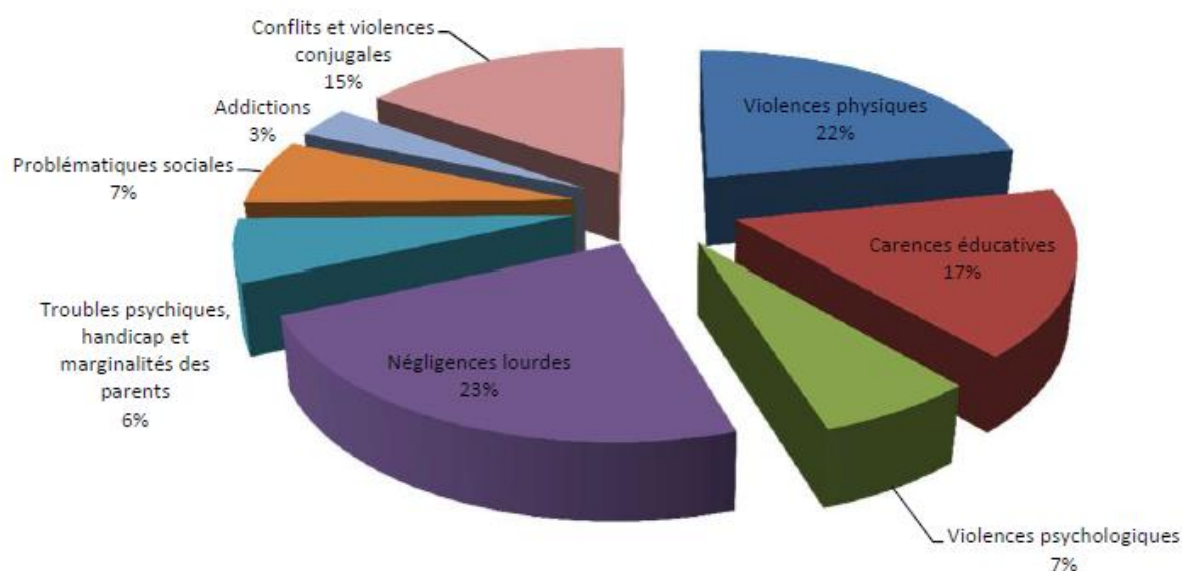


Figure 16 : Regroupement des facteurs de danger après analyse de 1er niveau par la CRIP du Val-de-Marne (Rapport CRIP 2015).

Année scolaire	Nombre d'Informations Préoccupantes et origine de leur transmission			Nombre de Signalements et origine de leur transmission		
	Social	Santé	Autres Professionnels	Social	Santé	Autres Professionnels
2011-2012	282	72	403	53	28	94
2012-2013	314	110	394	65	35	104
2013-2014	389	121	492	46	26	88
2014-2015	392	95	733	59	19	133

Tableau 1 : Nombre d'IP et de Signalements faits par les différents professionnels de l'Education Nationale sur quatre années scolaires de 2011 à 2015.

Année Scolaire	Nombre d'élèves ayant fait l'objet d'une Information Préoccupante	Nombre d'élèves ayant fait l'objet d'un Signalement
2011-2012	711	156
2012-2013	745	182
2013-2014	915	140
2014-2015	1156	183

Tableau 2 : Nombre d'élèves ayant fait l'objet d'une Information Préoccupante ou d'un Signalement par un professionnel de l'Education Nationale sur quatre années scolaires de 2011 à 2015.

ANNEXE III : LISTE DES ENTRETIENS CONDUITS

Acteur ou expert rencontré	Rôle/Fonction
Assistante Sociale Conseillère Technique de l'Education Nationale	Assistante Sociale Conseillère Technique de l'Education Nationale
Mme CREOFF	Directrice générale adjointe au Pôle Enfance et Famille au Conseil Départemental du Val-de-Marne
Mr GREVOT	Expert à l'ODAS, il a écrit le rapport Marina
Infirmier Conseiller Technique de l'Education Nationale	Infirmier Conseiller Technique de l'Education Nationale
Mr LHUILLIER	Expert en Droit français, et Politique Publique de la Protection de l'Enfance
Capitaine MANCINI	Capitaine de la Brigade de la Protection de la Famille
Mme MARION	Infirmière de l'Education Nationale, c'est elle qui est venue en aide à Céline RAPHAEL
Mme MATI	Experte en formation des enseignants
Médecin Conseiller Technique de l'Education Nationale	Médecin Conseiller Technique de l'Education Nationale
Médecin de l'UMJ	Médecin de l'UMJ
Mme NAVARRO	Provisseur de Vie Scolaire adjointe, s'occupe du premier degré.
Mme O'NYMES	Experte au sein de la CNAPE
Mme RAPHAEL	Médecin et ancienne victime de maltraitance infantile, elle est l'auteure de la Démésure
Mme RIMBAULT	Directrice de l'ASE
Dr ROUSSEAU	Pédopsychiatre en foyer de l'enfance
Mme SAUVAGE	Directrice de la CRIP
Mme TURSZ	Pédiatre et épidémiologiste en maltraitance infantile, elle est Directrice de recherche à l'INSERM

ANNEXE IV : GRILLES D'ENTRETIEN

Nous avons travaillé nos premières grilles d'entretien avec Madame DUCROS. Elles ont toutes été élaborées de la même manière, de façon à pouvoir ensuite comparer et analyser les réponses.

Voici trois exemples de grille d'entretien type que j'ai utilisé dans mon enquête : l'une pour un acteur institutionnel au sein de l'Education Nationale, une autre pour un acteur travaillant dans la boucle institutionnelle de Protection de l'Enfance, et enfin la dernière pour un expert. Nous avons adapté chacune de nos grilles d'entretien à la personne rencontrée.

Nous avons comme règle déontologique de garder l'anonymat de nos interlocuteurs (sauf si ceux-ci souhaitent être cités).

Grille d'entretien de l'assistance sociale conseiller technique de l'Education Nationale du Val-de-Marne :

Pour commencer, pouvez-vous vous présenter ?

Parcours, fonctions ? Vos missions au sein du département ? Présentation de la situation du département dans lequel vous exercez ? Données à fournir (IP/signalement) ?

Pensez-vous que la maltraitance infantile est un réel problème au sein de votre département ?

Est-ce un problème de Santé Publique ?

Pouvez-vous me dire comment vous travaillez au sein du milieu scolaire ?

Quel rôle ? Comment intervenez-vous ? Avec quels acteurs ? Protocoles ? Textes ? Collaboration entre les acteurs (enseignants, infirmières scolaires, médecins scolaires) ? Comment les infirmières scolaires peuvent fonctionner ? Quel soutien ? Quel est le temps de mise en route ? Quel est votre ressenti ? Vos attentes ?

Pensez-vous que le milieu scolaire a un rôle à jouer dans le cadre de la protection de l'enfance ? Comment ?

Est-ce que dans les parcours des enfants, vous voyez souvent des ruptures scolaires ? Comment lutter contre ?

Selon vous peut-on agir en amont de certaines situations ? Comment ?

Pourrait-on faire de la prévention ? Repérage et dépistage ? Comment ?

→ promotion de la santé : conditions de scolarisation favorables, respectueuses de l'enfant, lui permettant de s'exprimer et de prendre en compte sa parole (environnements). Développement de compétences individuelles, soit de l'éducation pour la santé (aptitudes individuelles). Volonté politique de se préoccuper du problème pouvant déboucher sur des plans de formation des professionnels mais aussi favorisant et soutenant le travail d'équipe, etc. (Aptitudes individuelles) Renforcer les relations famille-école et la co-éducation (approche communautaire). Associer le travail santé et social en amont des situations, etc. (Réorienter les services).

Comment s'organise le parcours de prise en charge d'un enfant maltraité, entre les institutions, les acteurs, etc. ?

Quels sont les liens institutionnels ? Est-ce que le fonctionnement (avec la CRIP) est connu et intégré par tous les acteurs ? Quels sont les leviers d'actions sur lesquels vous pensez qu'il est nécessaire d'agir ? Avez-vous des retours (enfants qui passent à travers les mailles du filet) ? Ecole intégrée dans la boucle institutionnelle ? (Objectifs, acteurs, institutions, textes).

Selon vous, comment peut-on lutter contre le cloisonnement départemental ?

En référence aux familles qui déménagent. Coordination entre CRIP de différents départements ?

Pour terminer, selon vous que faudrait-il pour améliorer la prise en compte de la protection de l'enfance en milieu scolaire ?

Loi ? Quand agir ? Protocoles ? Formation ? Pratiques ? Coordination institutionnelle ?

Grille d'entretien de Madame CREOFF :

Pour commencer, pouvez-vous vous présenter ?

Parcours, fonctions ? Vos missions au sein du département ? Présentation du pôle enfance et famille du Val-de-Marne ? Données à fournir ? Directrice générale adjointe du conseil général.

Pensez-vous que la maltraitance infantile est un réel problème au sein de votre département ?

Est-ce un problème de Santé Publique ?

Pouvez-vous me dire comment vous travaillez avec le milieu scolaire ?

Quel rôle ? Comment intervenez-vous ? Avec quels acteurs ? Protocoles ? Textes ? Quel est le temps de mise en route ? Quel est votre ressenti ? Vos attentes ?

Pensez-vous que le milieu scolaire a un rôle à jouer dans le cadre de la protection de l'enfance ? Comment ?

Est-ce que dans les parcours des enfants, vous voyez souvent des ruptures scolaires ? Comment lutter contre ? Selon vous peut-on agir en amont de certaines situations ? Comment ?

Pourrait-on faire de la prévention ? Repérage et dépistage ? Comment ?

- ➔ promotion de la santé : conditions de scolarisation favorables, respectueuses de l'enfant, lui permettant de s'exprimer et de prendre en compte sa parole (environnements). Développement de compétences individuelles, soit de l'éducation pour la santé (aptitudes individuelles). Volonté politique de se préoccuper du problème pouvant déboucher sur des plans de formation des professionnels mais aussi favorisant et soutenant le travail d'équipe, etc. (Aptitudes individuelles) Renforcer les relations famille-école et la co-éducation (approche communautaire). Associer le travail santé et social en amont des situations, etc. (Réorienter les services).

Comment s'organise le parcours de prise en charge d'un enfant maltraité, entre les institutions, les acteurs, etc. ?

Quels sont les liens institutionnels ? Liens entre le département, la CRIP, l'ASE, le Parquet, l'Education Nationale ? Quels sont les leviers d'actions sur lesquels vous pensez qu'il est nécessaire d'agir ? Avez-vous des retours (enfants qui passent à travers les mailles du filet) ? Ecole intégrée dans la boucle institutionnelle ? (Objectifs, acteurs, institutions, textes).

Selon vous, comment peut-on lutter contre le cloisonnement départemental ?

En référence aux familles qui déménagent.

Pour terminer, selon vous que faudrait-il pour améliorer la prise en compte de la protection de l'enfance en milieu scolaire ?

Loi ? Quand agir ? Protocoles ? Formation ? Pratiques ? Coordination institutionnelle ?

Grille d'entretien de Monsieur LHUILLIER :

Pouvez-vous vous présenter?

Parcours, fonctions, missions?

Pouvez-vous nous expliquer comment vous participez à l'élaboration des textes législatifs et réglementaires sur la protection de l'enfance et comment tout cela se passe ?

Selon vous, est-ce que la protection infantile en milieu scolaire fait partie des priorités de l'action publique du secteur de l'enfance ou pas ? Est-ce que cela devrait l'être et pourquoi ?

Est-ce que c'est abordé comme un problème de santé publique ? Conséquences en termes de santé, humaines, sociales, etc.

Quel retour avez-vous de la mise en œuvre de cette Politique Publique relative à la protection de l'enfance ? Est-ce que les moyens suivent pour la mise en œuvre de la politique publique ?

Moyens financiers, humains, travail intersectoriel, formation et accompagnement des acteurs.

Pensez-vous que le milieu scolaire a un rôle particulier à jouer dans le cadre de la protection de l'enfance et comment ?

Le fait que tous les enfants fréquentent le milieu scolaire de 3 ans à quasiment 18 ans (obligation = 6-16). Pour l'ensemble des élèves, en amont des situations (prévention primaire, promotion de la santé). Repérage et dépistage. Parcours scolaire des enfants victimes dont la scolarité est plus fragile. Rôle des acteurs du milieu scolaire. Résistance des acteurs ? Compréhension des Politiques Publiques ? Suffisance des Politiques Publiques ? Politiques Publiques adaptées.

Que pensez-vous du parcours de prise en charge des enfants victimes de maltraitance?

Est-ce cloisonné/décloisonné ? Lien institutionnels ? Lien EN/ASE ...

Avez-vous connaissance de l'existence de protocole entre le département, l'Education Nationale et les institutions ?

Le cadre législatif actuel vous semble-t-il adapté et pertinent?

Dissonance théorie-pratique ? Réelle application de la loi de 2007 ? Connaissance des acteurs par rapport à la loi ? Résistance ? Mise en œuvre ?

Pour terminer selon vous, que faudrait-il pour améliorer la prise en compte de la protection de l'enfance, en particulier en milieu scolaire?

Loi ? Quand agir ? Formation ? Pratique ? etc.

ANNEXE V : LISTE DES TEXTES JURIDIQUES RELATIFS A LA PROTECTION DE L'ENFANCE

Ordonnances :

Ordonnance n°45-174 du 2 février 1945 relative à l'enfance délinquante, Garde des Sceaux, Ministère de la Justice.

Ordonnance n°58-1301 du 23 décembre 1958 relative à la Protection de l'Enfance et de l'adolescence en danger.

Lois :

Loi n° 84-422 du 6 juin 1984 relative aux droits des familles dans leurs rapports avec les services chargés de la protection de la famille et de l'enfance, et au statut des pupilles de l'Etat.

Loi n° 86-17 du 6 janvier 1986 adaptant la législation sanitaire et sociale aux transferts de compétences en matière d'aide sociale et de santé.

Loi n° 89-487 du 10 juillet 1989 relative à la prévention des mauvais traitements à l'égard des mineurs et à la protection de l'enfance.

Loi n° 98-468 du 17 juin 1998 relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs.

Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

Loi n° 2004-1 du 2 janvier 2004 relative à l'accueil et à la protection de l'enfance.

Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.

Loi n° 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales.

Loi n° 2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance.

Loi n° 2010-769 du 9 juillet 2010 relative aux violences faites aux femmes, aux violences au sein du couple et aux incidences de ces dernières sur les enfants

Loi n° 2013-595 du 8 juillet 2013 d'orientation et de programmation pour la refondation de l'école de la République.

Loi n° 2016-297 du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant.

Arrêté, circulaires et décrets :

Arrêté du 3 novembre 2015 relative 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.

Circulaire DGS/407/2B du 9 juillet 1985 accueil et prise en charge, par les établissements d'hospitalisation publics et privés, des enfants en danger, victimes de sévices ou de délaissement.

Circulaire n° 2006-137 du 25 août 2006 du Ministère de l'Education Nationale.

Circulaire PJJ 96-02 K4 du 12 mars 1996 relative à la contractualisation des relations entre l'état et les conseils généraux en matière de Protection de l'Enfance.

Circulaire n°97-119 du 15 mai 1997 relative à la prévention des mauvais traitements à l'égard des enfants.

Circulaire DGS/DH 97-380 du 27 mai 1997 relative aux dispositifs régionaux d'accueil et de prise en charge des personnes victimes de violences sexuelles.

Circulaire n°97-175 du 26 août 1997 relative à l'instruction concernant les violences sexuelles.

Circulaire DH/AF1/98 n°137 du 27 février 1998 relative à la création de consultations médico-judiciaires d'urgence.

Circulaire interministérielle du 9 mars 1999 relative aux réseaux d'écoute, d'appui et d'accompagnement des parents.

Circulaire DGS/DH 2000-399 du 13 juillet 2000 relative à l'extension aux mineurs victimes de toutes formes de maltraitance des dispositions de la circulaire DGS/DH 97-380 du 27 mai 1997.

Circulaire interministérielle n°2001-52 du 10 janvier 2001 ayant pour objet la Protection de l'Enfance.

Circulaire n°2001-044 du 15 mars 2001 relative à la lutte contre les violences sexuelles.

Circulaire DHOS/E1 n°2001-503 du 22 octobre 2001 relative à l'accueil en urgence dans les établissements de santé des personnes victimes de violence ainsi que de toute personne en situation de détresse psychologique.

Circulaire n°2002-97 du 14 février 2002 relative aux suites de la campagne de prévention des maltraitances et des violences sexuelles sur mineurs et à la prise en charge des mineurs victimes.

Circulaire n°2004-054 du 23 mars 2004 relative au contrôle et à la promotion de l'assiduité des élèves soumis à l'obligation scolaire.

Circulaire 2005-02 K/21-03-2005 du 21 mars 2005 relative à la mise en œuvre de la protection judiciaire en faveur des jeunes majeurs.

Circulaire CRIM/AP n°05-10/E1 du 2 mai 2005 relative à l'amélioration du traitement judiciaire des procédures relatives aux infractions de nature sexuelle diffusée pour attribution.

Circulaire interministérielle n° 2008-361 du 11 décembre 2008 relative aux Réseaux d'Ecoute, d'Appui et d'Accompagnement des Parents (REAAP).

Circulaire d'orientation du 6 mai 2010 relative au rôle de l'institution judiciaire dans la mise en œuvre de la réforme de la protection de l'enfance.

Circulaire du 14 mai 2012 présentant les dispositions de droit pénal et de procédure pénale de la loi n°2012-409 du 27 mars 2012 de programmation relative à l'exécution des peines.

Laure-Hélène RANDON -

Circulaire n°2015-118 du 10 novembre 2015 relative aux missions des médecins de l'Education Nationale.

Circulaire n°2015-119 du 10 novembre 2015 relative aux missions des infirmiers-ières de l'Education Nationale.

Circulaire interministérielle du 25 janvier 2016 relative à la mobilisation des services de l'Etat auprès des conseils départementaux concernant les mineurs privés temporairement ou définitivement de la protection de leur famille et les personnes se présentant comme tels.

Décret n°59-100 du 7 janvier 1959 Relatif à la protection sociale de l'enfance en danger.

Décret n°59-101 du 7 janvier 1959 modifiant et complétant le code le Code de la Famille et de l'Aide Sociale en ce qui concerne la Protection de l'Enfance.

Décret n° 59-1095 du 21 septembre 1959 portant, en exécution de l'article 800 du code de procédure pénale et de l'article 202 du code de la famille et de l'aide sociale, règlement d'administration publique pour l'application de dispositions relatives à la protection de l'enfance et de l'adolescence en danger.

Décret n° 67-161 du 24 février 1967 relative au Conseil départemental de la protection de l'enfance.

Décret du 9 décembre 1991 relatif à la formation des professionnels concernés par la prévention des mauvais traitements à l'égard des mineurs et la protection des mineurs maltraités.

Décret n°94-1210 du 30 décembre 1994 portant création d'un Conseil supérieur de la médecine légale.

Décret n°97-216 du 12 mars 1997 relatif à la coordination interministérielle en matière de lutte contre les mauvais traitements et atteintes sexuelles envers les enfants.

Décret n° 2001-833 du 13 septembre 2001 fixant les modalités de la suppression de la participation de l'assuré au titre des frais de soins consécutifs aux sévices sexuels subis par des mineurs et modifiant le code de la sécurité sociale.

Décret n°2004-162 du 19 février 2004 portant modification du décret n° 66-104 du 18 février 1966 relatif au contrôle de la fréquentation et de l'assiduité scolaires et aux sanctions que comportent, au regard du versement des prestations familiales et en matière pénale, les manquements à l'obligation scolaire et du code pénal.

Décret n°2006-830 du 11 juillet 2006 relatif au socle commun de connaissances et de compétences et modifiant le code de l'éducation.

Décret n° 2009-765 du 23 juin 2009 relatif à la formation dans le domaine de la protection de l'enfance en danger et modifiant l'article D. 542-1 du code de l'éducation.

Décret n° 2010-497 du 17 mai 2010 relatif au fonds national de financement de la protection de l'enfance.

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.

Codes :

Code de l'Action Sociale et des Familles.

Code Civil.

Code Pénal.

Code de Procédure.

Code de Procédure Civile.

Code de la Santé Publique.

ANNEXE VI : VEILLE JURIDIQUE

I. La Convention Internationale des Droits de l'Enfants

Le souci de protéger l'enfant a pris une envergure internationale avec l'adoption par l'Assemblée générale des Nations Unies le 20 novembre 1989 d'une convention sur les droits de l'enfant.⁷⁶ Cette convention est l'illustration de la prise de conscience collective de la nécessité d'une meilleure protection de l'enfant de par le monde.

A la suite de la ratification de cette convention et selon la hiérarchie des normes et le principe de primauté et d'applicabilité directe propre à celle-ci, cette Convention Internationale des Droits de l'Enfant s'applique directement dans notre ordre juridique interne. Rappelons par ailleurs que les Etats-Unis, et un des rares pays à ne pas l'avoir ratifié.

La CIDE reconnaît donc, quatre principes généraux : Un droit à la vie et la survie, un droit à la non-discrimination, l'intérêt supérieur de l'enfant, et enfin, le recueil de l'opinion de l'enfant.

L'idée de la vulnérabilité des enfants, qui est inscrite dans le préambule, est liée à leur niveau de maturité. C'est ainsi reconnaître à l'enfant, le droit à d'être un enfant, comme une période de découverte de formation à la vie.

Egalement, le recueil de l'opinion de l'enfant est cité à l'article 12 de la Convention.

L'article reconnaît ce droit mais invite à la prise en compte d'une certaine interprétation. Ainsi, deux dimensions différentes sont soulevées : une dimension individuelle, mais aussi le droit de participer à des actions collectives, puisque, l'enfant est un citoyen en devenir.

« Il s'agit dès lors de faire en sorte que des hommes, des femmes, des enfants, se sentent de participer à la même société, à la même République »⁷⁷

Selon l'article 3.1 de cette Déclaration, c'est l'intérêt supérieur de l'enfant qui prime :

« Dans toutes les décisions qui concernent les enfants, qu'elles soient le fait des institutions publiques ou privées de protection sociale, des tribunaux, des autorités administratives ou

⁷⁶ Convention Internationale relative aux Droits de l'Enfant adoptée le 20 novembre 1989, sur la recommandation de la Commission des Affaires sociales et humanitaires, l'Assemblée Générale des Nations Unies, New York

⁷⁷ Déclaration de Mme Laurence Rossignol, secrétaire d'Etat à la famille, aux personnes âgées, à l'autonomie et à l'enfance, sur la protection de l'enfance et des mineurs, Rennes le 15 juin 2015.

des organes législatifs, l'intérêt supérieur de l'enfant doit être une considération primordiale ».

L'article 3.2 rappelle quant à lui, le rôle des différents Etats dans la préoccupation majeure que représente les Droits des Enfants. Ainsi « les Etats parties s'engagent à assurer à l'enfant la protection et les soins nécessaires à son bien-être, compte tenu des droits et des devoirs de ses parents, de ses tuteurs ou des autres personnes légalement responsables de lui, et ils prennent à cette fin, toutes les mesures législatives et administratives appropriées ». Par ailleurs, leur rôle fondamentale dans la coordination du parcours de prise en charge des enfants dont la protection est menacée, est renforcé comme le souligne l'article 3.3 : « Les Etats parties veillent à ce que le fonctionnement des institutions, services et établissements qui ont la charge des enfants et assurent leur protection soit conforme aux normes fixées par les autorités compétentes, particulièrement dans le domaine de la sécurité et de la santé et en ce qui concerne le nombre et la compétence de leur personnel ainsi que l'existence d'un contrôle approprié ».

Enfin la Déclaration des Droits de l'enfants rappelle l'importance de la protection de l'enfance en luttant contre la maltraitance infantile à travers l'article 19 : « Les Etats parties prennent toutes les mesures législatives, administratives, sociales et éducatives appropriées pour protéger l'enfant contre toute forme de violence, d'atteinte ou de brutalités physiques ou mentales, d'abandon ou de négligence, de mauvais traitements ou d'exploitation, y compris la violence sexuelle, pendant qu'il est sous la garde de ses parents ou de l'un d'eux, de son ou ses représentants légaux ou de toute autre personne à qui il est confié ». Il est précisé que « ces mesures de protection doivent comprendre, selon qu'il conviendra, des procédures efficaces pour l'établissement de programmes sociaux visant à fournir l'appui nécessaire à l'enfant et à ceux à qui il est confié, ainsi que pour d'autres formes de prévention, et aux fins d'identification, de rapport, de renvoi, d'enquête, de traitement et de suivi pour les cas de mauvais traitements de l'enfant décrits ci-dessus ». Qui plus est, la récente signature du troisième protocole de la CIDE à une portée symbolique forte : c'est un message adressé à l'ordre judiciaire et à toute la société puisque l'on remet l'enfant à sa place, on le considère comme sujet de droit, on restitue sa parole. En effet, ce protocole renforce l'application de la Convention en permettant aux citoyens et aux enfants eux-mêmes de saisir le Comité des droits de l'enfant des Nations Unies d'une situation de violation des droits d'un enfant - ou d'un groupe d'enfants. Le Comité des droits de l'enfant pourra ensuite demander à l'Etat de rendre des comptes précis. Néanmoins, et pour que le troisième protocole puisse rentrer dans notre législation interne, une ratification est nécessaire et est, dans ce cas, toujours en attente.

Laure-Hélène RANDON -

*« Recueillir la parole c'est avoir avant tout une distance émotionnelle nécessaire. La reconnaissance de l'enfance comme sujet de droit représente une avancée considérable, Il faut le considérer comme un enfant et lui laisser sa place, ne pas lui transférer trop de responsabilités que nous, adultes, devons prendre »*⁷⁸

Egalement, la constitution de 1958, première source dans la hiérarchie des normes en France, qui contient le préambule de la constitution de 1946, garantit à l'enfant la protection de la santé, dans son article 11.⁷⁹

II. Niveau législatif

Le cadre juridique le plus fournis vient néanmoins de la loi, troisième source du droit. Depuis une dizaine d'années, la France s'est dotée d'un dispositif législatif et réglementaire ambitieux contre la maltraitance infantile, ordonné principalement autour de la première loi du 10 juillet 1989 relative à la prévention des mauvais traitements à l'égard des mineurs et à la protection de l'enfance.⁸⁰

La loi du 10 juillet 1989 prévoit notamment une obligation de signalement. En effet, avant même la ratification de la Convention des Nations-Unies sur les droits de l'enfant, le Parlement a adopté la loi du 10 juillet 1989 qui a pour principal objet de préciser les modalités de signalement des mauvais traitements et la mission des Conseils départementaux dans le domaine de l'enfance en danger.

La loi confirme le rôle du président du Conseil départemental comme principal animateur de l'action sociale en faveur de l'enfance et fait obligation aux départements de mettre en place des dispositifs chargés de recueillir les informations relatives aux mineurs maltraités, ainsi que la nécessité de faire des signalements à l'autorité judiciaire, en cas de danger.

Cette loi crée par ailleurs un service national d'accueil téléphonique, le SNATEM, qui emprunte la forme d'un groupement d'intérêt public entre l'Etat et les départements.

Le SNATEM dispose d'un numéro vert national, le 119, qui doit obligatoirement être affiché dans tous les lieux accueillant des enfants; cette ligne " Allô, enfance maltraitée " est gratuite, accessible, fonctionne tous les jours 24 heures sur 24 et offre à toute personne, y

⁷⁸ Propos du Dr Coutanceau, psychiatre, expert national et président de la ligue française de santé mentale lors du colloque relatif à la parole de l'enfant le 03 mars 2016 à Paris.

⁷⁹ Article 11 de la Constitution de 1946

⁸⁰ Loi n° 89-487 du 10 juillet 1989 relative à la prévention des mauvais traitements à l'égard des mineurs et à la protection de l'enfance

compris aux enfants eux-mêmes, un moyen direct de signaler des situations présumées de maltraitance.

Cette loi prévoit également des dispositions relatives à la prévention, et la formation des professionnels.

Son article 4 précise ainsi que "les médecins ainsi que l'ensemble des personnels médicaux et paramédicaux, les travailleurs sociaux, les magistrats, les enseignants et les personnels de la police nationale et de la gendarmerie reçoivent une formation initiale et continue propre à leur permettre de répondre aux cas d'enfants maltraités et de prendre les mesures nécessaires de prévention et de protection qu'ils appellent".

Enfin, plus récemment, deux autres réformes majeures ont considérablement fait évoluer la protection de l'enfance : Il s'agit de la loi du 5 mars 2007⁸¹ et la très récente loi du 14 mars 2016.⁸²

C'est à partir de nombreux rapports et travaux produits depuis la fin des années 1990,⁸³ que le projet de loi s'est construit, sous l'impulsion du ministre Philippe BAS, en charge de cette réforme.

La loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance avait comme objectifs principaux de renforcer la prévention, améliorer le dispositif d'alerte et de signalement, et enfin, diversifier les modes d'interventions auprès des enfants et de leurs familles.

Cette réforme est également l'illustration d'une volonté de « déjudiciariser » autant que nécessaire, en donnant dès lors, la primauté à la protection administrative, et préconisant ainsi, une intervention subsidiaire de l'organe judiciaire.

⁸¹ Loi n°2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance.
<http://www.legifrance.gouv.fr/>

⁸² Loi n° 2016-297 du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant. <http://www.legifrance.gouv.fr/>

⁸³ Démarche de réflexion et d'expertise en vue d'un consensus sur le périmètre de l'observation de la population prise en charge dans le dispositif de protection de l'enfance. Rapport remis le 2 juillet 2013 par le président du comité d'experts, Michel Legros, à Madame la ministre déléguée chargée de la Famille, Dominique Bertinotti.

Quarante propositions pour adapter la protection de l'enfance et l'adoption aux réalités d'aujourd'hui. Rapport du groupe de travail « Protection de l'enfance et adoption » », présidé par A. Gouttenoire, remis à Madame Dominique Bertinotti. Ministère des affaires sociales et de la santé - Ministère délégué chargé de la famille. Février 2014.

Dini M, Meunier M, sénatrices. Rapport d'information sur « Protection de l'enfance : améliorer le dispositif dans l'intérêt de l'enfant ». Commission des affaires sociales du Sénat. N° 655. 2013-2014. www.senat.fr

Deux autres axes majeures de cette loi sont la nécessité de favoriser la complémentarité, l'articulation, la collaboration entre les différents acteurs qui participent ou apportent leur concours à la protection de l'enfance, et renforcer la formation relative à la protection de l'enfance, qu'elle soit initiale ou continue.

Cette loi institue notamment un bilan de santé obligatoire pour tous les enfants de trois à quatre ans par le service de la Protection Maternelle et Infantile (PMI), et rajoute à la visite médicale obligatoire au cours de la sixième année, une visite à l'âge de neuf, douze et quinze ans, par les médecins de l'Education nationale.

Au regard des créations institutionnelles, et afin de fluidifier le parcours de prise en charge d'un enfant victime de maltraitance, la Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes (CRIP) a été créé, il s'agit d'un organe départemental qui centralise toutes les Informations Préoccupantes et copies de Signalements.

De même, et afin d'avoir une vue d'ensemble en terme de statistique, et notamment permettre une amélioration de la prévention, et in fine de la protection infantile, ont été créés des Observatoires Départementaux de Protection de l'Enfance (ODPE), en lien avec l'Observatoire National de la Protection de l'Enfance. (ONPE)

Néanmoins, rappelons qu'en 2009, le comité des droits de l'enfant des Nations Unis a émis de très sérieuses réserves sur la situation de la France. La bonne application de la loi de 2007 était infructueuse et le Comité des droits de l'enfant a demandé à la France d'allouer les ressources budgétaires nécessaires à sa mise en œuvre, de mettre en place des mécanismes de décompte des cas de violence dans les familles et les institutions et d'utiliser les médias pour lancer des campagnes de sensibilisation au regard de la nouvelle loi sur la protection de l'enfance.⁸⁴

Au regard des carences et nombreuses divergences suite à cette loi, et notamment sur le terme même de maltraitance, une véritable réforme était attendue au regard notamment, du fait qu'elle ne désignait pas le terme de maltraitance.

« Dans la loi de 2007, le fait d'avoir supprimé maltraitance, vous n'imaginez pas la résonnance que ça a eu. Comme si dans la représentation, dans l'imaginaire, on avait balayé une partie de la réalité des enfants, comme si la protection de l'enfance n'était plus protectrice (...) Tout le corps professionnel se posait des questions, même les médecins Il fallait réintroduire le concept de maltraitance. Si le terme de maltraitance donne le sentiment

⁸⁴ Comité des droits de l'enfant, Cinquante et unième session _ examen des rapports soumis par les états parties en application de l'article 44 de la convention, Observations finales du Comité des droits de l'enfant: France , 22 juin 2009.

*que c'est plus protecteur, alors, il faut revenir sur ce terme (...) en enlevant le terme de maltraitance, on ne sait plus quoi évaluer, quoi signaler, parce qu'on ne sait plus comment qualifier (...) Ayant porté moi-même l'idée qu'il fallait supprimer le terme de maltraitance, je vais porter aussi, devant le parlement, l'idée qu'il faut réintroduire le terme de maltraitance ».*⁸⁵

La loi du 14 mars 2016 et la deuxième plus grande réforme après celle du 5 mars 2007, elle renforce les dispositions mises en places par cette dernière, mais innove cependant en instaurant la création d'un comité nationale de protection de l'enfance, placé auprès du premier ministre.

La loi s'inscrit dans une perspective de recentrage du système de protection sur la personne de l'enfant, c'est une forme de rééquilibrage entre droits de l'enfant et autorité parentale que le nouveau texte opère, alors que la loi du 5 mars 2007 se concentrait, essentiellement, sur la nécessité d'aider les parents en difficulté.

Autre innovation de la loi, elle prévoit l'élaboration, par le président du Conseil départemental, d'un protocole "avec les différents responsables institutionnels et associatifs amenés à mettre en place des actions de prévention". Ce protocole s'ajoute à celui déjà prévu pour la centralisation du recueil des informations préoccupantes au sein de la cellule départementale de recueil, de traitement et d'évaluation de ces informations.

Egalement, elle prévoit la désignation, dans chaque département, d'un médecin référent "protection de l'enfance". Ce praticien permettra les coordinations nécessaires entre les services départementaux et la cellule de recueil, de traitement et d'évaluation des informations préoccupantes, d'une part, et les médecins libéraux et hospitaliers, ainsi que les médecins de l'Education nationale du département, d'autre part.

De plus, il semblerait qu'une nouvelle fois, une certaine volonté d'homogénéisation au regard des définitions relatives aux Informations Préoccupantes sera mise en œuvre, afin de faciliter les procédures de signalement, ainsi que la création d'un projet pour l'enfant, corrélativement au recentrage prioritaire sur ses besoins fondamentaux.

« La nouvelle loi de la protection de l'enfance prévoit la création d'un projet pour l'enfant et ça je me suis beaucoup battu pour que ça soit dans la nouvelle loi, un projet qui permettait de prendre en charge directement d'un point de vue physique psychologique, éducatif, un enfant dès qu'il est placé quoi, car une des grosses failles du système c'est que une fois que l'enfant est retiré de sa famille ça devient un numéro de dossier on ne prend pas du

⁸⁵ Propos de Madame Q. Membre de la CNAPE

Laure-Hélène RANDON -

tout en charge toutes les séquelles physiques et psychologiques accumulées sur des années de maltraitance du coup c'est des séquelles qui perdurent»⁸⁶

La feuille de route 2015-2017,⁸⁷ préconise également l'accentuation des travaux de recherche, au regard de la protection de l'enfance.

La loi et la Feuille de route affichent comme objectif prioritaire celui d'assurer une meilleure cohérence en ce qui concerne les dispositifs, les pratiques ou l'articulation interinstitutionnelle, au regard notamment de divers rapports qui soulignent un défaut de pilotage clair, des défaillances dans la transmission des informations, des carences dans les relations interinstitutionnelles, une insuffisance dans le dispositif de formation initiale et continue.

Evidemment, et selon notamment la nécessité de codification et compilation des textes de lois qui régissent un même ensemble, des précisions sont fixées dans différents codes (code de la santé publique, code civil, code pénal, code de l'éducation, code de la déontologie médicale...) et permettent ainsi de préciser les différentes capacités d'actions, et obligations des acteurs concourant à la protection de l'enfance.

III. Niveau réglementaire

Spécifiquement à ce qui se rapporte au domaine de l'Education nationale, les missions des différents acteurs sont détaillées à la lumière de décrets et circulaires.

Par la suite, chaque département, en tenant compte de l'arsenal législatif ainsi déployé sur le plan national, pourra préciser les actions qu'il souhaite mener dans le domaine de la protection de l'enfance, par le biais de protocoles ou de schémas régionaux par exemple, tout en respectant le cadre imposé par la législation hiérarchiquement supérieure.

IV. A l'échelle de l'Education nationale

Il est vrai qu'il existe une multitude de textes, de lois promulguées dans différents codes, de décrets, de circulaires, qui contribuent fortement à l'opacité du système et qui ne permettent pas d'avoir de connaissances éclairées sur la question.

⁸⁶ Propos de Céline Raphaël, médecin et ancienne victime de maltraitance

⁸⁷ Feuille de route pour la protection de l'enfance 2015-2017 - Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes - Juin 2015

« La législation me semble être suffisante, tout du moins, elle me semble pas indigente, mais la question c'est de faire en sorte que tous nos personnels comprennent bien les subtilités de cette législation, nous possédons un espace d'initiative méconnu des personnes »⁸⁸

Egalement, et au regard de la protection de l'enfance, la loi fixe les principes d'une participation effective de l'Éducation nationale dans la lutte contre la maltraitance, rappelés dans la circulaire du 15 mai 1997.⁸⁹

" L'Éducation nationale a en ce domaine une fonction déterminante. Ses personnels, en contact permanent avec les enfants, ont une obligation de vigilance et doivent être informés des signes révélateurs de maltraitance, mauvais traitements et atteintes sexuelles, et des comportements à adopter lorsque le cas se présente. Il incombe également à l'école de participer à la prévention par les actions d'information qu'elle conduit auprès des élèves ".

L'article L542-1 du Code de l'éducation, instaure le principe de l'obligation de formation des professionnels concernés, notamment des enseignants, aux questions relatives à la maltraitance des mineurs. Les thèmes abordés sont donc les causes des mauvais traitements, leur repérage, le cadre juridique et institutionnel de la protection de l'enfance, les modalités d'intervention, la prévention et l'évaluation selon, notamment, un décret du 9 décembre 1991.⁹⁰

La circulaire du 12 janvier 2001 du ministère de l'Éducation nationale⁹¹ pose les orientations générales pour la politique de santé en faveur des élèves, et aussi le rôle plus spécifique des médecins de l'Éducation nationale à l'égard des enfants ou adolescents en danger, victimes de maltraitance ou de violences sexuelles. Le médecin doit aider les enseignants à repérer les élèves en situation de risque ou de danger, et mettre en œuvre toutes les mesures pour assurer leur protection. Dans ce domaine, le travail en réseau est primordial notamment avec les psychologues scolaires, les conseillers d'orientation-psychologues et les travailleurs sociaux.

Aussi, il est inscrit au sein du code de l'éducation que toutes les personnes qui mettent en œuvre la politique de protection de l'enfance et celles qui lui apportent leur concours, doivent transmettre une information préoccupante ou un signalement sur un mineur en danger ou risquant de l'être.

⁸⁸ Propos de Monsieur W. Membre de la direction des services départementaux de l'Éducation Nationale

⁸⁹ http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2009/05/cir_25567.pdf

⁹⁰ <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000006072642>

⁹¹ http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2009/04/cir_1621.pdf

Laure-Hélène RANDON -

Il est par ailleurs précisé que lorsqu'un signalement est effectué, les détenteurs de l'autorité parentale doivent être informés sauf s'il en va de l'intérêt contraire de l'enfant.

En cas d'omission, il est précisé dans le code pénal que la non-dénonciation est un délit. Cet article est applicable certes aux citoyens, mais aussi, aux personnels des établissements scolaires.⁹²

Selon l'article L541-1 du code de l'éducation, il est précisé que les actions relatives à la promotion de la santé des élèves font partie des missions de l'Éducation nationale, en priorité assurées par les médecins et infirmiers. Ainsi, doivent être mis en place des actions de prévention, d'information, et deux visites médicales obligatoires, à 6 et douze ans. Ces actions sont par ailleurs rappelées par la circulaire du 10 novembre 2015,⁹³ à l'égard des médecins de l'Éducation nationale notamment.

Au sein du code de déontologie médicale, l'article 44 prévoit que « Lorsqu'un médecin discerne qu'une personne auprès de laquelle il est appelé est victime de sévices ou de privations, il doit mettre en œuvre les moyens les plus adéquats pour la protéger en faisant preuve de prudence et de circonspection.

S'il s'agit d'un mineur de quinze ans ou d'une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son état physique ou psychique il doit, sauf circonstances particulières qu'il apprécie en conscience, alerter les autorités judiciaires, médicales ou administratives ».

Or, la précision relative à la vigilance accordée au médecin de prudence et circonspection, ne semble pas être favorable aux dénonciations de maltraitances.

« Cette phrase qui permettait de s'engouffrer dans la brèche, avec la nouvelle loi promulguée, elle a été supprimée et ça devient une obligation, c'est une petite phrase dans laquelle on s'engouffre comme une brèche mais au niveau pénal la non-assistance à personne en danger était quand même puni. »⁹⁴

Au regard de la protection de l'enfance, il existe une dérogation, d'une importance considérable, encore parfois méconnue. En effet, l'obligation de secret professionnel ainsi rappelé par l'article 226-13 du code pénal auquel sont assujettis les médecins, infirmiers et

⁹² Article 434-3 du Code pénal

⁹³ http://www.education.gouv.fr/pid285/bulletin_officiel.html?cid_bo=91583

⁹⁴ Propos de Céline Raphaël, médecin, ancienne victime de maltraitance

assistants de service social n'est pas applicable dans le cas où le partage d'informations est nécessaire à l'accomplissement de la mission de protection de l'enfance, par dérogations, selon l'article L226-2-2 du code de l'action sociale et des familles.

Textes législatifs plus précis :

Article 11 de la Constitution du 27 octobre 1946 relatif au droit à la protection de la santé :

<http://www.conseil-constitutionnel.fr/conseil-constitutionnel/francais/la-constitution/la-constitution-du-4-octobre-1958/preambule-de-la-constitution-du-27-octobre-1946.5077.html>

Article 226-13 du code pénal relatif à l'obligation du secret professionnel :

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006070719&idArticle=LEGIARTI000006417944&dateTexte&categorieLien=cid>

Article 371-1 du code civil concernant l'autorité parentale :

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006070721&idArticle=LEGIARTI000006426468>

Article 434-3 du Code pénal relatif à la non-assistance de personne en danger :

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006070719&idArticle=LEGIARTI000006418604>

Article 44 du code de déontologie médicale relatif au devoir d'assistance de la personne en danger, en particulier en la personne du mineur :

https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=30668950036961CD51EDBE309C5B7E3F.tpdjo04v_2?cidTexte=LEGITEXT000006072634&idArticle=LEGIARTI00006680550

Article L112-3 du code de l'Action Sociale et des Familles relatif à la définition de la protection de l'enfant :

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006074069&idArticle=LEGIARTI000006796426>

Article L226-2-2 du code de l'action sociale et des familles relatif à la dérogation du secret professionnel :

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006796908&cidTexte=LEGITEXT000006074069>

Article L541-1 du code de l'éducation sur les missions de l'Education nationale au regard de la promotion de la santé :

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006525143&cidTexte=LEGITEXT000006071191>

Article L542-1 du Code de l'éducation sur la formation des personnes concourant à la protection de l'enfance au regard de l'enfance en danger :

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006525151&cidTexte=LEGITEXT000006071191>

Bulletin officiel de l'Education nationale n° 42 du 15 novembre 2015 sur les missions des infirmières de l'Education nationale :

http://www.education.gouv.fr/pid285/bulletin_officiel.html?cid_bo=91584

Convention Internationale relative aux Droits de l'Enfant adoptée le 20 novembre 1989, sur la recommandation de la Commission des Affaires sociales et humanitaires, l'Assemblée Générale des Nations Unies, New York :

http://www.diplomatie.gouv.fr/fr/IMG/pdf/Conv_Droit_Enfant.pdf

Feuille de route pour la protection de l'enfance 2015-2017 - Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes - Juin 2015 :

http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/feuille_de_route_protection_enfance_2015-2017-3.pdf

ANNEXE VII : PRESENTATION DU SYSTEME DE PROTECTION DE L'ENFANCE DANS L'ETAT DE NEW-YORK

Il faut savoir que dans ce système nous parlerons de signalement, mais la portée et leur définition n'est pas la même qu'en France.

Présentation de la ville de New-York

La ville de New York, située dans l'Etat du même nom, aux Etats-Unis, possède une population d'environ 8,5 millions d'habitants (NYC Department of City planning, non daté). L'Etat de New-York a une population d'environ 19.8 million en 2015. Les moins de 18 ans sont 4.15 million, ils représentent environ 21% de cette population (United States Census Bureau, non daté), ce qui place cet Etat parmi les Etats les plus jeunes des Etats-Unis.

A New-York, 1,1 millions d'élèves sont scolarisés dans plus de 1700 écoles publiques, au sein desquelles 75000 professeurs exercent (NYC Department of Education, non daté). C'est le plus grand système scolaire aux Etats-Unis. Ce qui représente la plus grande densité d'école et d'écoliers aux Etats-Unis. Le système de partenariat entre les institutions de protection de l'enfance de New-York est considéré comme le meilleur scénario.

On retrouve à New-York :

- Environ 61,000 enfants victimes d'abus en 2013.
- Entre 31 et 35% des cas proviennent de signalements (taux plus élevé que les autres états).
- 94,6 % enfants au moins n'ont pas eu de signalement supplémentaire dans les 6 derniers mois.

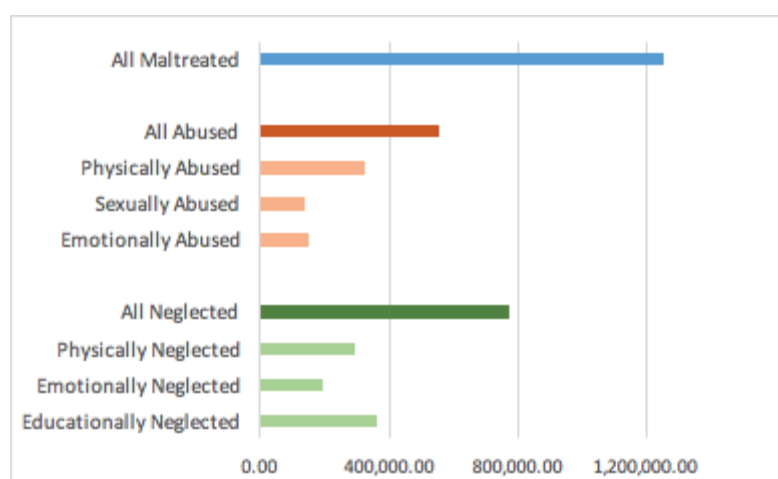


Figure 17 : Estimation de la prévalence de la maltraitance infantile en 2005-2006.

Cette figure (17) est issue de l'Étude d'incidence nationale de la violence et de négligence. Cette recherche a été demandée par le Congrès afin d'évaluer l'incidence de la violence et

Laure-Hélène RANDON -

des négligences envers les enfants aux États-Unis, en utilisant des informations provenant de sources multiples (U.S. Department of Health and Human Services et al., 2006). En 2005, 885,245 enfants ont été victimes de mauvais traitements.

Le « National Incidence Study of Child Abuse and Neglect » estime que la prévalence de l'ensemble des maltraitements s'élève à 1 200 000 par an (U.S. Department of Health and Human Services et al., 2010).

Recognition Source	Number of Responses
School	1,112,872
County sheriff, state/municipal police	553,880
Hospital	370,638
General public (including self, family member, relative and anonymous)	290,141
Daycare	127,342
Mental Health	104,463
Court, Probation	90,909
Public Health	69,441
Social Services	56,187
Other unit of DSS/Welfare Department, in other state of country	55,105
Shelter (domestic violence of runaway youth)	33,363
Other agency or professional not represented among NIS non-CPS sentinels	25,531
Public housing agency	5,751
	2,895,623

Figure 18 : Les signalant de maltraitance infantile, toute maltraitance confondue.

Les signalements pour suspicion de maltraitance des enfants proviennent principalement du milieu scolaire aux États-Unis, ils s'élèvent à 1 112 872 pour l'année 2010 (Figure 18) (US Department of Health and Human Services et al., 2010). En tenant compte du fait que les enfants passent une majeure partie de leur temps à l'école, ce résultat semble suivre la même logique qu'en France. Ce chiffre est beaucoup plus élevé que les signalements faits par les services de police ou les services sociaux qui, dans l'inconscient collectif semblent être des témoins plus fréquents que le milieu scolaire de la maltraitance des enfants. Cela met en évidence le rôle clé que jouent les écoles dans la protection de l'enfance.

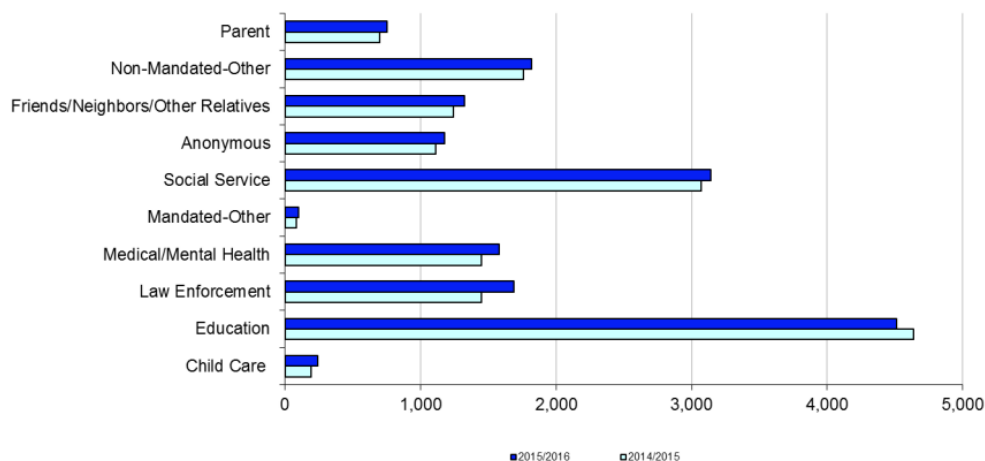


Figure 19 : Signalements envoyés au SCR, par groupe, New-York-City.

On constate que le milieu scolaire, une fois de plus est l'acteur privilégié dans la protection de l'enfance. En effet, ce sont ceux qui font le plus de signalement (Figure 19) (NYC Administration for Children's Services, 2015). Les services sociaux sont les deuxièmes émetteurs de signalement au « State Central Registry » (SCR). On peut noter que dans le tableau de la figure 4, seules les suspicions de maltraitements sont prises en compte.

	Abuse	Neglect	Abuse and Neglect	Total
Bronx	248	11,926	4,064	16,238
Brooklyn	229	10,786	3,967	14,982
Manhattan	111	4,983	1,547	6,641
Queens	222	7,234	2,839	10,295
Staten Island	36	2,066	666	2,768
Total	938	37,744	12,974	51,656

Figure 20 : Signalements envoyés par type de maltraitance dans les 5 arrondissements de New-York en 2015.

On constate que les Etats-Unis classe la maltraitance selon trois types : les abus, les négligences et les abus et négligences (NYC Administration for Children's Services, 2015). Ce tableau nous renseigne sur les signalements qui ont été transmis en 2015 à New-York. On constate que les deux arrondissements dans lesquels il y a le plus de signalements sont le Bronx et Brooklyn (Figure 20). Ces deux arrondissements sont des quartiers populaires, réputés pour leurs violences conjugales et familiales. Manhattan est un quartier géographiquement petit lorsqu'on le compare aux autres arrondissements New-Yorkais. Le tableau de la Figure 21 nous indique les cas de maltraitements avérés.

	Abuse	Neglect	Abuse and Neglect	Total
Bronx	61	4,346	1,385	5,792
Brooklyn	76	4,807	1,778	6,661
Manhattan	31	2,007	532	2,570
Queens	52	2,433	892	3,377
Staten Island	6	722	221	949
Total	265	15,121	5,052	20,438

Figure 21 : Signalements avérés par type de maltraitance, dans les 5 arrondissements de New-York, en 2015.

Ces deux tableaux comparent les cas signalés, avec les cas avérés. Tous les rapports faits par les services de protection sont considérés comme étant des cas avérés. Cela signifie qu'une enquête apporte les éléments nécessaires pour orienter la prise en charge. Au niveau national environ 40% des rapports sont avérés. Dans ces tableaux, on retrouve le taux de signalements à New York City, soit 39,5% des rapports qui ont été avérés. On remarque, qu'il y environ deux fois moins de cas de maltraitance avérés, que de cas de maltraitements suspectés. Cela peut s'expliquer par le fait qu'aux Etats-Unis, le signalement est quelque chose qui se fait facilement par les professionnels. Comme nous pourrons le voir par la suite, il y a une réelle volonté institutionnelle et politique de favoriser la rédaction de signalements. On peut alors se demander s'il n'y a pas un engorgement du système judiciaire, question à laquelle nous ne pouvons apporter de réponse à ce jour. Les entretiens permettront peut-être d'éclairer ce point.

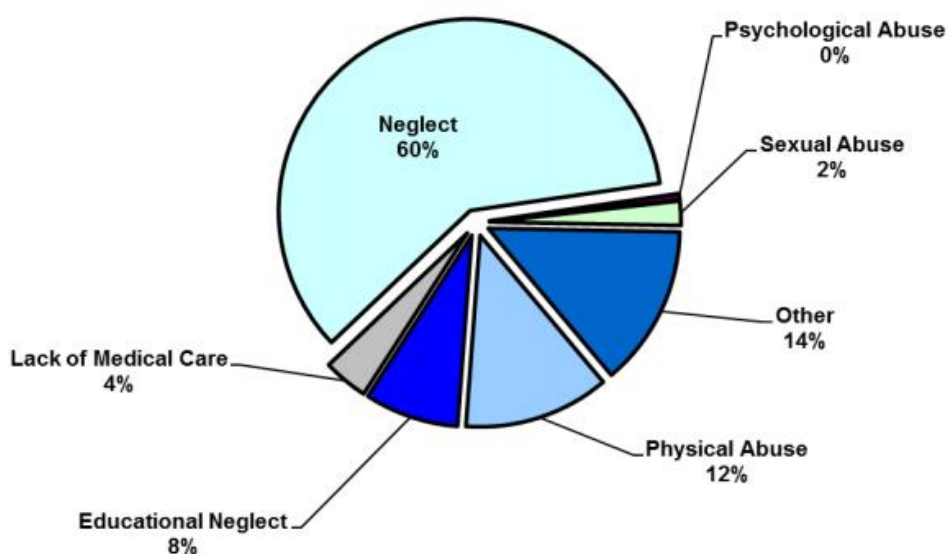


Figure 22 : Résultats des Signalements au SCR., Novembre 2015-Janvier 2016

Afin de pouvoir lire ce graphique (Figure 22) il faut savoir que le SCR classe les maltraitements de la façon suivante :

- Violences physiques : brûlure, fracture, étouffement, torsion d'un membre, secouer, châtiments corporels excessifs, blessures physiques internes, lacérations, ecchymoses, zébrures, empoisonnement, substances nocives.
- Négligence éducative, manque de soin médicaux.

- Négligence : tutelle insuffisante, manque de nourriture, de vêtement, logement insalubre ou absence de logement, manque de supervision, malnutrition, retard de croissance, présence de luxations, d'entorses, membres enflés.
- Violence psychologique : isolement, négligence émotionnelle.
- Abus sexuels.
- Autre : parents toxicomanes, enfants qui font usage de drogues (volontairement ou involontairement), abandon, conduite inappropriée avec son enfant.

Ce graphique indique que la maltraitance la plus courante aux Etats-Unis, 60% des cas signalés, est la négligence. On constate qu'ensuite il s'agit de la classe « autre » avec 14%. Enfin les maltraitements physiques représentent 12% des cas signalés. Quant aux négligences éducatives, elles arrivent en quatrième position avec 8%.

Sur ce graphique, on peut également constater qu'il y a la partie des maltraitements psychologiques qui est estimée comme ayant une prévalence de 0%. Il est probable que ce chiffre puisse refléter la difficulté à repérer les maltraitements psychologiques. Elle en est difficile à prouver. Les violences sont souvent cumulatives, il est donc difficile de séparer les types de maltraitements dont sont victimes ces enfants. A partir du moment où l'enfant est victime d'une des autres formes de maltraitements, la maltraitance psychologique est induite dans toutes les autres formes. On pourrait alors penser qu'il eut été logique d'évaluer qu'il existe 100% de maltraitements psychologiques, voire plus si l'on considère les enfants qui peuvent être victimes uniquement de cette forme de maltraitance.

La législation américaine

La loi américaine définit la maltraitance infantile. Au niveau National, il y a donc une différence entre la loi fédérale et le « Center for Disease Control » (CDC) que l'on peut traduire en français par « Centre pour le contrôle et la prévention des maladies ».

La loi fédérale intitulée « The Child Abuse Prevention and Treatment Act » (CAPTA) qui signifie « L'Acte de la Prévention et de la Prise en Charge de la Maltraitance Infantile » stipule que la maltraitance infantile est « tout acte récent ou tentative d'acte entraînant la mort, préjudice physique ou affectif grave, abus sexuel, ou exploitation, de la part d'un parent ou du représentant légal », ainsi que « tout acte ou tentative qui présente un risque imminent de préjudice grave »⁹⁵.

Le CDC quant à lui insiste sur le fait que la maltraitance comprend le fait de commettre un abus, ou d'agir par omission comme par exemple que les négligences.

Aux Etats-Unis il y a une réelle différence entre le fait d'abuser de l'enfant, physiquement, moralement ou sexuellement, et le fait de négliger l'enfant, c'est-à-dire son éducation, sa santé ou l'enfant en lui-même.

⁹⁵ <https://www.govtrack.us/congress/bills/111/s3817/text>,
<https://www.childwelfare.gov/pubPDFs/about.pdf>

CAPTA est issu des évènements suivants :

- 1870 : Mary Ellen Wilson met en place l'association de New York pour la prévention de la cruauté envers les enfants et autres populations dans tout le pays⁹⁶.
- 1912 : Le congrès met en place le Bureau de l'enfance.
- 1962 : Le Dr. C. Henry Kemper publie « Le Syndrome de l'enfant battu » dans le Journal de l'Association Médicale Américaine. Dans cet écrit il décrit les symptômes de la maltraitance des enfants comme médicalement diagnosticable.
- Les Etats établissent des lois concernant l'obligation de signalement, donc sur tout ce qui concerne la déclaration obligatoire lors d'abus ou de négligences des enfants.
- 1974 : CAPTA est adoptée.

L'adoption de CAPTA suscita quelques controverses. Certains critiquaient ouvertement la loi qui était portée par les leaders nationaux dans la protection de l'enfance à l'époque. En effet, ils estimaient que CAPTA n'avait pas une portée suffisante pour aborder réellement le problème de la maltraitance des enfants aux Etats-Unis. Le sénateur Mondale avait alors reconnu la portée modeste de ce projet de loi, mais il croyait fermement que le climat politique de l'époque ne permettrait pas d'appuyer l'adoption d'une législation plus large⁹⁷. Face à l'opposition de l'administration Nixon, et la résistance des autres membres du Congrès, qui eux, ne l'ont pas perçu comme un autre programme pauvre, Mondale a décrit la maltraitance infantile comme un problème individuel qui pourrait affecter tout parent américain. De nombreux responsables politiques et défenseurs pensaient que, tout en séparant les questions de pauvreté et de classe sociale des enfants maltraités, l'on pouvait faciliter le processus législatif. Cela a permis de minimiser l'impact de ces facteurs sur la question. La tension autour de la contribution des facteurs écologiques aux mauvais traitements d'enfants persiste dans le domaine à ce jour.

Aux États-Unis, la règle de base de l'intervention gouvernementale dans la maltraitance infantile est fondée sur l'idée que si un parent ou un tuteur légal est incapable de prendre soin correctement d'un enfant, ou est à l'origine d'un préjudice envers lui, alors l'État est responsable de lui fournir un cadre dans lequel l'enfant sera en sécurité et de prendre soin de lui.

De même, les parents ont le droit d'élever leurs enfants comme ils l'entendent, et cette liberté est en partie protégée de l'intrusion de l'Etat dans leur Education.

⁹⁶ National Child Abuse and Neglect Training and Publications Project (2014). The Child Abuse Prevention and Treatment Act: 40 years of safeguarding America's children. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services, Children's Bureau.

⁹⁷ Ibid.

Il faut savoir que les tensions sous-jacentes entre les parents et l'État pourraient avoir pour origine le fait que le États-Unis soit l'un des rares pays n'ayant pas ratifié la convention des Nations Unies sur les droits de l'enfant.

Les opposants au SCR argumentent leurs positions en partie, en se basant sur l'idée selon laquelle ce système porterait atteinte aux droits parentaux. Le sérieux accordé aux droits individuels en Amérique soulignerait peut-être l'idée selon laquelle les parents sont considérés comme les seuls responsables du bien-être de leurs enfants, ce qui n'est pas le cas partout dans le monde. Comme dans certains pays où l'éducation des enfants est un souci collectif de la communauté⁹⁸.

Les fonds de CAPTA (ainsi que les autres fonds fédéraux) permettent le fonctionnement des opérations du bureau de l'enfance et des services aux familles (Office of Children and Family Services - OCFS). Au niveau de l'Etat, cette agence est responsable de la supervision et du programme de développement pour les variétés des différents départements.

L'OCFS est responsable de la surveillance et des programmes de développement des différents bureaux (la justice pour mineurs, famille d'accueil, l'adoption, CPS, services de garde réglementés, etc.). Il existe 58 services sociaux dans les districts de l'Etat qui créent chacun leur propre service de protection de l'enfance. Un tiers de ces services sont situés en milieu rural. Par ailleurs, chaque district a un plan pluriannuel qu'il soumet au commissaire qui prépare les rapports annuels pour le registre d'état qu'ils soumettent au gouverneur⁹⁹.

La loi Fédérale CAPTA permet de financer les États et ainsi leur donner les moyens d'améliorer leurs systèmes de protection de l'enfance¹⁰⁰. Ces subventions sont pour les organismes publics et les organismes non-lucratifs afin qu'ils développent des programmes et des projets. Cette loi a également permis de définir le terme de « maltraitance infantile et des négligences ». Elle prévoit aussi la mise en place d'un conseil consultatif fédéral, y compris pour les enseignants. Ils ont à ce titre un ou plusieurs siège ou sein de ce conseil. Cette législation a eu un impact en apportant des innovations telles que la création du Centre Nationale de la Maltraitance infantile et de la négligence (National Center on Child

⁹⁸ National Child Abuse and Neglect Training and Publications Project (2014). The Child Abuse Prevention and Treatment Act: 40 years of safeguarding America's children. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services, Children's Bureau.

⁹⁹ NY State's FY 2010-2014 Final Report and FY 2015-2019 Child and Family Services Plan, <http://www.census.gov/quickfacts/map/PST045215/36>, NY State's FY 2010-2014 Final Report and FY 2015-2019 Child and Family Services Plan

¹⁰⁰ Ibid.

Abuse and Neglect - NCCAN), le bureau de la Maltraitance infantile et des négligences ou encore l'ouverture d'allocations pour l'enfance.

Le projet de démonstration :

Le secrétaire peut accorder des subventions sous cette subdivision comme la recherche et les activités d'assistances, aux entités pour les projets qui fournissent l'identification éducative, la prévention et des services de traitement en coopération avec la protection de l'enfance, l'éducation préscolaire et les fournisseurs de soin, en école maternelle, primaire et secondaire.

Les subventions de l'Etat :

Le secrétaire d'Etat peut accorder des subventions en vertu du présent paragraphe (procédures de triage) aux organismes publics et privés qui font preuve d'innovation pour réagir aux signalements d'abus et de négligence¹⁰¹. Les écoles sont habilitées pour mettre en place un système de triage.

La loi établie par l'Etat de New-York définit les termes de la maltraitance infantile. Un « enfant abusé » désigne un enfant de moins de dix-huit ans, qui est défini comme un enfant maltraité par le tribunal de la famille de la façon suivante : « inflige ou permet ... des blessures physiques par des moyens autres que accidentels, qui provoquent ou créent un danger de mort, ou grave, ou défiguration à long terme, ou une altération à long terme de la santé physique ou morale, ou une perte à long terme, ou une altération de la fonction d'un organe ou ... un risque important de blessure physique de cet enfant par des moyens autres que accidentels ... » (Family Court Act, 2016). Un « enfant maltraité » est défini comme un enfant de moins de 18 ans négligé par le tribunal de la famille, et qui a de sérieuses blessures physiques infligées par autrui par des moyens autres qu'accidentels. Les points clés sont ici le fait que la blessure n'est pas un accident, et qu'il existe un risque important pour la santé de l'enfant (décès, défiguration, etc.). La définition d'un enfant maltraité comprend également les dysfonctionnements de quelque nature que ce soit : physique, mental ou émotionnel, mais également des négligences concernant la nourriture, les vêtements, l'éducation, le logement, les soins médicaux, la violence physique, un défaut de surveillance de l'enfant pour des raisons d'utilisation de drogue, d'abus d'alcool ou d'abandon (Family Court Act, 2016).

Bien que CAPTA définisse certains aspects concernant les mauvais traitements et la négligence des enfants, il appartient à l'Etat de définir ce terme. La négligence éducative est considérée comme l'échec d'un parent à assurer la présence régulière de son enfant à

¹⁰¹ Ibid.

l'école, le fait de ne pas l'emmener à l'école pour des raisons considérées comme inadmissibles et ayant un impact négatif sur la scolarité. La dernière situation définie comme étant de la négligence est si l'enfant court un danger imminent¹⁰². Les parents ou tuteurs légaux doivent donc veiller à ce que leurs enfants fréquentent régulièrement une école.

Les personnes mandatées pour écrire les rapports sont tenues de signaler les cas présumés de négligence éducative au SCR. Cela exige que les administrateurs de l'école gardent un bon registre des présences et le suivi avec les familles pour déterminer les raisons des absences. En effet, un rapport doit être envoyé dès qu'un parent ne favorise pas la présence régulière de son enfant à l'école, ou s'il n'envoie pas son enfant à l'école pour des raisons injustifiées¹⁰³. Trois éléments sont exigés afin de justifier l'envoi de ce type de rapport. Il est nécessaire d'avoir un motif raisonnable de soupçonner que les parents sont conscients ou auraient dû être dans la connaissance de l'absence de leur enfant à l'école. Le critère suivant est la preuve que les parents ont contribué au problème ou ne parviennent pas à prendre les mesures nécessaires au bien-être de leur enfant, à savoir le défaut de fournir un minimum de soins. Enfin, la suspicion d'une déficience éducative, néfaste pour l'enfant ou l'existence d'un danger imminent (la preuve du préjudice éducatif réel n'est pas nécessaire tant que mal peut être présumé)¹⁰⁴.

Le milieu scolaire et ses responsabilités

La législation de l'Etat de New-York énumère explicitement les personnes qui sont légalement responsables pour signaler des cas d'abus, ou de négligences. Dès lors qu'ils sont témoins, qu'ils suspectent ou qu'ils ont connaissance d'une situation, ils ont l'obligation professionnelle de signaler la situation aux autorités. La loi prévoit ainsi la liste des personnes tenues de faire les signalements (New York State Law on Social Services Article 6 Title 6 – 2016) :

- *Professionnels de l'école,*
- *Enseignants,*
- *Conseillers d'orientation,*
- *Psychologues scolaires,*
- *Assistants sociaux scolaires,*
- *Infirmières scolaires,*
- *Personnels administratifs,*
- *Autres professionnels de l'école,*
- *Les employés à temps partiels ou à temps plein.*

¹⁰² New York State Law on Social Services Article 6 Title 6

¹⁰³ Ibid.

¹⁰⁴ Ibid.

Les « mandated reporter » sont des professionnels du milieu scolaire, la loi prévoit une formation pour ces personnels désignés pour rédiger les signalements et les envoyer. Il est prévu que ces personnes puissent être formées et avoir accès au matériel nécessaire pour mener à bien leurs missions. Ces « mandated reporter » signalent la suspicion de maltraitance, ou de mauvais traitements des enfants, ce sont eux qui rédigent ces rapports dans le cadre de leur exercice professionnel. Ils sont en interaction avec l'enfant, son parent ou son tuteur légal (New York State Law on Social Services Article 6 Title 6 – 2016). Les personnes dans les écoles peuvent être en mesure d'avoir accès à des rapports envoyés précédemment si elles souhaitent un suivi sur l'avancée de l'affaire et si elles ne sont pas directement impliquées¹⁰⁵.

Governor David A. Paterson

Commissioner Gladys Carrión, Esq.

This material provides mandated reporters with an overview of their obligations and some basic information about the New York State Child Protective Services (CPS) system.

Who Are Mandated Reporters?

New York State recognizes that certain professionals are specially equipped to perform the important role of mandated reporter of child abuse or maltreatment. Those professionals include:

- | | | | |
|------------------------------------|---|---|---|
| * Physician | * Licensed creative arts therapist | - school psychologist | * Mental health professional |
| * Registered physician's assistant | * Licensed marriage and family therapist | - school social worker | * Substance abuse counselor |
| * Surgeon | * Licensed mental health counselor | - school nurse | * Alcoholism counselor |
| * Medical examiner | * Licensed psychoanalyst | - school administrator or other school personnel required to hold a teaching or administrative license or certificate | * All persons credentialed by the NYS Office of Alcoholism and Substance Abuse Services |
| * Coroner | * Hospital personnel engaged in the admission, examination, care, or treatment of persons | * Social services worker | * Peace officer |
| * Dentist | * Christian Science practitioner | * Day care center worker | * Police officer |
| * Dental hygienist | * School official, including (but not limited to): | * School-age child care worker | * District attorney or assistant district attorney |
| * Osteopath | - school teacher | * Provider of family or group family day care | * Investigator employed in the office of the district attorney |
| * Optometrist | - school guidance counselor | * Employee or volunteer in a residential care facility for children | * Any other law enforcement official |
| * Chiropractor | | * Any other child care or foster care worker | |
| * Podiatrist | | | |
| * Resident | | | |
| * Intern | | | |
| * Psychologist | | | |
| * Registered nurse | | | |
| * Social worker | | | |
| * Emergency medical technician | | | |

The entire current list can be found in Article 6, Title 6, Section 413 of the New York Social Services Law, which can be accessed online through the New York State Legislature's Website (<http://public.leginfo.state.ny.us/menuf.cgi>). Click on Laws of New York to access Social Services Law.

Figure 23 : Liste des "mandated reporter".

On constate que les acteurs du milieu scolaire ne sont pas les seuls professionnels à être mandatés pour signaler (Figure 23). On note que de nombreuses autres professions sont concernées par cette obligation de transmettre tel que les médecins. Il faut savoir qu'aux Etats-Unis, la Protection de l'Enfance, n'est pas un devoir citoyen, mais un devoir professionnel. Donc, tant que les personnes agissent dans le cadre de leurs compétences professionnelles, de leurs fonctions, ils ont l'obligation de signaler une situation, ou la suspicion d'une situation (OCFS summary guide for mandated reporters in New York State,

¹⁰⁵ Les personnes directement impliquées dans un rapport de signalement, y compris les auteurs et les « mandated reporter » sont en mesure de demander l'accès aux rapports précédents.

2016). Contrairement à la France, il n'existe pas aux États-Unis de condamnation pénale pour non-assistance à personne en danger. Cependant, il existe un « Good Samaritan Law », la loi du Bon Samaritain à New York qui décrit le fait que s'il y a une personne qui aide quelqu'un en danger, cette personne ne peut pas être légalement poursuivie, peu importe le résultat, ou les conséquences que son aide entraînent¹⁰⁶.

La loi exige également aux « mandated reporter » de suivre une formation afin qu'ils prennent connaissance de leurs responsabilités et le détail du processus de signalement. Le document sur lequel ils peuvent faire le signalement est gratuit, il est disponible 24h/24 et 7 jours/7. Il est nécessaire pour tous les nouveaux et actuels employés (OCFS summary guide for mandated reporters in New York State, 2016).

La formation est mise en place par le bureau des professionnels qui supervise les exigences de formation pour les « mandated reporters » (New-York State Education Department - SED). Cette formation est gratuite et l'OCFS offre un apport théorique en ligne, de deux heures disponible 24h/24, 7 jours/7 (nysmandatedreporter.org). Cependant elle peut également être suivie de façon réelle et non virtuelle avec des formateurs pour interagir et répondre aux questions. Tous les nouveaux et actuels employés d'un établissement scolaire doivent avoir accès à cette information. Les nouveaux professionnels ne prendront par leurs fonctions tant qu'ils n'auront pas suivi cette formation, obligatoire avant de prendre son poste.

La rédaction d'un rapport de Signalement suit des exigences particulières. Le professionnel doit avoir observé, suspecté ou eu connaissance d'un abus ou d'une négligence auprès d'un enfant. Il a alors l'obligation d'informer immédiatement la personne en charge dans son établissement scolaire soit un professionnel qui a été désigné et appelé le « designee » (New York State Law on Social Services Article 6 Title 6 – 2016). Cette personne est alors en charge de rédiger le rapport de signalement, ainsi que de répondre aux questions du SCR. Chaque professionnel de l'école peut alerter le « designee » lorsqu'il y a un cas de suspicion de maltraitance, et c'est lui qui procèdera lui-même à la rédaction du Signalement.

La personne qui décide de lancer la procédure de signalement va passer un appel téléphonique au SCR, ensuite le « designee » doit rédiger le rapport de signalement dans les 48h, et l'envoyer au BSFC. Si le rapport est soumis localement, il est également soumis à l'Etat, de même que les rapports soumis à l'Etat sont immédiatement transférés au niveau local. Ainsi, le « designee » fait un rapport en ligne, qui ensuite va accorder à l'élève un numéro d'identité, ainsi, lorsque le professionnel souhaite connaître l'avancée de l'enquête,

¹⁰⁶ https://en.wikipedia.org/wiki/Good_Samaritan_law

il lui suffit de rentrer le code d'identité de l'enfant¹⁰⁷. De même ce système permet de savoir si un enfant a déjà eu des rapports de signalement faits.

Il est obligatoire de prévenir le « designee » de l'appel qui a été passé au SCR, et de lui donner les éléments nécessaires à la rédaction du Signalement¹⁰⁸.

Le « mandated reporter » a des responsabilités importantes, mais il est également protégé par la loi. Lorsqu'un rapport est déposé, il est confidentiel, les informations d'identification sont partagées uniquement si c'est nécessaire. Il peut également être rédigé dans l'anonymat le plus strict. Cette mission est différente de celle du « designee », où en effet, le « mandated reporter » se voit attribuer ce rôle par ses obligations professionnelles, tandis que le « designee » doit suivre une formation en plus¹⁰⁹.

Ainsi les « mandated reporter » sont légalement protégés, ils se retrouvent à l'abri de toute responsabilité pénale ou civile, ainsi que des représailles éventuelles de l'employeur (OCFS summary guide for mandated reporters in New York State, State Law – 2016).

Néanmoins, le fait de ne pas signaler une situation entraîne des poursuites judiciaires. Ainsi, le professionnel peut se voir attribué un délit de classe A (sanction pénale), et peut également être poursuivi devant un tribunal civil pour les dommages financiers. De plus il peut aller jusqu'à perdre sa licence professionnelle en cas de poursuite judiciaire. La non-dénonciation est donc considérée comme un délit, et peut être pénalement sanctionné.

Concernant l'anonymat possible pour faire le signalement, ça va pour le voisin qui appelle, ou le citoyen lambda. Cependant, la question se pose alors pour le professionnel qui appelle, sous sa responsabilité professionnelle. Il a un papier à remplir, et donc son nom à mettre, d'autant plus pour la suite de la prise en charge, avec les questionnements et l'enquête où le « mandated reporter », comme le « designee » doivent se montrer disponibles pour aider à l'avancée de l'enquête. Est-ce que certains professionnels, ne préfèrent pas ne pas faire le signalement en tant que professionnel de façon à ce que leur nom ne soit pas associé, et ainsi ils passent l'appel de façon anonyme en tant que citoyen ? Mais qu'en est-il des poursuites possibles pour manquement professionnel si c'est le cas ?

Le Département de l'Education de l'Etat de New-York (NYC DOE) suit une réglementation qui lui est propre. Le NYC DOE et l'Unité d'intervention et de Prévention des Enfants Maltraités

¹⁰⁷ <http://codes.findlaw.com/ny/family-court-act/fct-sect-1012.html>

¹⁰⁸ Un extrait de la loi: « Whenever such person is required to report under this title in his or her capacity as a member of the staff of a medical or other public or private institution, school, facility or agency, he or she shall make the report as required by this title and immediately notify the person in charge of such institution, school, facility or agency, or his or her designated agent. Such person in charge, or the designated agent of such person, shall be responsible for all subsequent administration necessitated by the report”.

¹⁰⁹ <http://codes.findlaw.com/ny/family-court-act/fct-sect-1012.html>

et négligés doivent fournir les ressources et assurer la formation des professionnels, qui est mise en œuvre dans chaque école ainsi que dans chaque BFSC¹¹⁰. Le NYC DOE doit ainsi veiller à ce que tous les établissements concernés se conforment aux lois de l'Etat (titre 6) et en ce qui concerne l'école, il s'agit du règlement A-750 du Chancelier.

La politique concernant les négligences éducatives, ainsi que du processus de Signalement a ainsi été décidée conjointement par le DOE et l'ACS de New-York. Cette politique prend en compte tout le processus, allant des normes minimales de fréquentations de l'école, aux allégations, à la méthode à suivre pour rédiger un Signalement. Tout cela permet de cadrer la coordination interinstitutionnelle entre le Département de l'Education, les services de Protection de l'Enfance et l'Unité des Services Educatifs pour l'Enfant.

Reports from Schools

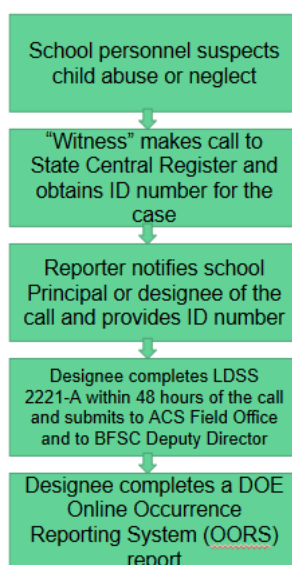


Figure 24 : Processus de Signalement à l'Ecole.

Tout le personnel du milieu scolaire est mandaté pour faire un Signalement de maltraitance d'enfants. Ils doivent signaler tous soupçons au Registre central de l'Etat (State Central Register-SCR) s'ils ont des motifs raisonnables de soupçonner qu'un enfant a été maltraité. Il est à noter que le SCR possède deux numéros d'appels, l'un pour le public, et l'autre pour tous les « mandated reporter », notamment le personnel scolaire.

Le processus est donc le suivant, le professionnel de l'Ecole contact par téléphone le SCR (Figure 24) en leur faisant part des différentes informations qu'ils ont en leur possession (nom, situation, etc.). Les personnels scolaires susceptibles d'avoir une connaissance directe concernant cette situation obtiennent le numéro d'identification du cas, du dossier, donné par le SCR afin de pouvoir suivre l'avancée de l'enquête. De même, le « mandated reporter » suite à son appel au SCR, informe le « designee » de l'appel et lui donne le numéro d'identification attribuée au dossier, le « designee » doit alors remplir le

¹¹⁰ <http://schools.nyc.gov/StudentSupport/NonAcademicSupport/ChildAbuse/default.html>

Signalement afin de l'envoyer. Le « mandated reporter » va ensuite rencontrer le directeur d'établissement avec le numéro d'identification du dossier, et celui-ci va devoir remplir un formulaire appelé LDSS 2221- A dans les 48 heures suivant l'appel, puis le soumet au bureau extérieur de l'ACS et au Centre de soutien des écoles de l'arrondissement approprié. Le directeur, ou le « designee » complète également le rapport de Signalement du DOE en ligne auquel l'accès est permis 24h/24, 7jours/7 sur le site internet du DOE. Le dossier en ligne est par la suite accessible avec le numéro d'identification et le type d'abus de négligence signalés. C'est ainsi accessible en ligne, et tout est centralisé par le centre de coordination et de centralisation, ainsi les données sont disponibles pour faire des statistiques.

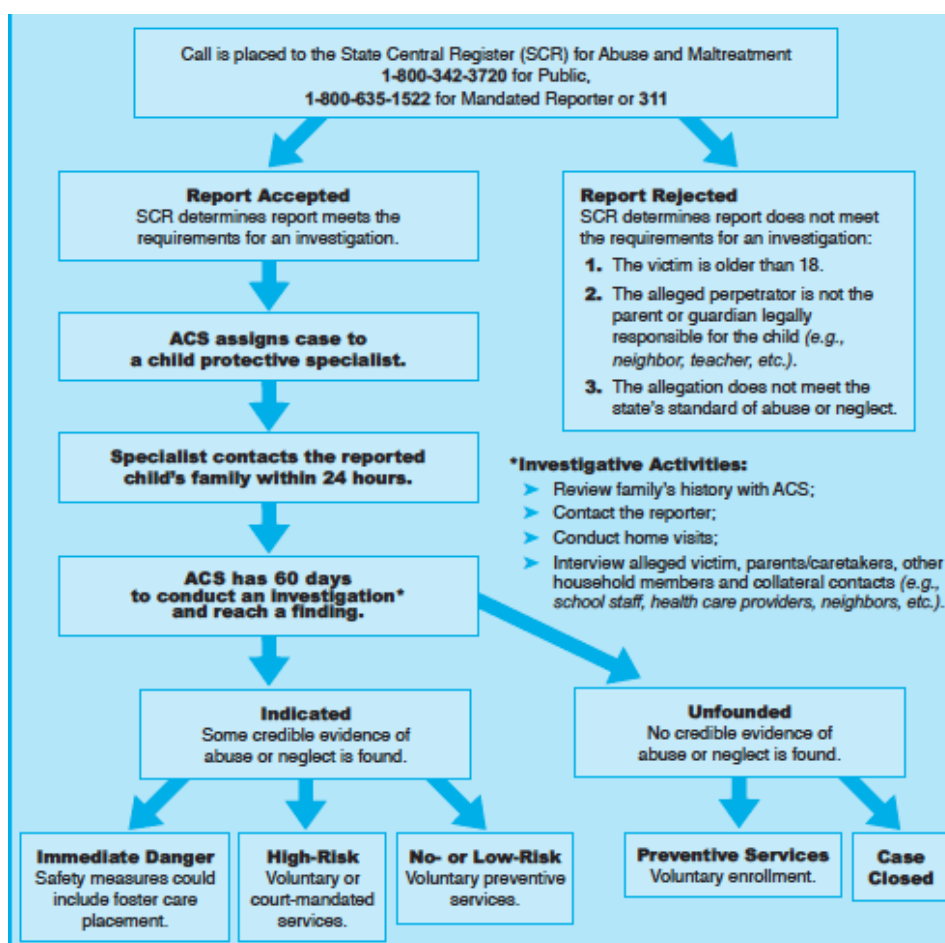


Figure 25 : Processus de Prise en Charge de l'Enfant suite au Signalement.

Une fois le rapport envoyé au SCR, il peut être accepté s'ils estiment que la situation justifie une enquête, sinon le dossier est rejeté (Figure 25). Plusieurs raisons peuvent amener le rejet d'un dossier, en effet si la victime peut être âgée de plus de 18 ans, si l'auteur présumé n'est pas le parent ou le tuteur légal de l'enfant ou si le Signalement ne remplit pas les conditions prévues par l'Etat concernant l'abus ou la négligence (Family Court Act, 2016). Cela peut paraître particulier que si le tuteur légal n'a pas fait le Signalement, le dossier puisse être rejeté, mais cela s'explique par le fait que s'il s'agit d'un citoyen ou d'un

professionnel, cela relève d'une autre infraction juridique, et alors on ne peut plus parler de Signalement. En revanche, si l'auteur présumé des maltraitances à l'encontre de l'enfant est un proche parent, ou le tuteur légal, le SCR accepte le Signalement. Si ce n'est pas le cas, mais qu'il s'agit d'un enseignant par exemple, alors le SCR n'accepte pas le Signalement, mais redirige la personne qui l'a rédigé vers le Bureau spécial des Investigations (Office of Special Investigations) qui dépend du DOE. Enfin, si c'est un voisin qui signale, alors c'est une agression et dans ce cas, c'est le tribunal criminel qui est chargé de l'enquête.

Si le dossier est accepté, l'ACS va commencer une enquête et assigne le cas à un spécialiste de protection de l'enfance, un éducateur, professionnel des services de protection de l'enfance. Le CPS mène l'enquête, et établit une évaluation complète de la situation. Ils vont ainsi permettre de savoir s'il existe des preuves fondées, afin de poursuivre la prise en charge de l'enfant. Ce temps de réaction est relativement rapide, les services du CPS contactent la personne qui a fait le rapport dans les 24 heures, ils visitent à l'improviste la maison où vit l'enfant dans les 24 à 48 heures suivant le Signalement afin d'enquêter. Cela induit de parler aux voisins, à d'autres enfants, aux enseignants, aux médecins, etc. Ils ont alors à donner un « avis d'existence », cela signifie qu'une enquête est en cours. Les services administratifs ont ensuite 60 jours pour terminer l'enquête et parvenir à une conclusion, après quoi, ils dirigent les familles vers les services appropriés, si c'est nécessaire. Si ces services estiment que la preuve est crédible et que le rapport est avéré, alors, l'ACS va statuer sur la situation de l'enfant, à savoir s'il est en danger immédiat, ou en risque de l'être, et dans ce cas si ce risque est faible ou important (Family Court Act, 2016). Si les enfants sont considérés comme étant en danger immédiat, ils peuvent être placés en famille d'accueil. Si l'enfant est considéré comme courant un risque important, des services sociaux ou judiciaires peuvent être mis en place. Enfin, si l'enfant court un risque faible ou considéré comme inexistant, les services de préventions peuvent être mis à disposition pour la famille.

Si l'enquête pointe une allégation non fondée, alors le dossier est classé et les services de prévention volontaires sont mis à disposition.

A noter que l'ACS fait en sorte de garder les familles ensemble, et les renvoie ainsi aux services de prévention, etc. Cependant, si le CPS conclue que l'enfant est en danger immédiat, le Juge des Famille prend le relais sur les décisions à prendre pour l'enfant, ainsi il peut être retiré et confié à des parents proches ou des amis pour un temps donné, une fois la vérification des antécédents de ces personnes, puis l'évaluation du soin apporté à leur domicile, le placement familial est pris en compte (Family Court Act, 2016).

Ainsi, la Loi de l'Etat de New-York prévoit que l'enquête doit commencer dans les 24H suivant le Signalement, puis, dans les 60 jours le rapport de Signalement doit être considéré

comme « avéré » ou « sans fondement ». Si le cas de maltraitance est considéré comme avéré, cela signifie qu'il existe des preuves d'abus et, ou de négligence de l'enfant.

La formation et l'appui aux missions dépend notamment des centres de soutien des écoles dans les quartiers (Borough Field Support Centers-BFSC). Au niveau institutionnel au-dessus de l'École on trouve les BFSC qui sont des centres de soutien des écoles spécifique à chaque arrondissement. Ils permettent d'apporter tout type de soutien pour tout ce qui touche à l'enseignement, aux programmes, aux services pour les élèves tels que la santé, le bien-être, le soutien à ceux qui apprennent l'anglais, etc. Ils ne sont pas nécessairement liés aux négligences et aux maltraitements de l'enfant. Toutes les écoles sont rattachées à un BFSC. Il y a en tout sept BFSC à New-York : un dans le Bronx, un à Manhattan, un à Staten Island, deux à Brooklyn, et enfin deux dans le Queens. Ils ont pour rôle de :

- Examiner, évaluer, approuver le plan de prévention contre la maltraitance infantile de chaque école.
- Établir des relations avec le CPS locale, les organismes communautaires et les fournisseurs de services.
- Recevoir les signalements des directeurs d'école sur tous les cas signalés au SCR.
- Un soutien continu et la formation sur la prévention de la maltraitance infantile dans les écoles, dans leur juridiction.

En ce qui concerne les négligences et la maltraitance infantile, les BFSC travaillent en collaboration avec les CPS locaux, les organismes communautaires, les différents services en lien avec la protection de l'enfance, etc. afin de pouvoir améliorer les services, la communication pour les personnels des écoles, les parents, et les élèves¹¹¹. Ils sont chargés d'examiner et d'approuver chaque plan de prévention de la maltraitance infantile. Dans ces situations, ils reçoivent le rapport de Signalement des directeurs sur les cas signalés au SCR, ils fournissent également un soutien et une formation de prévention en maltraitance infantile dans les écoles. Ils abordent notamment comment identifier et signaler lorsqu'un enfant est maltraité, mais aussi ce que sont les protocoles de désignation du DOE, etc.

Le BFSC ainsi que le DOE coordonnent ensemble le programme de prévention de maltraitance infantile et des négligences sur la ville, ils développent et mettent en œuvre la formation annuelle « Liaisons désignée ». Ils ont une formation annuelle des agents de liaison désignés, en collaboration avec le DOE, qui couvre plusieurs aspects comme la réglementation du chancelier, les responsabilités des « mandated reporter »/directeurs, les contacts avec le SCR, les protocoles et ainsi de suite¹¹². Un agent de liaison désigné de

¹¹¹ <http://schools.nyc.gov/StudentSupport/NonAcademicSupport/ChildAbuse/default.htm>

¹¹² <http://schools.nyc.gov/StudentSupport/NonAcademicSupport/ChildAbuse/default.htm>

chaque école doit être présent afin que la formation de prévention de la maltraitance infantile puisse être assurée. La formation de ces agents de liaisons est assurée annuellement par le BFSC et le DOE de la ville. Le programme est revu chaque année et il est soumis au Bureau du développement de l'école et des jeunes (Office of School and Youth Development) et le Programme de prévention des négligences et de la maltraitance des enfants (Child Abuse and Prevention Program Négligence) tous les 1er Avril. Cette formation annuelle porte sur les points suivants : le Règlement A- 750 du Chancelier, la définition de négligence et de maltraitance infantile, la responsabilité des « mandated reporters », celle des directeurs ou des « designee », ainsi que le processus de signalement. Y sont également présentés les protocoles de Signalement et de coordination interinstitutionnelle qui ont été mis en place afin de permettre aux professionnels de la protection de l'enfance d'avoir accès à tous les dossiers scolaires de l'enfant ou de sa fratrie une fois que l'accès leur a été autorisé, et ensuite mener à bien leur enquête. Les coordonnées de tous les organismes, les dates de réunions d'examen de cas par mois sont fournis lors de cette réunion¹¹³.

Chaque directeur d'école est appelé à établir une équipe « Prévention et Intervention auprès des enfants maltraités ». Cette équipe est composée de différents délégués, elle comprend le directeur de l'établissement, et le « designee », un conseiller d'orientation, un parent, un représentant des élèves, un représentant des enseignants ainsi qu'un professionnel du BFSC¹¹⁴. Leur mission principale est d'élaborer, développer et mettre en œuvre les plans de prévention et d'intervention sur la maltraitance infantile auprès du personnel scolaire, des parents, des élèves et ils fournissent également une formation à l'école qui se base sur la formation annuelle du BFSC (Consolidated School and youth development plan). Ce programme est réfléchi pour l'année scolaire à venir, il doit être soumis avant le 31 Octobre de l'année en cours, il est mis en ligne sur le site internet du DOE avant d'être présenté à l'occasion d'une journée de perfectionnement du personnel prévue chaque début d'années scolaire. L'objectif est de faciliter le signalement obligatoire en fournissant une formation, du matériel, des conseils sur la prévention et l'intervention en cas de maltraitance des enfants à tout le personnel de l'école, pour cela le « school designee » assiste annuellement à la formation des « designated liaisons » pour se mettre à jour de l'évolution des lois et des protocoles.

Chaque directeur d'école doit fournir à tout le personnel une copie des points sur lesquels il est nécessaire de mettre l'accent, points qui ont été révisés lors de la mise en place du règlement du chancelier A- 750.

¹¹³ Ibid.

¹¹⁴ <http://schools.nyc.gov/Offices/Health/default.htm>

« L'après signalement » : L'administration des services pour l'enfant (Administration for Children's Services-ACS) est le bureau de « la Sécurité d'abord »

Une ligne d'assistance en ligne spéciale a été créée par l'ACS de NYC pour le professionnel préposé à la rédaction des signalements¹¹⁵. Il s'agit alors de répondre aux questions et d'orienter les professionnels vers les services adaptés en fonction des dossiers adressés par l'ACS. De cette façon, ils peuvent être en lien avec le professionnel du CPS et savoir si l'enquête est menée, ou si le dossier a été classé. La ligne d'assistance en ligne est mise en place également pour résoudre les problèmes de sécurité en lien avec les dossiers.

« La sécurité d'abord » fonctionne différemment du Bureau des plaidoyers ou de l'Unité des Services Educatifs pour l'Enfant (Office of Advocacy or Children's Services Education Unit (CSEU)). En effet, l'ACS travaille avec les membres de la communauté, c'est-à-dire les parents, les grands-parents et les familles d'accueils. De leur côté, « la sécurité d'abord » travaille avec des professionnels « mandated reporter », à savoir les professionnels des agences de la ville, des écoles, des organismes à but non lucratif, des hôpitaux, des forces de l'ordre et des organismes de soins pour les enfants.

Il est à noter que c'est différent du SCR, en effet, ce service porte uniquement sur le rapport de signalement initial, tandis que ce service téléphonique ACS a été mis en place pour la suite du processus, une fois que le dossier a été « accepté » par le SCR, et que les CPS sont chargés de l'enquête et de déterminer si le cas est avéré.

La santé scolaire

Il existe deux types de systèmes : le bureau de santé scolaire ainsi que les centres de santé scolaire, qui ont des fonctionnements différents.

Le bureau de Santé scolaire dépend du Département de l'Education, ainsi que de Département de Santé. Il s'assure de placer des infirmières scolaires dans 90 % des écoles NYCDOE, excluant les sites avec des écoles situées dans des centres médico-sociaux¹¹⁶. Les services d'éducation à la santé s'occupent de la gestion et du suivi des dossiers en cours. Ils assurent également les évaluations cliniques, éducation à la santé, le counseling, les références. Les médecins de santé scolaire sont eux, placés dans un nombre précis d'écoles publiques et d'écoles paroissiales dans tous les arrondissements de NYC. Concernant la présence de médecins scolaires, aujourd'hui il est difficile d'affirmer leur présence ou absence au quotidien dans ces bureaux, il s'agit de l'un des points à éclaircir lors des entretiens.

¹¹⁵ <http://schools.nyc.gov/StudentSupport/NonAcademicSupport/ChildAbuse/default.html>

¹¹⁶ <http://schools.nyc.gov/Offices/Health/default.html>

Les centres de Santé Scolaire sont quant à eux, placés dans des régions qui ont un accès limité aux services de santé. Les écoles situées dans les centres de santé scolaire assurent les soins primaires sur place avec l'équipe pluridisciplinaire, et sont situés dans les zones où existe un accès limité aux services de soins¹¹⁷. Ainsi les élèves ont accès à des services de soins primaire, et de prévention et de promotion de la santé, ainsi qu'aux premiers soins, et aux soins d'urgences. Les centres de santé scolaire sont liés et associés à des institutions indépendantes comme les hôpitaux locaux et des centres médicaux. Parmi leurs personnels on peut retrouver des infirmières, des médecins, des assistants médicaux, etc. Il n'y a pas de précisions concernant les professionnels qui y travaillent, à l'égard de la Protection de l'Enfance dans leurs missions. Mais malgré ce point, ils restent des « mandated reporter », et ainsi ils peuvent faire un Signalement. Tout professionnel de cet équipe est formé à repérer la maltraitance infantile, et aux exigences de signalements. Le bureau de santé scolaire (Office of School Health-OSH), est un effort de collaboration inter-institutionnelle entre le DOE et le Département de Santé Mentale et de l'Hygiène de New-York (New York City Department of Health and Mental Hygiene-DOHMH) qui gèrent ensemble le programme de centre de santé scolaire de New York City (NYC). Il existe 145 centres à New-York, qui sont à disposition des 345 écoles, situées dans les 5 arrondissements de New-York -City¹¹⁸.

Pour conclure....

¹¹⁷ http://www.nyc.gov/html/ceo/downloads/pdf/sbhc_prr.pdf,
https://www.health.ny.gov/facilities/school_based_health_centers/docs/principles_and_guidelines.pdf

¹¹⁸ Ibid.

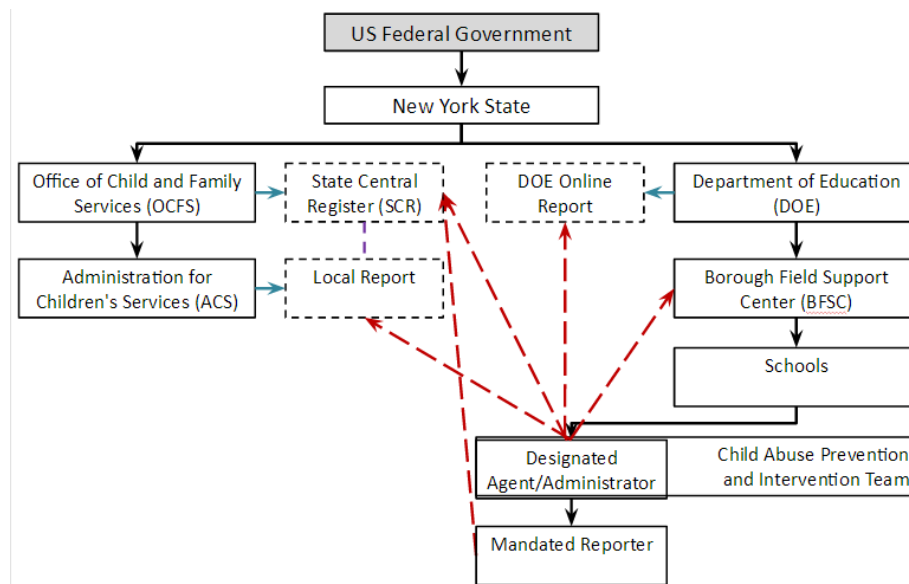


Figure 26 : Système de Protection de l'Enfance New-Yorkais.

Pour résumer, il existe donc la loi Fédérale aux Etats-Unis, qui impose aux différents Etats de suivre des lignes de conduites similaires. Chaque Etat a ensuite à élaborer la législation qu'ils souhaitent appliquer sur leur territoire (Figure 26). Enfin, le Département de l'Education se voit attribué la Protection de l'Enfance, en gérant toute la branche en lien avec l'Education. Ils travaillent également en collaboration avec le Bureau des services aux familles et à l'enfant (OCFS) qui s'occupent de centraliser les informations, et qui mettent à disposition le service de centre d'appel, et les services sociaux permettant ensuite la prise en charge des enfants victimes de maltraitements ou de négligences.

Une fois qu'un professionnel de l'école fait un Signalement, les cas sont considérés comme présentable ou non, cela signifie qu'il existe une suspicion de maltraitance permettant de procéder à l'enquête ou que le Signalement ne semble pas être fondé. Si le cas est présenté, alors une enquête commence et le signalement est considéré soit comme justifié et avéré, soit comme infondé. L'ensemble du processus est ainsi très simplifié, en effet sa durée est longue, car le tribunal de la famille est impliqué ainsi que de nombreux acteurs en plus du « mandated reporter » et la famille de l'enfant. Pendant l'enquête, l'enfant peut avoir été retiré de la maison et placés dans une famille d'accueil si l'on considère son milieu familial comme étant dangereux. Si sa situation est considérée comme à risque dit faible, alors l'enfant sera maintenu à son domicile, dans sa famille (Child Welfare Information Gateway. 2013. How the child welfare system works. Washington, DC. US. Department of Health and Human Services, Children's Bureau. Jones, WG. 2006. Working with the courts in child protection. Washington, DC. US. Department of Health and Human Services, Children's Bureau).

Il existe des différences avec le système français qui ne dispose pas d'un « designée », ni d'un système de formation en ligne, ni de centre d'aide aux écoles, qui peut néanmoins se rapprocher de notre cellule de vie scolaire. On ne retrouve pas non plus de conseillers techniques aux USA, ce qui peut s'expliquer par le fait qu'ils ne laissent aucune place au doute.

Autre différence majeure, c'est l'existence d'un Child Advocacy Center. Ce sont des centres spécialisés conçus dans l'objectif de centraliser les acteurs et les institutions pour améliorer la prise en charge de victimes de maltraitances infantiles, surtout les maltraitances physiques, ou les abus sexuels¹¹⁹. Les enfants sont envoyés dans ces centres sur décision judiciaire, y exercent des médecins légistes, des psychologues, des assistantes sociales, l'enfant en entrant dans ce centre va suivre les différentes étapes du début de l'enquête. Il voit les différents professionnels, mais il est installé dans une pièce dans laquelle son audition est filmée, et les autres professionnels sont placés dans la pièce voisine et assistent ensemble à l'audition. Tout est regroupé dans un même centre afin d'améliorer la collaboration des professionnels de la Protection de l'Enfance. La police est au rez-de-chaussée, les médecins sont au premier, et une fois que l'enfant est installé dans la pièce, les différents professionnels sont présents, y compris un représentant du procureur. Pendant que l'auteur présumé du délit est interrogé par la police au rez-de-chaussée. Il en existe 11 à New-York¹²⁰. Ce système serait-il transposable en France ?

¹¹⁹ <http://www.safehorizon.org/page/contact-us-42.html#caclocations>,
<https://www2.aap.org/sections/childabuseneglect/NewYork.cfm#newyork>

¹²⁰ Ibid.

ANNEXE VIII : POSTER DE PRESENTATION DU PROJET POUR L'ISPCAN

A Public Health Approach to Child Well-being: The Role of the School in Protection and Prevention of Child Maltreatment

Juliette Bénédict (4), Laure-Hélène Randon (4), Françoise Barakat, MPH, CPH (1), Melissa Sharp, MPH, CPH (1), Agnès Gillet-Corcos, PhD (3), Caroline Vial, MD, MPH (1), Jeanine Pomeroy, MD, PhD (3), Jocelyn Brown, MD, MPH (2),
 1. Columbia University Mailman School of Public Health; 2. New York State Office of Child Welfare; 3. European Institute for Gender Equality; 4. French National Institute for Health and Medical Research (INSERM)

Year 3: 2018

Recommend policy changes and develop end user need based training for school doctors

Year 2: 2017

Identify school-based practices for screening and follow-up of reporting; identify training needs of school actors and school doctors; identify prevention efforts in schools and ability of schools to intervene

Year 1: 2016

Analyze public policies and laws; identify definitions, key terms and actors; interview key informants; identify and analyze school doctors training

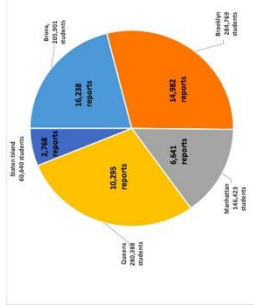
Objective :
 Comparative study to identify and question the role of the school setting in screening and reporting of child maltreatment and child protection between 2 New-York City boroughs and 2 Ile-de-France boroughs

Goals :
 Recommendations for school doctors training and school preventive policies based on field practices

New York City
 2015 Population: 8,491,079
 978,121 students
 51,656 reports of suspected abuse

USA LAWS

- CAPTA
- New York State Law on Social Services, Article 6, Title 6
- Family Court Law?
- Chancellor's Regulation



	USA (NY)	FRANCE
Child Abuse training in school policy?	All mandated reporters (2-hour NY approved training)	School Doctors: Systematic Principal in elementary school: Systematic Others: school professionals, voluntary
Mandatory reporting?	Failure to do so can result in a legal repercussion	Mandatory but with permission for professional discretion.
Which is the reporting process?	Anyone can call the 24/7 State Central Register hotline to file a report.	Two possibilities: - School professionals send a report to the Central Register - Anyone can report a suspicion 24/7 call center who is in contact with the Central Reporting Services
Date collection for follow up and epidemiological surveillance?	2 reports: - Department of Education - State Registry (at informational level)	Department of Education - Central reporting services - Borough's observatory - National observatory
Technical Assistance provided to professionals for reporting?	School desegrees	Internal school advisors External advisors: Central Reporting Services
When is a report on suspected child abuse?	School desegrees once a mandated reporter makes the call to SCR	At school: "Child's safety" - Mandated reporter: Principal in elementary, school doctors, nurses, social workers, and principal in elementary schools No Protocols in place Actor-dependent
Preventive efforts?	Child prevention and intervention team in each school	No Protocols in place Actor-dependent
Resources available?	Protocols, annual meeting among all workers, flyers, reports	Protocols, reports, meeting between all workers, flyers
First step?	State Central Register receives the call from a school worker The desegrees sends the report to the Department of Education (DOE) Data from each state's central register is sent to the National Child Abuse and Neglect Data System	FRANCE The Central Reporting services receive all concerning information, just as the school Data from each department is sent to the National Observatory for Children in Danger
Second step?	The SCR sends the information from the report to the office (within 24 hours) to begin the investigation and evaluates the situation	FRANCE The Central Reporting Services send to the Children's Services Offices an evaluation, or to the police in case of danger
Final step?	In case of suspected abuse, the case can be sent to the Child Advocacy Center - the alleged perpetrator can be arrested and charged in the court Data from home by family court order, no foster care, or some voluntary services and all for In case of child maltreatment: Children's Services office provides resources and information for the family No specific procedures however the central reporting services may mandate local preventive service intervention In case of child maltreatment: Children's Services office provides resources and information for the family	FRANCE In case of serious abuse: Judiciary measure - the removal of the child from home is possible, or services In case of not serious abuse: administrative measure for the child and family The new French law provides the school support for the children who have been abused Some locations have already implemented this new policy in order to insure child stability and to avoid disruption of schooling
School based support for indicators cases?		

Regulations for school setting

Information transmitted to Central Reporting Services

Final measures

Ile-de-France :
 2013 Population : 11 959 807
 2 336 000 students

Seine-Saint-Denis
 2016 Population: 1 565 222
 329 020 students
 3 214 reports of suspected abuse

Val-de-Marne
 2015 Population: 1 327 731
 231 255 students
 4 832 reports of suspected abuse

French Laws

- Child protection laws : 2007
- Specific school missions in French regulation
- Child Protection Policy (Borough-specific)



Observations and conclusion :

- In New-York City, for reporting, the system is looking for sensitivity (no doubt - automatic reporting not to miss a single case, and no option for professional discretion - threshold in France is higher) and in Ile-de-France the system is looking for specificity (there is more professional latitude).
- Does the result of these different approaches explain the fact that in New-York City there are more reports than in Ile-de-France?
- There is a difference concerning the training : in New-York City few hours of training for all professional and in Ile-de-France a lot of training hours for specific groups of professional. Is there a link with sensitivity/specificity approach?
- School doctors are specifically mandated in Ile-de-France for child protection concerning screening and counseling of other school professionals, while in New-York school doctors are mandated as any other school professionals.

RANDON

Laure-Hélène

16/09/2016

Master 2

Pilotage des politiques et actions en santé publique

La promotion du bien-être de l'enfant : le rôle du milieu scolaire dans la prévention de la maltraitance infantile en Val-de-Marne.

Promotion 2015-2016

Résumé :

En 2013, il y a eu chaque jour, 2 décès dont la cause était la maltraitance infantile. Les parents étaient responsables de ces violences dans 80% des cas. L'Education Nationale est l'institution transmettant le plus d'Informations Préoccupantes et de Signalement par an. Face à ces constats, une étude ayant comme objectif une approche de santé publique pour le bien-être de l'enfant, en réfléchissant au rôle de l'Ecole dans la Protection de l'Enfance maltraitée est conduite. Ce projet est à visée nationale d'une part entre les deux départements de la Seine-Saint-Denis et du Val-de-Marne, et à visée internationale d'autre part avec la ville de New-York. Cela permet alors, une problématisation et une analyse menée à différents niveaux par des étudiantes de l'Université de Columbia et de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique.

Sur le département du Val-de-Marne, la coordination entre les différentes institutions de Protection de l'Enfance est instaurée depuis une quarantaine d'années. Département précurseur dans la mise en place de la Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes, la boucle institutionnelle du Val-de-Marne renforce son partenariat au quotidien. Si le milieu scolaire semble être au cœur du circuit selon les acteurs institutionnels, son rôle dans le repérage de situation n'en est que plus important. Ainsi, les actions de prévention, et de promotion du bien-être des élèves apparaissent comme des priorités à mettre en place sur le département du Val-de-Marne. Décloisonnement et fluidité accrue semblent être les deux pièces maîtresses d'une amélioration.

Mots clés :

Protection de l'Enfance. Maltraitance Infantile. Santé Publique. Politique Publique. Education Nationale. Médecins de l'Education Nationale. Val-de-Marne.

L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique ainsi que L'IEP de Rennes n'entendent donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.