

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

TOME 1 RAPPORT

Établi par

Stéphanie DUPAYS,
Hervé LANOUZIERE,
Bénédicte LEGRAND-JUNG

Membres de l'Inspection
générale des affaires sociales



INSPECTION GENERALE
DES AFFAIRES SOCIALES

Frédéric THOMAS

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



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

Viviane BOUYASSE

Inspectrice générale de
l'éducation nationale



igen
Inspection générale
de l'Éducation nationale

SYNTHESE

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

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

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

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

Relevant de plusieurs champs, la protection de l'enfance représente un enjeu de taille puisque, ne serait-ce qu'en se restreignant aux violences qui ne constituent qu'une partie du phénomène « enfance en danger », près de 12 % de la population déclarent avoir subi des violences physiques de manière durable durant l'enfance et l'adolescence. Les troubles subis pendant l'enfance peuvent avoir un effet pérenne sur les parcours, l'insertion sociale et la santé physique et mentale. Les réponses apportées par la puissance publique ont un coût important : la DREES¹ évalue en 2016 à 7,8 milliards d'euros les dépenses de protection de l'enfance à la charge des conseils départementaux hors personnels des départements et sans prendre en compte les coûts indirects et de long terme (santé, éducation spécialisée, justice). Les placements constituent l'essentiel de ces dépenses : plus de 6 milliards d'euros en 2016.

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

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

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

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

prévention. Cette carence, malgré la place donnée à la prévention par les lois du 5 mars 2007² et du 14 mars 2016 sans toutefois la définir, freine la construction des politiques publiques locales. Elle nuit à l'homogénéité des références que peuvent mobiliser les départements, à l'identification des acteurs les mieux placés pour agir, à la définition d'indicateurs de suivi de la politique qu'ils déploient ainsi qu'à la mesure de l'impact des dispositifs mis en œuvre. La mission a en outre constaté l'absence de recommandations ou référentiels destinés à aider les acteurs à expertiser au mieux les situations et à mettre en œuvre l'action pertinente. Ce flou sur les contours de la politique de prévention est confirmé par l'analyse des schémas départementaux de protection de l'enfance (SDPE). Bien que le cap sur la prévention constitue indéniablement une orientation nouvelle généralisée de ces schémas, la lisibilité de leur cadre d'action opérationnel est réduite, du fait notamment d'un mésusage des concepts de préventions primaire, secondaire et tertiaire issus de la classification de l'organisation mondiale de la santé. Ainsi, de nombreux départements adoptent une définition extensive de la prévention, les conduisant à présenter comme telles des actions qui sont difficilement rattachables à de la prévention primaire. En réalité, les modèles de prévention décrits sont prioritairement axés sur la prévention secondaire.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Perspectives et recommandations

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

SOMMAIRE

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

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

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

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

LISTE DES ANNEXES

ANNEXE 1 : RECIT DU PARCOURS D'UNE FAMILLE

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

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

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

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

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

ANNEXE 7: QUELQUES ILLUSTRATIONS DES DISPARITES TERRITORIALES

ANNEXE 8 : PRINCIPAUX RESULTATS DU QUESTIONNAIRE ADRESSE AUX CONSEILS DEPARTEMENTAUX

RAPPORT

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

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

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

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

- L'analyse des textes législatifs et réglementaires, des rapports officiels, des guides d'information, des ouvrages et articles en lien avec le sujet, des documents remis par les interlocuteurs de la mission, des données statistiques produites par les acteurs du champ. En particulier, la mission a analysé les schémas départementaux de la protection de l'enfance ;
- La conduite d'entretiens avec les principales parties prenantes au niveau national et lors de déplacements dans quatre départements choisis dans un souci de diversité en termes de taille, d'importance de l'aide sociale à l'enfance – ASE³ - (nombre de mesures en valeur absolue et rapporté à la population des 0-18 ans), de mode d'action de l'ASE (taux de placement), de niveau de vie, de ruralité. La mission a retenu les Yvelines, la Loire-Atlantique, l'Allier et le Nord. Ces entretiens nationaux et départementaux ont permis d'échanger avec les administrations et services de l'État, les opérateurs, la caisse nationale d'allocations familiales (CNAF), les groupements de professionnels, les différents services du conseil départemental au siège et sur les territoires, l'éducation nationale, les associations, les communes, les caisses d'allocations familiales (CAF), soit près de 220 personnes au total ;
- Un questionnaire réalisé par la mission, adressé aux départements grâce au concours de l'association des départements de France (ADF) et auquel 49 départements ont répondu. Ce questionnaire, réalisé après les déplacements, visait à préciser les constats faits au terme de ces visites et à estimer leur représentativité ou leur atypie ;

³ Une liste des sigles figure à la fin du présent rapport.

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

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

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

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

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

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

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

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

A partir de la loi du 5 mars 2007⁴, la prévention ne s'organise plus seulement à partir de la notion de maltraitance, mais est élargie aux notions de « danger » ou de « risques de danger », ce qui place dans le champ toute une série de situations portant atteinte au bien-être de l'enfant. Au-delà de la maltraitance directe et active qui constitue le danger ultime à prévenir, la précarité, des conditions de logement inadaptées, le handicap, les troubles psychiques des parents fragilisent les familles et, sans qu'il y ait de déterminisme, sont des facteurs qui déstabilisent et peuvent favoriser l'apparition de ces situations de danger pour l'enfant. La prévention en protection de l'enfance interfère donc avec les domaines éducatifs et sanitaires, avec les conditions de vie matérielles et subit de plein fouet les évolutions qui affectent ces champs. Les principales évolutions seront décrites ici, sachant qu'elles concernent des facteurs de danger de nature et de degré très différents et peuvent entraîner des atteintes au bien-être de l'enfant allant d'un contexte insécurisant à la négligence ou à la maltraitance.

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

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

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

Source : *Mission*

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

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

S'il est établi que les facteurs socioéconomiques ne sont pas discriminants par rapport au risque d'apparition de la maltraitance et que celle-ci peut apparaître dans tous les milieux sociaux, certains contextes fragilisent la famille et l'établissement d'un lien « sécuritaire », même si l'histoire individuelle, les critères psychologiques pèsent plus lourd⁵.

Au-delà du débat sur les liens de corrélation entre précarité et mise en danger de l'enfant, la précarité constitue un contexte délétère, susceptible d'avoir des répercussions sur la vie et le développement des enfants. La précarité est en elle-même un risque pour l'enfant : la pédopsychiatrie a bien montré que « *les effets de la précarité sur les enfants et les adolescents sont comparables à ceux de la guerre* »⁶. Si le parent est absorbé par la question de sa survie, il peut ne pas avoir l'énergie suffisante pour offrir un cadre protecteur et attentionné à l'enfant. Selon Marie-Rose Moro⁷, ces effets de la précarité peuvent être profonds et parfois même transgénérationnels.

En lien avec la précarité, la question de l'hébergement est, pour les personnes auditionnées, considérée comme déterminante. L'association nationale des assistants de service social (ANAS) rapporte que les difficultés de logement, en raison de l'explosion des loyers, sont à l'origine de très nombreuses interventions en protection de l'enfance avec, pour corollaire, des « dilemmes » pour les travailleurs sociaux : à partir de quel niveau d'insalubrité du logement faut-il retirer l'enfant de sa famille, indépendamment de toute autre considération ? Les situations de mères isolées avec enfant à la rue et celles des familles vivant dans un hôtel social⁸ ont également été citées comme des facteurs obérant le bon développement de l'enfant.

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

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

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

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

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

⁶ Propos de Marie-Rose Moro, professeur de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, cités dans le rapport du Défenseur des droits, « *Précarité et protection des droits de l'enfant* », 2010 p. 26 : https://juridique.defenseurdesdroits.fr/doc_num.php?explnum_id=7623.

⁷ *Ibidem*.

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

d'une pathologie⁹, notamment pour les pathologies psychotiques. Du fait de ces troubles, les parents peuvent être dans l'incapacité de répondre aux besoins physiologiques et/ou affectifs de leur enfant. L'augmentation de la prévalence de ces pathologies maintes fois citée lors des auditions - mais que la mission n'a cependant pas pu documenter - complexifie le travail en périnatalité d'autant que la réduction du délai de sortie de la maternité ne laisse que peu de temps pour mettre en place une solution répondant aux besoins de l'enfant.

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

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

Parallèlement à l'augmentation de ces troubles, la prise en charge en psychiatrie infantile-juvénile est de plus en plus tardive¹⁰. Ces délais sont particulièrement lourds de conséquences puisque une prise en charge trop tardive peut entraîner des séquelles irréversibles en termes de développement intellectuel et comportemental.

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

Plusieurs acteurs rencontrés ont souligné l'impact de l'évolution des liens familiaux sur la fragilisation de la cellule familiale. Isolement d'un des parents, conflits entre les parents, coupure avec le cercle familial élargi (les grands-parents notamment), tous ces facteurs semblent complexifier l'établissement de liens « sécurisés » chez l'enfant. Or un grand nombre d'enfants sont concernés par une structure familiale mouvante : d'après l'enquête Famille et logements réalisée en 2011 par l'INSEE, sur les 13,7 millions d'enfants âgés de moins de 18 ans vivant en famille en France métropolitaine, 18 % vivent dans une famille monoparentale et 11 % dans une famille recomposée, contre 70 % dans une famille « traditionnelle » avec leurs deux parents. Toutefois, au-delà des discours des professionnels, peu d'études ont mis en évidence de façon solide le lien entre composition familiale et situation de danger. Une recherche action conduite en Ille-et-Vilaine¹¹ montre néanmoins que la recombinaison familiale est surreprésentée dans les 200 dossiers d'enfants placés qui ont été étudiés. Ceci rejoint les observations des acteurs de terrain auditionnés : la séparation et la recombinaison familiale sont des moments de fragilisation pour les

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

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

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

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

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

Leur impact est d'autant plus important que l'enfant est jeune et ne peut verbaliser. Cela se traduit par une prévalence accrue de problèmes de santé, de troubles de l'adaptation et du comportement¹².

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

Plusieurs personnes auditionnées ont rapporté les effets dévastateurs sur les interactions entre parents et enfants d'une addiction aux écrans de la part du parent¹³.

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

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

Plus que le terme « radicalisation », les acteurs rencontrés font davantage état d'un isolement, d'un repli sur soi, d'un communautarisme. L'une des rares études¹⁴ sur la radicalisation en prévention spécialisée montre que la plupart des professionnels ont observé sur leurs territoires des comportements et des pratiques en lien avec un apparent « resserrement sur le fait religieux » – et spécifiquement l'islam. Il résulte de cette évolution que la prévention spécialisée a de moins en moins de prise sur ces publics. Cependant la complexité et la sensibilité du sujet sont telles que la mission n'a pas pu suffisamment l'expertiser dans le cadre de ce rapport.

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

La réponse aux besoins des enfants en danger s'inscrit dans le contexte de l'augmentation récente et importante du nombre des enfants étrangers privés de la protection de leur famille, les « mineurs non accompagnés » (MNA) qui relèvent eux aussi de la protection de l'enfance et sont pris en charge par l'ASE. Le nombre de personnes se présentant comme MNA qui, au début des années 2010, ne dépassait pas quelques milliers a fortement cru ensuite et particulièrement depuis 2015-2016, entraînant une augmentation de la charge incombant aux départements. On dénombrait 14908 MNA entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre 2017 contre 8054 en 2016 soit 85 % d'augmentation sur la seule dernière année¹⁵. La répartition des MNA entre les départements qui dépend du volume et de la structure de la population fait peser une charge très importante sur certains départements déjà soumis à beaucoup de tension en matière d'ASE. L'ampleur de la tâche est minorée par ces chiffres qui ne concernent que les MNA « reconnus », alors même que les

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

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

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

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

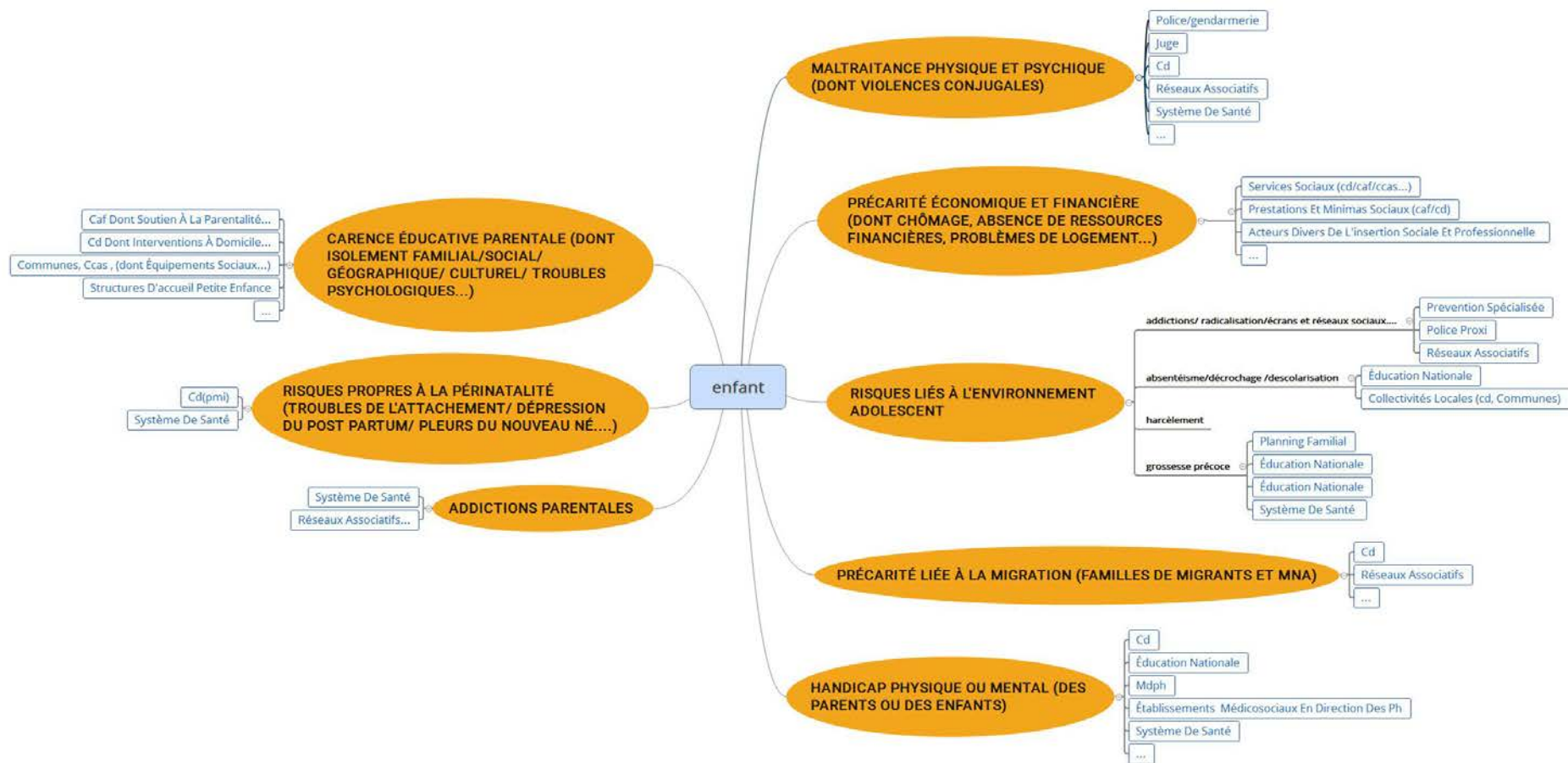
services du département doivent procéder aux investigations nécessaires à l'évaluation de la situation de toutes les personnes se déclarant MNA.

Par ailleurs, la prise en charge des enfants de familles migrantes pose la question de l'adéquation de l'offre à ces familles qui ont souvent vécu un traumatisme et peinent à trouver leurs repères dans un nouveau pays¹⁶.

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

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

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



Source : Mission

Souvent, les contextes fragilisant les familles se cumulent et se renforcent. Selon une étude conduite par l'observatoire des actions éducatives en milieu ouvert (AEMO) du Pas de Calais¹⁷, « les personnes concernées par les mesures de protection de l'enfance sont inscrites dans des formes multiples de précarisation, touchant à la fois le logement, l'emploi, les ressources économiques, familiales et amicales ». Le récit du parcours de Mme S. et de sa famille, figurant en annexe 1, en constitue une illustration édifiante.

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

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

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

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

¹⁷ Etude « Observatoire AEMO 2016 », Sprene association, EPDEF, Adae 62.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- L'un des termes usité le plus fréquemment dans la littérature scientifique nationale et internationale pour analyser le phénomène est celui de maltraitance¹⁸ qui, selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), renvoie « *aux mauvais traitements physiques et affectifs, aux sévices sexuels, au manque de soins ou à la négligence envers les enfants, ainsi qu'à leur exploitation commerciale ou autre* »¹⁹. Si tous les enfants maltraités ne sont pas pris en charge en protection de l'enfance, et si tous les enfants pris en charge n'ont pas nécessairement été maltraités, le nombre d'enfants maltraités constitue une mesure des situations de danger les plus graves. En France, certaines enquêtes en population générale déclaratives et rétrospectives permettent aussi d'estimer le nombre d'enfants victimes de violences²⁰. Ces enquêtes reposent sur des populations, des dates, des définitions et des formulations différentes, ce qui explique que les résultats sont variables. Les insuffisances de la mémoire et le déni biaisent aussi les résultats.
 - Selon l'enquête « Événement de vie et santé²¹ » de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), 15 % des hommes et 8,4 % des femmes déclarent avoir subi des violences physiques de manière durable durant l'enfance et l'adolescence ce qui correspond à 11,6 % de l'ensemble de la population. Parmi eux, seulement 6,1 % de ces hommes et 12,3 % de ces femmes auraient alors été pris en charge par des services de protection de l'enfance (soit 8,5 % de l'ensemble). L'annexe 2 présente des estimations complémentaires.
- **Des estimations des dangers repérés administrativement**

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

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

Les chiffres de l'ODAS²³ situaient en 2006 le nombre d'enfants reconnus maltraités par an à 19 000. Ce chiffre reposait sur une analyse de l'ensemble des signalements²⁴. L'analyse des appels au 119, plus récente mais portant seulement sur 15 à 20 % des informations préoccupantes (cf. *infra*), fournit une analyse des dangers conduisant à l'information préoccupante. Cette analyse distingue quatre types de violences envers les enfants (psychologiques, physiques, sexuelles, négligences lourdes) auxquelles s'ajoutent deux autres catégories renvoyant à des situations d'enfants mis en danger par leurs conditions d'éducation ou par leurs propres actes. Les données les plus récentes

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

¹⁹ Guide sur la prévention de la maltraitance des enfants, OMS, 2006.

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

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

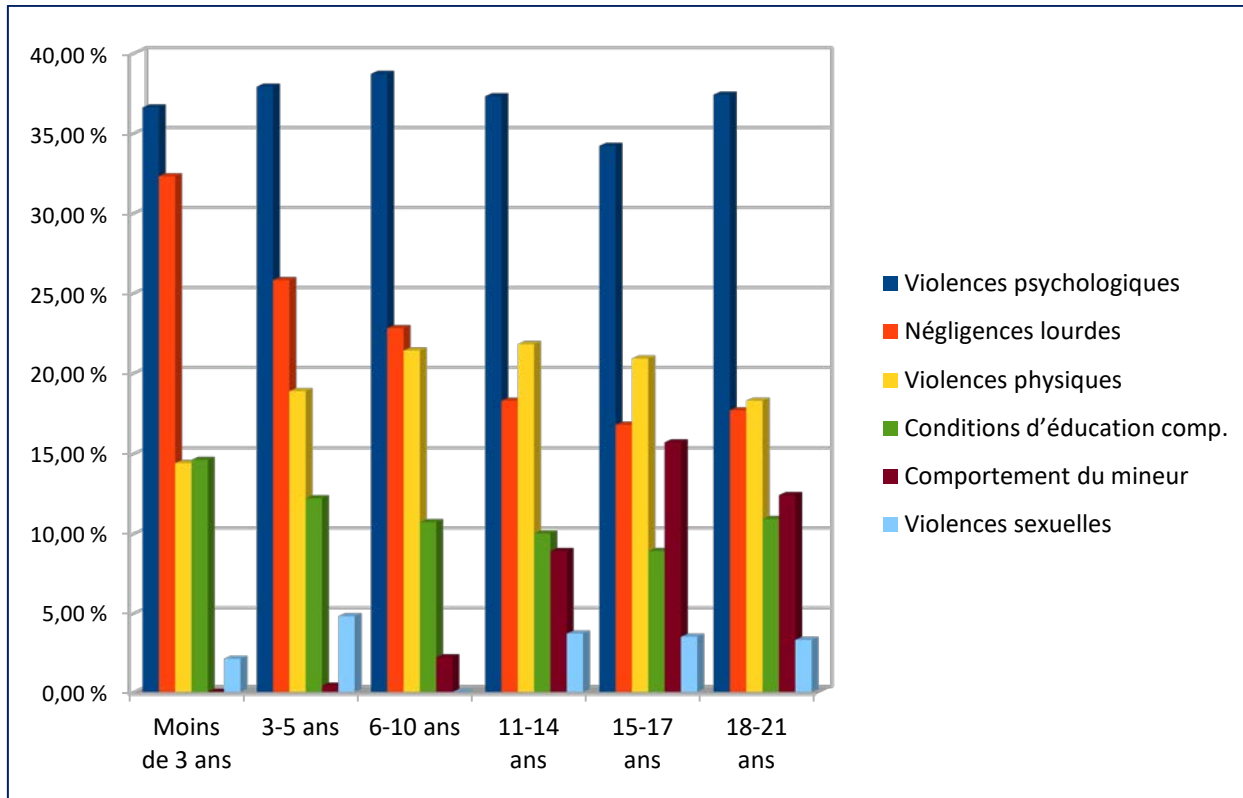
²² Bulletin sur la délinquance enregistrée pour l'année 2015, Observatoire national de la délinquance et des réponses pénales.

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

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

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

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



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

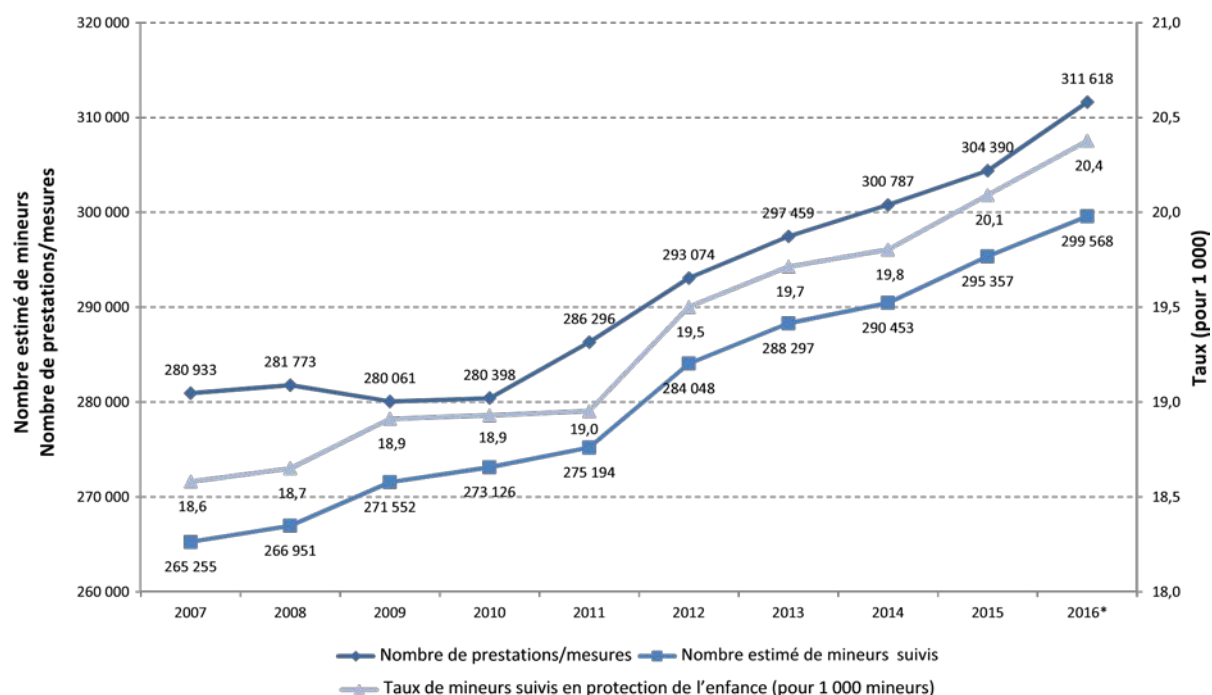
► **Une estimation du nombre d'enfants confiés à l'ASE : 2 % des moins de 18 ans**

Selon l'observatoire national de la protection de l'enfance (ONPE)²⁵, au 31 décembre 2016, le nombre de mineurs bénéficiant d'au moins une prestation/mesure relevant du dispositif de protection de l'enfance est estimé à 299 568 pour la France entière (hors Mayotte), ce qui représente une proportion de 20,4‰ des moins de 18 ans²⁶. Ce premier chiffre a subi une augmentation de 11,5 % entre 2007 et 2016.

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

²⁶ https://www.onpe.gouv.fr/system/files/publication/20160927_note_estimation2014_ok.pdf.

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



Source : DREES, DPJJ, INSEE (estimation de population au 1^{er} janvier 2016, résultats provisoires arrêtés fin 2016), ministère de la Justice, calcul ONPE

Ces plus de 300 000 jeunes bénéficiaires de mesures correspondent à 334 000 mesures en 2016 et 340 000 mesures en 2017²⁷ (cf. plus de détails en partie 2).

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

Au-delà du scandale moral que constitue l'enfance maltraitée, négligée ou soumise à des conditions matérielles précaires, il faut en souligner les répercussions à long terme sur la santé physique et psychique, le développement, le bien-être et l'insertion sociale et professionnelle. Il est maintenant établi par un certain nombre de travaux sur le développement du cerveau des enfants en bas âge que le développement cérébral peut être physiologiquement altéré par un stress prolongé, grave ou imprévisible – dont la maltraitance – au cours des premières années de l'enfance. Ce genre d'altération peut à son tour avoir des effets négatifs sur le développement physique, cognitif, affectif et social des enfants, sur l'expression de l'intelligence, des émotions et de la personnalité²⁸. Des études ont également établi un lien entre maltraitance et comportements à risque dont la victimisation violente et la perpétration d'actes de violence, comportements sexuels à risque élevé, l'alcoolisme et la toxicomanie.

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

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

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

Enfin, les développements récents de l'épigénétique ont mis en évidence la transmission intergénérationnelle des conséquences des maltraitances subies dans l'enfance³⁰. Cette idée fait écho aux observations de certaines personnes auditionnées dans la mission selon lesquelles il y aurait une « *reproduction et même une aggravation des situations au fil des générations* ».

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

Peu de recherches françaises existent sur les parcours et les conséquences de la maltraitance et du placement sur la vie du futur adulte (cf. annexe 2). Une étude sur le devenir de 129 enfants placés dans le Maine-et-Loire montre qu'un quart d'entre eux conserve à l'âge adulte un handicap psychique et une adaptation sociale difficile et sont dépendants des prestations familiales³¹.

Une forte surreprésentation des anciens enfants placés parmi les personnes sans domicile fixe (SDF) a également été mise en évidence : selon l'enquête de l'institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) sur les SDF de 2012³², près d'un quart des personnes sans domicile fixe (23 %) étaient d'anciens enfants placés alors que la proportion d'enfants placés dans la population n'est que de 2 à 3 %. Parmi les SDF les plus jeunes (18-24 ans), la proportion d'anciens enfants placés atteint un tiers (35 %)³³.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Cependant les coûts les plus directs induits par l'enfance en danger et par l'une des réponses qui lui sont apportées, la protection de l'enfance, ont fait l'objet de quelques estimations au périmètre plus ou moins large. Une étude américaine³⁵ reprise par l'Organisation mondiale de la santé³⁶ (OMS) évalue à 1 % du produit intérieur brut (PIB) les conséquences de la maltraitance infantile aux États-Unis.

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

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

L'intérêt des investissements dans la petite enfance a été affirmé par un certain nombre de théoriciens de l'investissement social et notamment Esping Andersen³⁷ qui a montré son impact positif sur le capital humain présent et futur. James Heckman a fait de la petite enfance l'un des « âges critiques », où les investissements sont particulièrement cruciaux, notamment pour les enfants de milieux défavorisés. Ces travaux ont inspiré plusieurs programmes américains d'enseignement préscolaire qui se sont soldés par une amélioration des compétences cognitives et des résultats scolaires des enfants bénéficiaires³⁸. En France, des travaux existent sur le retour sur investissement de la création de places de crèches en termes de retour à l'emploi mais l'impact en matière de petite enfance a moins été évalué. Quelques initiatives ponctuelles et locales ont été mises en place à destination des enfants (comme le programme « Parler bambin ») mais le déploiement et l'évaluation restent limités (cf. *infra*, partie 3.1.3).

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

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

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

³⁸ Rapport mondial de suivi sur l'éducation, UNESCO 2012.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

L'OMS, qui accorde une place fondamentale à la prévention en matière de santé, promeut les démarches qui agissent sur les déterminants de celle-ci, très en amont de toute difficulté identifiée, plutôt que sur les symptômes. Elle privilégie à ce titre les approches dites de *santé globale* et de *promotion de la santé*⁴⁰, qui outrepassent les limites du champ sanitaire et ne réfèrent ni aux risques ni aux dangers mais aux *facteurs de ressources ou de protection* propices à la santé au sens large⁴¹.

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

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

Dans le champ particulier de la maladie, l'OMS considère que le spectre de la prévention va de l'élimination de cette dernière à la réduction de ses effets⁴². Ceci la conduit à proposer une graduation entre préventions primaire, secondaire et tertiaire, dont les acteurs de l'enfance, on le verra, se sont emparés. Agir en prévention primaire signifie agir à la source, c'est-à-dire sur les causes ou les déterminants de la maladie que l'on cherche littéralement à éradiquer. La prévention secondaire « *cherche à stopper ou à retarder l'évolution d'une maladie par le dépistage précoce et un traitement approprié, ou à réduire le risque de rechute et de chronicité (...)* ». Elle apparaît donc plus tardivement et se situe plus dans une perspective de *soin préventif*, lorsque le risque est avéré ou s'est réalisé. Les mots clé sont « *dépistage, diagnostic, traitement, protection, limitation* ». Il ne s'agit plus tant de prévenir que de circonscrire et d'enrayer. La prévention tertiaire, enfin, agit sur les conséquences de dommages qui se sont produits et dont elle cherche à diminuer ou compenser les effets dans une logique *d'aménagement*. La classification de l'OMS a progressivement été déclinée dans d'autres champs que la maladie et tend à se généraliser. Sa pertinence dans le champ de la protection de l'enfance peut toutefois être interrogée (cf. *infra*, partie 1.5).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Autre exemple, la stratégie nationale de santé (SNS) pour 2018-2022 fait de la prévention sa première priorité⁴⁴. S'agissant de l'enfant, de l'adolescent et du jeune, elle prévoit en particulier d'accompagner les parents dès la période prénatale dans la réduction des risques pour la santé des enfants, de développer dès le plus jeune âge l'éducation pour la santé et les compétences psychosociales mais aussi de prévenir les violences et les maltraitements sur les enfants. Ces axes sont déclinés en actions dont certaines relèvent d'une approche développementale, d'autres d'une approche compensatoire ou réparatrice. La volonté de promouvoir simultanément toutes ces dimensions renforce la nécessité d'en préciser le cadre d'action, les lieux ainsi que les modalités les plus appropriées pour la déployer. Elle invite surtout à penser et rendre lisible l'articulation de ces actions avec la future stratégie de protection de l'enfance mais aussi avec la stratégie nationale de soutien à la parentalité⁴⁵, qui s'inscrit explicitement dans une logique d'universalisme proportionné⁴⁶ et dont les orientations concourent manifestement à la prévention en protection de l'enfance, ou encore avec la stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté⁴⁷ qui, sans se référer expressément à la protection de l'enfance, contient des mesures qui y participent de manière évidente.

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

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

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

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

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

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

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

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

Ces hésitations révèlent des difficultés de positionnement qui se reflètent dans la définition des priorités, l'organisation de l'offre de service et la structuration des équipes intervenantes, formalisées dans les schémas départementaux de protection de l'enfance (cf. *infra*, partie 1.4). Elles se vérifient par ailleurs à travers la très grande variété des réponses des conseils départementaux lorsqu'ils sont interrogés sur leur définition de la prévention⁴⁹ (cf. les réponses au questionnaire adressé par la mission en annexe 8).

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

Le champ de la protection de l'enfance s'étant considérablement élargi à partir de 2007, les dispositions légales régissant le domaine sont à rechercher dans plusieurs codes. C'est particulièrement le cas des dispositions à visée préventive, qui impliquent d'autres acteurs que les seuls agents des conseils départementaux. Outre le code de l'action sociale et des familles, des dispositions figurent dans le code de la santé (PMI), le code de l'éducation (médecine scolaire, enseignements, projets éducatifs, actions de sensibilisation, informations préoccupantes, etc.), le code général des collectivités territoriales⁵⁰, le code civil et le code pénal.

Toutefois, la prévention ne donne lieu ni ne renvoie à aucune définition normative. En outre, les réformes de 2007⁵¹ et de 2016⁵² affirment sa place mais n'amorcent pas pour autant un renversement substantiel de modèle, la logique d'accompagnement restant au moins aussi forte que celle de prévention. Ainsi, la loi du 5 mars 2007, qui constitue de l'avis de tous le tournant faisant de la prévention un des axes majeurs de la protection de l'enfance, a avant tout renforcé son volet sanitaire en introduisant dans le code de la santé publique l'entretien systématique au quatrième mois de grossesse, le suivi des parents en période postnatale, le bilan de santé pour les enfants de trois à quatre ans. Ces bilans d'étapes essentiels ne portent pas sur le volet social de la prévention. Par ailleurs, ils se situent certes dans une logique de conseil en prévention mais aussi et surtout de détection précoce de troubles⁵³. Ce qui conduit à un second constat : bien que

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

⁵⁰ Voir tableau récapitulatif en annexe 3.

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

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

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

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

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

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

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

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

- une insuffisante hiérarchisation des priorités d'intervention au regard des moyens disponibles et des réalités du terrain décrites dans les diagnostics ;
- l'annonce d'un virage préventif qui ne se traduit pas dans les schémas par une modification en conséquence des pratiques et organisations des services⁵⁴.

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

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

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

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

Signe des temps, le cap sur la prévention est repérable dès l'intitulé des schémas. De plus en plus de « schémas de protection » ont ainsi laissé la place à des « schémas de prévention et de protection ». Le cap sur la prévention est par suite explicité dans les préambules ou éditoriaux. Un nombre important d'entre eux affiche clairement la nécessité et la volonté politique de privilégier désormais la prévention, permettant de présumer que tel n'était pas le cas avant⁵⁵. Un département s'émancipe même de la seule approche préventive en se référant à la notion émergente d'investissement social. Couvrant la période 2017-2021, ce schéma semble incarner une nouvelle génération, celle de schémas uniques rassemblant et mettant en synergie l'ensemble des politiques de solidarité conduites par le département. Une dynamique territorialisée, d'écosystème favorable, semble vouloir prendre le pas sur les dispositifs cloisonnés par publics et problématiques⁵⁶.

Pour autant, l'urgence du quotidien et la croissance des « situations-problèmes », l'émergence de problématiques nouvelles ainsi que les contraintes budgétaires, sont régulièrement pointées comme un frein objectif à l'investissement de long terme souhaité dans la prévention⁵⁷. Certains préambules mettent même en garde contre les amalgames, les confusions et les illusions de la prévention, jusqu'à paraître quelque peu désabusés⁵⁸, tandis que d'autres prennent la mesure du caractère protéiforme et par conséquent potentiellement confus d'une prévention « tous azimuts ».

Enfin, les axes stratégiques des schémas et les plans d'actions qui en découlent, censés traduire les orientations politiques affichées dans le préambule, sont eux aussi résolument tournés vers la prévention. Ils sont classiquement déclinés et précisés dans des fiches-action décrivant le contenu et les modalités de déploiement opérationnel des priorités arrêtées⁵⁹.

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

Les acceptations lâches que la prévention reçoit dans les schémas selon les départements confirment que le sujet ne fait pas l'objet d'un consensus et n'est pas abordé de manière homogène sur le territoire national⁶⁰.

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

⁵⁶ Cf. extrait du schéma du département de la Manche en annexe 4.

⁵⁷ Cf. annexe 4.

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

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

⁶⁰ Cf. annexe 4.

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

Certains départements reconnaissent cependant que l'adoption d'une définition extensive génère un biais. Ainsi, par exemple, « *le dispositif de la protection de l'enfance (du département) se caractérise par une appréhension extensive de la notion de prévention, qui englobe les mesures administratives (TISF, AESF, AED⁶¹, accueil administratif). Si cette définition large ne constitue pas une difficulté en tant que telle, elle a pour conséquence de minimiser le poids accordé aux interventions de prévention menées en amont d'une admission à l'ASE et de la décision de mesure (caractérisée par le mandat adressé par le décideur à un professionnel)* ».

La variabilité et l'extensivité des acceptions de la prévention sont particulièrement visibles lorsque sont introduites les notions de préventions primaire, secondaire et tertiaire, auxquelles il est de plus en plus fait référence dans les schémas. Cette classification de l'OMS est souvent convoquée pour décrire des modalités d'intervention qui, bien que présentées comme telles, sont en réalité difficilement rattachables à de la prévention primaire⁶². Ainsi, certains schémas rangent d'autorité, et pêle-mêle, dans cette dernière, les modes de garde de la petite enfance, les permanences sociales, l'accompagnement dans l'accès aux droits, les consultations et visites à domicile par la PMI, l'entretien prénatal précoce, l'accompagnement à la gestion du budget, les actions de soutien à la parentalité, la médiation familiale, la prévention spécialisée, la planification... Ce glissement sémantique apparaît assez généralisé.

Certains schémas départementaux se situent plutôt dans des logiques *d'universalisme proportionné et d'égalité d'accès*. Ils entendent « embarquer », dans des actions ouvertes à tous, des publics qui pourraient ne pas en bénéficier spontanément : favoriser l'accès des jeunes et des familles aux loisirs, au sport et à la culture, organiser des séjours éducatifs pour enfants primo partant, etc. D'autres distinguent la *prévention ciblée* de la *prévention de droit commun*. L'AEMO⁶³ et l'accompagnement à domicile relèvent alors de la première tandis que les actions en direction des futurs parents, des jeunes enfants, de la santé, de la parentalité mais aussi la prévention spécialisée, sont classées dans la seconde. D'autres encore se réfèrent à la notion de *prévention générale*. Toutefois, rares sont les schémas qui tirent explicitement les conséquences d'un renforcement de

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

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

⁶³ Action éducative en milieu ouvert (cf. *infra*).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Les constats qui précèdent sont corroborés par les commentaires des professionnels⁶⁵, qui reflètent des organisations en tension entre les ambitions préventives affichées d'une part, les contingences budgétaires et l'urgence du terrain d'autre part, au risque de les exposer à des injonctions paradoxales⁶⁶.

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

L'absence de doctrine partagée de la prévention conduit à une forme de mésusage des concepts par les acteurs. La frontière entre prévention et protection n'étant pas tracée par la loi de 2007, qui use du mot « prévenir » pour définir la protection⁶⁷, la césure entre les deux ne correspond pas à des pratiques d'intervention clairement différenciées et ne fournit pas une grille de lecture suffisamment robuste pour cerner le cadre d'action caractéristique de la prévention.

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

- L'approche OMS consistant à distinguer préventions primaire, secondaire et tertiaire n'est pas aisément transposable dans le domaine de l'enfance et conduit à une tripartition artificielle des actions déployées par les acteurs, peu aidante pour prioriser et répartir les missions. La mission propose de l'abandonner au profit d'une approche plus adaptée distinguant prévention universelle et prévention ciblée. La première catégorie vise les mesures de prévention propices au développement de tous les enfants, sans logique de ciblage préalable. La deuxième catégorie comprend les mesures de prévention ciblées agissant sur des familles ou sur des populations identifiées ou repérées par différents canaux comme vulnérables ou « à risque », avérés ou probables⁶⁸.

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

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

⁶⁷ « 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 »

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

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

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

Registre de prévention	Finalité	Déterminants et leviers	Acteurs et milieux	Modalités/dispositifs (exemples)
<p>Prévention universelle (logique anticipatoire)</p>	<p>Amélioration des conditions générales de la population/ Développement social</p> <p>Promotion de la santé</p> <p>Autonomie des personnes</p>	<p>Agir sur les déterminants sociaux, économiques et institutionnels du développement, du bien-être et de la santé (environnement social) :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Accès à la santé ➤ Accès à l'éducation ➤ Accès au logement ➤ Accès à des revenus, à l'emploi ➤ Accès aux services publics ➤ Accès aux transports ➤ Accès à la culture ➤ Accès aux vacances ➤ Accès au sport <p>Agir sur les comportements individuels :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Éducation de la population générale (amélioration de l'information, de la sensibilisation et montée en compétences des personnes au contact, à quelque titre que ce soit, des enfants et des 	<p>Acteurs de « droit commun » (volet prévention de toute politique publique) :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Médecine de ville/maternités ➤ PMI ➤ Ville/quartier/commune ➤ Ecole, médecine scolaire ➤ Crèches ➤ CAF 	<p>Actions de nature souvent collective</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Accueil petite enfance (crèches et lieux de gardes éducatifs) ➤ Développement des compétences langagières ➤ Actions à caractère éducatif, activités péri- et extra-scolaires ➤ Implantation des services publics de proximité (guichets, permanences...), équipements, centres sociaux ➤ Actions d'information et de sensibilisation en milieu scolaire : éducation pour la santé ; usage du numérique⁶⁹

⁶⁹ Réseaux sociaux, utilisation des données, harcèlement, pornographie, radicalisation, addictions aux jeux...

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

Source : Mission

⁷⁰ Vigilance partagée, signaux faibles, signalements, indicateurs de vulnérabilité pondérés....

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

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

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

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

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

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

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

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

L'action de la PMI a constitué un axe fort de la loi de 2007 en matière de prévention dans le champ de la santé⁷² pour les périodes périnatales et postnatales (celle dite des « mille premiers jours »), où les liens entre parents/enfants se construisent. Leurs missions de prévention visent donc à renforcer le repérage précoce des familles vulnérables à partir d'une analyse des déclarations de grossesse transmises par la CAF, des entretiens précoces réalisés avec les futurs parents, et des observations réalisées par les professionnels de santé et de soin, au moment de la naissance de l'enfant.

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

⁷² Article L2111-1 et article L2111-2 du code de la santé publique.

Dans le cadre du suivi médical⁷³ des jeunes enfants jusqu'à l'âge de six ans, l'examen de santé des enfants entre trois ans et quatre ans permet d'effectuer un bilan sur le développement sensoriel, physique, psychologique et affectif de l'enfant et sur l'état de leurs vaccinations. Ces bilans de santé sont transmis, sous forme de fiches de liaison, au médecin scolaire et le cas échéant, si des troubles sont observés, l'enfant est orienté vers les professionnels de santé et les structures spécialisées.

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

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

Les départements sont chargés de l'organisation du repérage des enfants en situation de danger ou en risque de l'être. Les cellules de recueil des informations préoccupantes⁷⁵ (CRIP) réceptionnent à tout moment les IP provenant des divers services (éducation nationale⁷⁶, santé, 119⁷⁷...) ou des particuliers. A l'issue de l'analyse des informations transmises, la CRIP évalue le caractère d'urgence des démarches à engager : transmission au parquet, demande d'évaluation auprès des services de l'aide sociale des territoires⁷⁸ ou classement sans suite.

Les services de l'ASE ont la responsabilité de la gestion des mesures prises par l'autorité administrative ou judiciaire. Leur mise en œuvre est assurée par les services territoriaux de l'ASE (pôles enfance) au sein des espaces départementaux de solidarité⁷⁹, réunissant l'ensemble des services médico-sociaux déconcentrés (action sociale –polyvalence de secteur-, PMI, insertion, logement, prévention spécialisée,...). Ces équipes (composées d'éducateurs, d'assistants sociaux, de psychologues,...) sont chargées d'assurer et de coordonner les actions de prévention et d'accompagnement au domicile⁸⁰, y compris les aides financières⁸¹.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Cette politique est diversement investie selon les départements. Un rapport parlementaire⁸⁵ souligne « *une tendance inédite de diminution des dépenses* » dans un contexte où « *les difficultés croissantes rencontrées par la jeunesse nécessiteraient au contraire son renforcement* ».

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

Dans un contexte financier difficile en raison notamment de la réduction des concours financiers de l'État⁸⁶ et de la diminution des taux de couverture de certaines dépenses sociales (revenu de

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

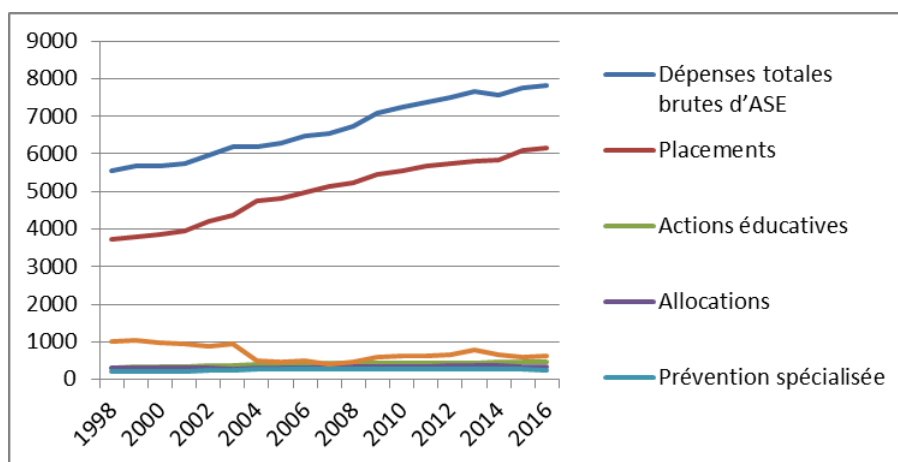
⁸³ Mesure dite « judiciaire » prévue à l'article 375-2 du code civil : « *Chaque fois qu'il est possible, le mineur doit être maintenu dans son milieu actuel. Dans ce cas, le juge désigne, soit une personne qualifiée, soit un service d'observation, d'éducation ou de rééducation en milieu ouvert, en lui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

⁸⁴ Article L121-2 du CASF.

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

solidarité active (RSA) notamment⁸⁷), les conseils départementaux sont confrontés à des difficultés financières⁸⁸ - « un effritement inquiétant des marges de manœuvre financière »⁸⁹ - qui, dans le cadre de la contractualisation imposée par l'État pour encadrer la progression des dépenses de fonctionnement, impactent l'organisation de l'ensemble du dispositif de protection de l'enfance (cf. *infra*). Elles réduisent également leurs capacités à développer des politiques de prévention⁹⁰ innovantes, d'accompagnement éducatif et médico-social plus « resserré » des enfants et des familles. La loi de 2007, dont l'objectif devait conduire à une forme de « déjudiciarisation » de l'ensemble du dispositif de protection de l'enfance, n'a pas permis d'inverser la tendance ; en effet les dépenses de placement⁹¹ n'ont cessé d'augmenter entre 2007 et 2016 alors que celles consacrées aux actions éducatives, relevant de la sphère de la prévention, évoluent très faiblement durant cette même période.

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



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

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

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

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

⁸⁹ La lettre de l'ODAS, les finances départementales, mai 2018.

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

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

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

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

La grande majorité des enfants fréquentent le système scolaire à partir de trois ans (97,5 % en 2016-2017) et durablement (92,2 % des jeunes de 17 ans étaient scolarisés en 2016-2017⁹²). L'École, de la maternelle au lycée compris, constitue à la fois un lieu d'observation et donc de repérage de signaux d'alerte, un milieu de prise en charge de difficultés diverses ou d'orientation vers des personnes ou dispositifs compétents pour traiter des problèmes qui dépassent les attributions et compétences de ses acteurs. Mais c'est d'abord, par définition, le lieu d'une éducation pour tous à leurs droits divers, ce qui est en soi une contribution à la prévention en protection de l'enfance.

Tout au long du parcours scolaire, les enseignants ont la responsabilité de rendre les élèves conscients de ces droits et respectueux de ceux des autres⁹³. L'enseignement moral et civique est le cadre principal de cette éducation : *« L'adjectif « moral » de l'enseignement moral et civique renvoie au projet d'une appropriation par l'élève de principes garantissant le respect d'autrui. Cette morale repose sur la conscience de la dignité et de l'intégrité de la personne humaine, qu'il s'agisse de soi ou des autres, et nécessite l'existence d'un cadre définissant les droits et devoirs de chacun »*⁹⁴. La loi rend par ailleurs obligatoires l'éducation à la sexualité et l'information sur l'enfance maltraitée. Les enseignants pilotent de nombreuses actions éducatives, par exemple le parcours éducatif de santé, l'éducation aux médias et à l'information, des projets concourant à la prévention du harcèlement et des addictions, dont ils ne sont pas les seuls animateurs : au sein des établissements du second degré, tous les personnels dits de « vie scolaire » autour du conseiller principal d'éducation et, à tout niveau du système éducatif, les personnels des services sociaux et de santé au titre des actions collectives qui relèvent de leur spécificité (notamment les actions de « sensibilisation, information, éducation ») peuvent y concourir, avec l'appui de ressources externes si nécessaire et pour autant qu'il s'en trouve dans l'environnement immédiat des unités d'enseignement.

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

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

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

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

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

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

Les personnels de santé ont à conduire des visites médicales et des bilans obligatoires (sixième et douzième années) qui peuvent être l'occasion de diagnostics ou d'échanges alertant sur des situations de danger pour les enfants. Les infirmiers et les assistants sociaux ont vocation à accueillir les élèves qui peuvent s'adresser à eux sans en référer à leurs parents. Les missions des personnels de santé et sociaux prescrivent explicitement leur contribution à la protection de l'enfance⁹⁵ et les incitent à nouer des relations avec leurs homologues à l'extérieur de l'éducation nationale, le partage des mêmes règles de secret professionnel facilitant les communications.

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

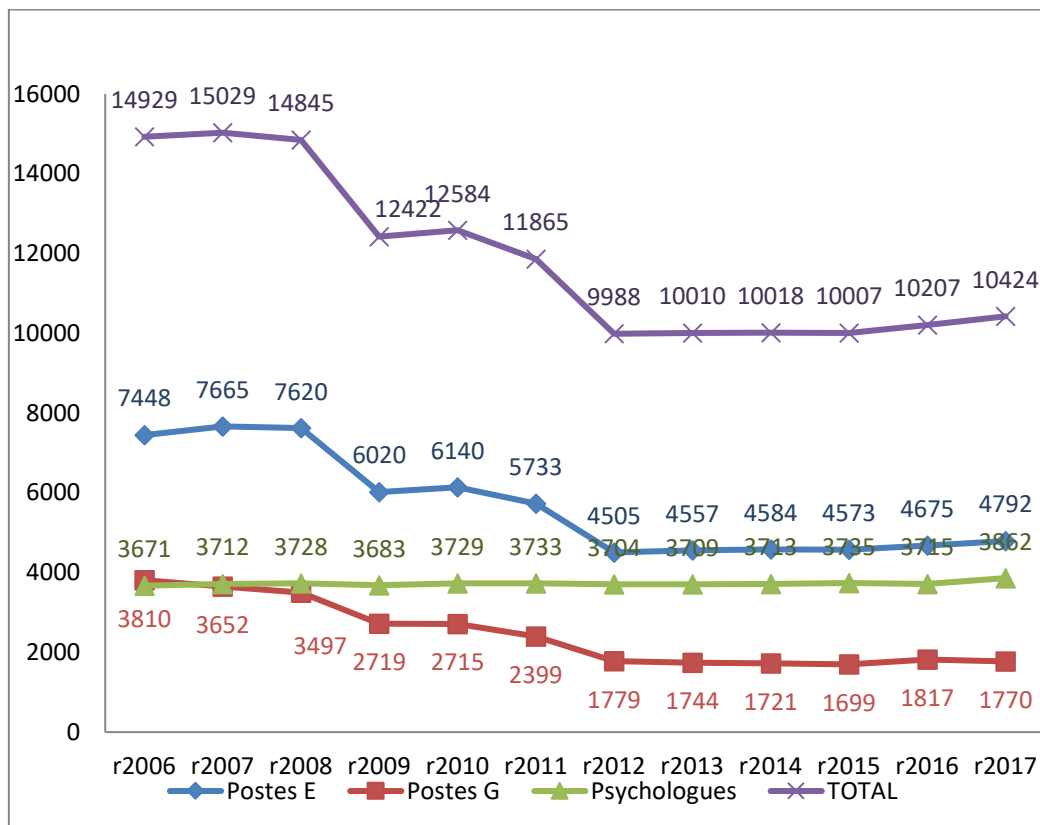
Dans le second degré, pour près de 7 800 établissements publics, selon la direction générale de l'enseignement scolaire (DGESCO), on compte aujourd'hui en « équivalents temps plein » (ETP) 1 369,5 médecins, 7 770 infirmiers, tous les emplois surtout en santé n'étant pas pourvus et, dans certaines académies,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

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

⁹⁵ Cf. annexe 3 (textes officiels).

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

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



Source : DGESCO

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

Le soutien à la parentalité est l'un des axes forts de l'action sociale conduite par la branche famille. Selon l'arrêté qui la définit⁹⁷, l'action des CAF sur ce champ comprend plusieurs dimensions :

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

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

Concrètement, le soutien à la parentalité se traduit par :

⁹⁷ Arrêté du 3 octobre 2001 relatif à l'action sociale des CAF.

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

Créés en 1999 par l'État à la suite de la conférence de la famille de juin 1998, les REAAP ont pour objectif⁹⁸ « de mettre à leur disposition des services et des moyens leur permettant d'assumer pleinement, et en premier, leur rôle éducatif ». Leurs domaines d'actions et leurs modalités d'intervention sont diverses : prévention et appui aux familles fragiles ; coparentalité et aide aux parents en conflit ou en voie de séparation ; accueil de la petite enfance ; soutien aux parents d'adolescents et de pré-adolescents ; relations entre la famille et l'école ; place faite au père ; articulation vie familiale/vie professionnelle ; lieux de ressources et d'information sur les services aux familles et les questions de parentalité.

La dépense s'élevait en 2016 à 24,4 M€⁹⁹.

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

Une circulaire CNAF¹⁰⁰ les définit comme « un espace convivial où les enfants âgés de moins de six ans accompagnés de leur(s) parent(s) ou d'un adulte référent sont accueillis de manière libre et sans inscription ». Le LAEP constitue « un espace de jeu libre pour les enfants et un lieu de parole pour les parents ». Nés avec une orientation psychanalytique inspirée des travaux de Françoise Dolto, les LAEP se sont diversifiés, certains privilégiant une approche plus sociale. Ils visent à soutenir la fonction parentale, offrir un lieu d'échanges entre parents et à favoriser la socialisation des jeunes enfants. En 2016, la dépense s'élevait à 7,6 M€.

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

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

- La médiation familiale

La médiation familiale se définit comme un « processus de construction ou de reconstruction du lien familial axé sur l'autonomie et la responsabilité des personnes concernées par des situations de rupture ou de séparation dans lequel un tiers impartial, indépendant, qualifié et sans pouvoir de décision, le médiateur familial, favorise, à travers l'organisation d'entretiens confidentiels, leur communication, la gestion de leur conflit dans le domaine familial entendu dans sa diversité et dans son évolution¹⁰¹ ». La médiation est soit « conventionnelle » lorsqu'elle se fait à l'initiative des parents, soit « judiciaire » lorsqu'elle est décidée par un juge et notifiée dans le cadre d'une ordonnance, ou sur invitation écrite de la juridiction dans le cadre de la double convocation. La branche famille finance à hauteur de 12,4 M€ la médiation familiale.

- Les espaces de rencontre

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

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

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

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

¹⁰¹ Définition du Conseil national consultatif de la médiation familiale.

maintien des relations entre un enfant et ses parents ou un tiers, notamment en assurant la sécurité physique et morale et la qualité d'accueil des enfants, des parents et des tiers¹⁰² ». L'origine des mesures d'accompagnement dans l'espace de rencontre est très majoritairement judiciaire et le plus souvent les mesures sont ordonnées par le juge aux affaires familiales¹⁰³. La branche famille finance ce dispositif à hauteur de 5,8 M€ en 2016.

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

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

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

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

Les politiques publiques (État, collectivités territoriales) mobilisent des moyens humains et financiers pour rétablir une cohésion sociale et une égalité républicaine sur des territoires concentrant toutes les difficultés sociales. La politique de la ville¹⁰⁴ est née de ces ambitions ; dans ce cadre, les intercommunalités et les communes (dotées de compétences en matière de développement social, de prévention, d'aide et d'action sociale et médico-sociale) développent des politiques visant à :

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

¹⁰² Décret n° 2012-1153 du 15 octobre 2012.

¹⁰³ Cf. rapport précité d'évaluation de la COG de la CNAF.

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

- apporter un soutien éducatif adapté aux enfants rencontrant des difficultés à l'école et a fortiori aux parents par une équipe pluridisciplinaire (assistante sociale, éducateur, psychologue, enseignant,...) chargée de construire un accompagnement individualisé¹⁰⁵ de l'enfant.

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

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

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

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

Dans les départements, la gestion des mesures de protection de l'enfant (les accueils partiels ou de longues durées exercés en dehors du domicile parental, la gestion des mesures d'AEMO¹⁰⁶ et dans une moindre proportion celle des AED) est largement déléguée au secteur associatif. Dans certains départements, ces associations ont un poids considérable dans les politiques menées. En effet, elles reçoivent une partie des moyens financiers et recouvrent plusieurs services (établissements d'accueil des enfants placés, gestion d'AEMO ou d'AED, médiation familiale, lieu de rencontre parents/enfants...). Sous l'effet des contraintes financières, des conseils départementaux renouvellent leur pratique contractuelle (signature de contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens, procédure de marché public) en faisant de la prévention un critère de choix déterminant. Ils expérimentent notamment des dispositifs alternatifs¹⁰⁷ au placement visant à renforcer les mesures de soutien éducatif à domicile afin de maintenir les liens familiaux et d'éviter les ruptures de parcours (cf. *infra*).

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

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

¹⁰⁷ Action éducative à domicile renforcée ou action éducative à domicile intensive.

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

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

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

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

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

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

- le service national d'accueil téléphonique de l'enfance en danger (SNATED¹⁰⁹), appelé « le 119 », qui a pour mission de recueillir les appels téléphoniques concernant des enfants en risque de danger, d'y répondre en apportant conseil ou en transmettant une information préoccupante aux CRIP ;
- l'observatoire national de la protection de l'enfance (ONPE) qui a pour mission de développer de la connaissance sur le champ de l'enfance en danger pour mieux prévenir et mieux traiter.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Alors que la réglementation prescrit un enseignement et plus largement des actions éducatives qui devraient, dans la durée, permettre aux enfants d'acquérir et renforcer la connaissance de leurs droits et devoirs ainsi que des moyens de les faire respecter en s'adressant à des tiers de confiance si besoin, c'est souvent selon une « *pédagogie des occasions* » que ces prescriptions sont actualisées, en réaction à un fait d'actualité dans l'école ou l'établissement, ou rapporté par les médias, parfois dans le cadre d'une journée commémorative (signature de la convention internationale des droits de l'enfant par exemple). S'agissant de l'éducation à la sexualité, un rapport récent de l'IGEN a fait le point sur ses faiblesses et leurs raisons¹¹².

La « campagne du 119 » est revivifiée chaque année par la DGESCO qui transmet, avant la rentrée scolaire, des affiches à apposer dans les écoles et établissements, seule campagne qui ait un caractère aussi systématique. L'existence d'affiches dans l'environnement scolaire est avérée mais si l'attention des élèves et de leurs parents n'est pas attirée sur le message qu'elles délivrent, il y a de forts risques qu'elles n'aient aucun effet d'alerte à elles seules. Le lien entre cette campagne et les séances obligatoires de sensibilisation à l'enfance maltraitée¹¹³ reste à renforcer. Mais cette obligation législative n'est parfois même pas connue, y compris des inspecteurs ; pour ces derniers, ni leur formation, ni les instructions hiérarchiques locales ne constituent des incitations à faire respecter cette prescription.

Cela devrait aujourd'hui faire partie de la formation de base des enseignants puisque le référentiel des compétences professionnelles des métiers du professorat et de l'éducation¹¹⁴ identifie une compétence « *Agir en éducateur responsable et selon des principes éthiques* » dont les composantes opérationnelles comportent des éléments en relation directe avec la problématique de la protection de l'enfance : « *Contribuer à assurer le bien-être, la sécurité et la sûreté des élèves, à prévenir et à gérer les violences scolaires, à identifier toute forme d'exclusion ou de discrimination, ainsi que tout signe pouvant traduire des situations de grande difficulté ou de maltraitance* » et « *Respecter la confidentialité des informations individuelles concernant les élèves et leurs familles* ». Les enseignants rencontrés et leurs représentants évoquent tous le temps très faible qui est consacré à ces sujets en formation initiale. Et parce que les priorités perçues ou les commandes institutionnelles concernent d'autres sujets, la formation continue les méconnaît largement, sauf au sein de séquences répondant à des demandes locales dans les formations spécifiques aux équipes pédagogiques des REP +, ce dont ont témoigné des acteurs de ces réseaux.

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

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

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

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

¹¹⁴ Arrêté du 1^{er} juillet 2013 cité en annexe 3.

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

Même si l'organisation du service médical en faveur des élèves vise à dépister, diagnostiquer, prendre en charge les problèmes avant l'entrée au collège, il est devenu impossible quasiment partout d'assurer pour tous les élèves la visite de la sixième année pour des raisons diverses qui se cumulent. Il y a d'abord un manque de personnels alors même qu'existent les emplois (cf. *supra*, partie 2.1.2). Mais il faut aussi prendre en compte la concurrence entre des obligations quand le temps fait défaut, la visite complète telle que les textes la prévoient¹¹⁵ pouvant prendre une heure (estimation avancée par des praticiens expérimentés). Les médecins n'ont pas vraiment le choix et reportent leurs priorités vers des publics ciblés par leur orientation scolaire (élèves mineurs soumis à des travaux réglementés dans une voie de formation technologique ou professionnelle), par les troubles ou difficultés spécifiques qui les affectent et qui justifient des projets individualisés prévus par la réglementation (situations de handicap notamment), par les urgences de situations de danger (examens à la demande en faveur d'enfants pour qui existe une suspicion de maltraitance, d'adolescentes mineures enceintes,...).

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

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

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

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

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

¹¹⁵ Cf. texte de l'arrêté en annexe 3.

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

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

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

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

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

Tous les interlocuteurs de la mission soulignent les atouts des services de PMI en matière de prévention : proximité avec l'usager en raison d'un réseau d'implantations territoriales étendu¹¹⁶ ; diversité des modes d'actions, à caractère individuel ou collectif ; pluridisciplinarité des équipes à caractère médical et médico-social ; gratuité... Pour autant, tous soulignent les limites majeures que rencontrent ces services dans la réalisation de leurs missions de prévention « universelle » :

- la « couverture » que ces services assurent des différentes consultations et entretiens prévus dans le suivi médical de la mère et de l'enfant (notamment l'entretien prénatal du quatrième mois de grossesse, le suivi postnatal, les visites médicales réglementaires prévues durant toute la petite enfance) tend à se réduire – même si l'on ne connaît pas avec certitude leur taux de réalisation par les services de PMI au plan national (cf. *infra*, partie 2.4). Les visites à domicile des puéricultrices en post-natal sont en pratique aujourd'hui entièrement ciblées sur des familles présentant des critères de risques (eux-mêmes variables d'un département à l'autre)¹¹⁷. Pourtant obligatoire, la transmission des trois certificats de santé¹¹⁸ à la PMI, mais également celle des extraits d'actes de naissance, semble en outre imparfaite, limitant mécaniquement l'exploitation que les services peuvent en faire. Les services de PMI ne sont pas toujours en mesure, à cet égard et en raison des insuffisances des échanges d'information avec le système de médecine libérale et hospitalière (cf. *infra*, partie 3.1.3), de repérer des carences majeures dans le suivi de l'état de santé des enfants¹¹⁹;
- le bilan de santé de la quatrième année en école maternelle est très majoritairement réalisé par des puéricultrices ou des infirmières, qui n'orientent vers le médecin qu'en cas de difficulté repérée¹²⁰, et qui se limite le plus souvent à un simple dépistage visuel et auditif. Une évaluation de cette organisation serait souhaitable pour en apprécier l'impact ;
- le nombre d'interventions à caractère collectif (ateliers, actions d'information...), utiles pour atteindre les familles réticentes à un suivi individuel, tend à diminuer. Selon les témoignages recueillis par la mission, de telles interventions sont quasiment inexistantes sur certains territoires.

Les causes de ces évolutions sont à rechercher notamment dans :

- les tensions très fortes sur les moyens dont disposent les services de PMI, en particulier l'insuffisance de ressource médicale ; les difficultés de recrutement de médecins de PMI sont mises en avant par l'ensemble des interlocuteurs rencontrés par la mission. Cela confirme la baisse déjà enregistrée par la DREES du nombre de médecins de PMI entre 2007 et 2012¹²¹ ;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Dans la stratégie de la CNAF, le soutien à la parentalité est conçu comme un outil de prévention à visée universaliste, approche réaffirmée également par le rapport de l'IGAS «*Évaluation de la politique de soutien à la parentalité*¹²³ » et par la récente stratégie nationale de soutien à la parentalité¹²⁴ qui pose l'universalisme comme principe fondamental. À l'exception de certains dispositifs portant sur le maintien des liens que sont les espaces de rencontre et la médiation familiale destinés à des familles déjà fragilisées, les dispositifs de soutien à la parentalité sont ouverts à toutes les familles¹²⁵. Cependant cet objectif d'universalisme trouve ses limites :

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

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

¹²³ http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/RM2013-015P_-TOME_I_DEF.pdf.

¹²⁴ Assurer l'accès universel au soutien à la parentalité.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

¹²⁶ « *Les dispositifs et les actions de soutien à la parentalité s'adressent à l'ensemble des parents* » in Stratégie nationale de soutien à la parentalité 2018-2022. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/180702_-_dp_-_strategie_nationale_2018-2022vf.pdf.

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

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

- dans le cadre de la périnatalité, certains services de PMI ont mis en place des systèmes informatisés de repérage de familles à partir de l'analyse automatisée des déclarations de grossesse et des avis de naissance : le plus souvent, en cas d'alerte sur un des « clignotants » correspondant à un facteur de risque (mère isolée, parents inactifs ou très jeunes, prématurité de l'enfant, naissances multiples), une proposition de visite à domicile est adressée par courrier à la famille, avec en général un mécanisme de relance si la famille ne répond pas, voire un déplacement d'un professionnel du service de PMI qui va « frapper à la porte ». Cependant, outre les limites liées à l'absence de transmission effective de ces documents à la PMI dans certains cas, les services rencontrés par la mission indiquent qu'en l'absence de tout caractère contraignant, aucune suite n'est souvent donnée à la proposition. Par ailleurs, au-delà de la période périnatale, les informations contenues dans les certificats de santé obligatoires transmis à la PMI semblent très peu exploitées à des fins de repérage (la transmission effective de ces certificats étant elle-même très inégale, notamment pour les certificats des neuvième et vingt-quatrième mois – cf. supra) ;
- de manière générale, le cloisonnement des systèmes d'information utilisés, notamment au sein des conseils départementaux, par les différents services (PMI – service social de secteur – aides financières – service de l'ASE...) ne facilite pas les recoupements systématiques d'informations qui pourraient pourtant alerter sur une situation donnée ;
- l'offre de service proposée par les CAF en cas de survenue d'un fait générateur (séparation, décès d'un enfant, décès d'un parent, impayé de loyer, impayé accession, non décence du logement, RSA majoré) n'intègre pas de façon explicite le repérage des familles à risque en termes de protection de l'enfance ;
- enfin, le service d'accueil téléphonique 119 « Allo enfance en danger » qui fonctionne 24 heures sur 24 est peu connu dans l'ensemble de la population. Le plan de lutte contre les violences faites aux enfants¹²⁷ a déjà pointé cette méconnaissance en se fondant sur une enquête réalisée par l'institut Harris en 2015 et qui montre qu'un Français sur deux estime ne pas être suffisamment informé sur le sujet.

D'autre part, et surtout, le repérage se heurte de manière générale à l'insuffisance des échanges et de la communication entre les différents services, qui ne prennent souvent pas le temps de partager les signaux d'alerte perçus par les uns et les autres et de les relier entre eux¹²⁸.

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

¹²⁷ Premier plan triennal de lutte et de mobilisation contre les violences faites aux enfants.

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

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

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

Pour autant, le repérage par le canal des IP se heurte à des difficultés persistantes, les IP arrivant trop tardivement au regard de l'objectif d'une intervention en prévention ciblée¹²⁹.

L'insuffisante mobilisation, pour de multiples raisons, de certains acteurs apparaît comme une des principales difficultés : manque de formation, de sensibilisation, d'information¹³⁰ ; méconnaissance du circuit de la CRIP et des procédures mises en place à l'échelle départementale ; crainte de se tromper, et d'être en « porte à faux » vis-à-vis des familles ; crainte de stigmatiser les familles et d'être à l'origine d'un placement ; crainte, dans certains cas, de représailles des familles, sous des formes diverses – violences verbales, mise en cause judiciaire... Ces freins ressortent nettement des témoignages des personnels de l'éducation nationale, qui sont pourtant, de loin, les premiers « pourvoyeurs » d'IP. Ils sont particulièrement présents dans certains secteurs, notamment la santé (hôpital et médecine libérale) qui n'est à l'origine que d'une très faible part des IP¹³¹ :

- les causes invoquées ressortent tant de l'insuffisance de formation initiale et continue des médecins, de leurs incertitudes quant au diagnostic à poser au regard de certains signes cliniques (en dépit des outils mis en place par la Haute autorité de santé (HAS)¹³²), que de leur crainte des conséquences pour la famille ;
- au-delà, la capacité des médecins libéraux, notamment généralistes, à repérer des signaux d'alerte est mise en cause au regard de l'évolution des consultations elles-mêmes : plus courtes, plus « cadrées », elles se limitent souvent à l'examen du seul motif médical, indépendamment de toute prise en compte du contexte social. La diminution du nombre des visites à domicile des médecins généralistes limite également leur capacité de repérage ;
- en milieu hospitalier également, l'alerte tarde parfois à être donnée, les services pouvant, selon les témoignages recueillis par la mission, avoir tendance à se renvoyer la responsabilité de la décision. Comme l'a souligné récemment le Défenseur des droits¹³³, l'absence de désignation d'un référent « protection de l'enfance » dans les établissements hospitaliers¹³⁴, qui permettrait aux médecins d'échanger avec l'un de leurs pairs spécialisé dans ce domaine, est à cet égard préjudiciable.

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

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

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

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

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

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

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

- si, dans la majorité des cas, le délai légal de trois mois pour réaliser l'évaluation de l'IP semble respecté¹³⁵, de nombreux interlocuteurs soulignent qu'il peut être très variable et dans certains cas très supérieur à trois mois, notamment pour les situations les plus complexes. L'insuffisance du suivi de ce délai est également largement pointée ;
- de manière générale, subsistent de très nombreuses variations de pratique et de « doctrine » sur le processus d'évaluation lui-même, liées tant à l'absence de cadre de référence partagé par l'ensemble des conseils départementaux (cf. *infra*, partie 2.4)¹³⁶, qu'aux différences dans l'organisation de l'évaluation au sein des CRIP (pluridisciplinarité plus ou moins effective, association ou non de personnels externes aux départements tels que les assistants sociaux de l'éducation nationale,...) ;
- le suivi des suites des IP est parfois insuffisant, notamment lorsque celles-ci débouchent sur un simple renvoi à un accompagnement social de secteur, et non à une mesure déterminée (AED, AEMO) : plusieurs interlocuteurs de la mission indiquent que l'effectivité de ce suivi n'est pas toujours assurée ;
- sans en remettre en cause le bien-fondé, les professionnels rencontrés (notamment les personnels de PMI, les assistants sociaux au sein des conseils départementaux mais également de l'éducation nationale) soulignent enfin le poids croissant de l'évaluation des IP dans leur charge de travail, au détriment parfois du temps consacré à l'accompagnement¹³⁷.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Pour autant, de nombreux acteurs soulignent l'insuffisance des interventions en direction de la petite enfance, notamment entre la période de périnatalité et l'entrée à l'école maternelle à trois ans, et surtout de l'enfance, en direction des enfants de six à onze ans scolarisés à l'école élémentaire, alors que de nombreux indicateurs alertent sur l'augmentation des troubles les concernant (cf. *supra*, partie 1.1). De fait, situés en dehors du champ de la PMI et de nombreux dispositifs de soutien à la parentalité¹³⁸ d'une part, des dispositifs ciblés sur les adolescents (maison des adolescents, prévention spécialisée) d'autre part, les enfants de cette tranche d'âge bénéficient peu des principaux dispositifs de soutien à domicile ciblés pilotés par les conseils départementaux, notamment les AED et les AEMO, et les AED et les AEMO « renforcées » pour lesquelles des bornes d'âge minimum (13-14 ans) ont pu être fixées dans certains départements. Plusieurs interlocuteurs de la mission soulignent que les situations suivies en AEMO comme en AED arrivent le plus souvent en étant déjà trop « dégradées », ce qui ne permet pas ou peu d'empêcher le placement.

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

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

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

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

¹³⁸ Il existe une limite d'âge à 6 ans pour les LAEP.

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

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

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

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

L'ensemble des interlocuteurs de la mission pointe l'existence de délais parfois très importants dans la mise en place effective des mesures d'intervention à domicile, notamment les actions éducatives (AED, AEMO), liés à l'insuffisance des places disponibles. Les systèmes d'information des conseils départementaux ne permettent pas d'objectiver ces délais¹³⁹, qui sont vraisemblablement assez variables d'un territoire à l'autre mais ne font l'objet d'aucun suivi ni d'aucun pilotage. Les témoignages convergent cependant pour souligner leurs conséquences, à deux niveaux :

- ces délais d'attente font très largement perdre le sens des mesures lorsqu'elles sont mises en œuvre : la « période de latence » qui en découle vient souvent interrompre une dynamique qui a été longue à construire avec les familles au cours des phases d'évaluation et de préparation de la décision, et entraîne parfois un délitement de leur adhésion, d'autant plus que ce délai n'est en général pas « géré » en lien avec celles-ci¹⁴⁰. Ce processus est particulièrement délétère, car il décrédibilise la parole du juge comme du travailleur social en charge du suivi, et se traduit parfois par une réaction négative de la famille vis-à-vis de ce dernier, dont les compétences individuelles peuvent être remises en cause ;

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

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

- de manière encore plus problématique, les acteurs intègrent largement la contrainte liée aux listes d'attente dans leur décision : cette contrainte biaise souvent le choix de la mesure, en faisant opter pour tel ou tel dispositif plutôt que tel autre. Un délai d'attente très élevé pour une AEMO renforcée va ainsi par exemple conduire un juge à ordonner plutôt une mesure de placement ou à retarder une sortie de placement ; à l'inverse, l'insuffisance des places en établissement va le conduire à ordonner une intervention à domicile alors qu'un placement, ou a minima une mesure de placement à domicile, aurait été préférable¹⁴¹. Le risque qui en résulte parfois pour l'enfant est pointé par de nombreux acteurs. Enfin, les délais de mise en œuvre des mesures ont un effet sur leur durée, certains juges pouvant avoir tendance à ordonner des mesures plus longues pour anticiper leur délai de lancement.

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

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

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

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

2.3.3.1 L'insuffisance des étayages en périnatalité est largement pointée

Au regard des enjeux propres à cette période, les interventions des services de PMI restent limitées pour étayer les situations parentales les plus à risques dès la naissance - les puéricultrices n'ayant le plus souvent pas les moyens de mettre en œuvre de telles interventions, qui supposent des déplacements réguliers au domicile et un accompagnement précoce et intensif à la parentalité¹⁴². La diminution des visites à domicile réalisées par les services de PMI est à cet égard particulièrement illustrative : entre 2009 et 2015, le nombre de ces visites (en régie directe ou non) a baissé de 17 %¹⁴³.

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

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

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

Dans un contexte également caractérisé par l'insuffisance des places dans les centres maternels¹⁴⁴ et parentaux¹⁴⁵ gérés par les Conseils départementaux¹⁴⁶, ceci conduit à des placements souvent jugés trop fréquents, dès le plus jeune âge . En 2012, la DREES comptait 75 établissements ayant des sections d'accueil mère-enfant soit 1286 places¹⁴⁷.

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

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

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

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

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

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

Encadré 2 : Une équipe mobile périnatale (EMP), conçue comme un outil de prévention précoce pour prévenir les troubles de la parentalité – UTPAS¹⁴⁸ d'Onnaing (59)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Autre dispositif notable, le projet PANJO¹⁴⁹, piloté par Santé Publique France, est en cours d'expérimentation dans plusieurs départements.

¹⁴⁸ Unité territoriale de prévention et d'action sociale.

Encadré 3 : Le projet PANJO

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

En cours d'expérimentation dans onze départements volontaires¹⁵⁰, ce projet vise les femmes enceintes qui se sentent isolées ou trop peu soutenues (avec une cible de 500 femmes accompagnées dans le cadre de l'expérimentation). Celles-ci bénéficient d'au moins six visites à domicile, dont deux pendant la grossesse, et quatre après la naissance jusqu'aux six mois de l'enfant. Les échanges lors des visites sont centrés sur le développement des liens d'attachement précoces et le renforcement des comportements favorables à la santé, dans un climat de bienveillance. La qualité de l'intervention est essentielle, chaque visite devant inclure une période d'observation d'au moins 20 minutes. Ces interventions sont menées uniquement par des professionnels de PMI ayant bénéficié d'un dispositif spécifique d'harmonisation des pratiques (formation PANJO, référentiel commun d'intervention et supervisions).

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

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

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

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

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

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

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

Instauré en décembre 2016, ce service propose la mise en place d'un accueil de jour, sur décision du service de l'ASE¹⁵¹ et avec l'accord des parents, pour des enfants de moins de 3 ans, avec un objectif préventif visant à accompagner les parents présentant des carences éducatives dans la prise en charge de leur(s) jeune(s) enfant(s). L'enfant est accueilli, sur des temps variables, chez une assistante maternelle recrutée par l'association prestataire ARAMIS¹⁵², et proche du domicile des parents, afin de le stimuler dans son développement, de travailler sur la séparation et de préparer son entrée à l'école maternelle. En parallèle, les parents sont accompagnés à domicile par une professionnelle de l'association, pour renforcer leurs compétences parentales.

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

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

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

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

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

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

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

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

d'un prestataire à l'autre, des normes de plus de 30 mesures suivies par travailleur social sont, au vu des témoignages recueillis, manifestement courantes¹⁵³.

Or, ceci ne permet pas un accompagnement suffisamment intensif au regard de la complexité des situations auxquels les conseillers sont confrontés, d'autant plus que, selon plusieurs interlocuteurs de la mission, seul un tiers de leur temps de travail est effectivement consacré aux interventions auprès des familles (les deux autres tiers étant consacrés à la gestion des « interfaces » avec les partenaires institutionnels – justice, Ecole..., et à des tâches administratives¹⁵⁴). Si ces ordres de grandeur ne peuvent être précisément établis dans le cadre des systèmes d'information actuels, il est couramment indiqué que les conseillers en charge d'une AEMO ne passent en moyenne qu'une heure par mois au domicile des familles accompagnées.

Cette insuffisance de l'intensité de l'accompagnement est mise en avant concernant les AED et les AEMO, mais également les TISF. Tous les acteurs soulignent la pertinence de leur action, mettant en avant leur capacité d'observation¹⁵⁵ et de dialogue avec les familles dont elles sont jugées proches, avec le « bon langage », et leur capacité d'étayage, parce qu'elles « font » avec les familles. Ils pointent cependant les limites de leur action, en termes de durée notamment – celle-ci étant souvent à la fois trop restreinte et mal « répartie », la plupart des TISF n'étant pas en mesure d'intervenir sur les temps de présence au domicile des enfants scolarisés (soirée, mercredi, weekend). Plusieurs interlocuteurs soulignent à cet égard les difficultés de recrutement auxquelles sont confrontées les associations prestataires, notamment lorsqu'elles sont de petite taille ou situées dans des territoires isolés.

Conscients des limites de ces interventions à domicile, de nombreux conseils départementaux ont mis en place des mesures dites d'AEMO ou d'AED « renforcées », s'accompagnant d'une norme d'intervention plus intensive¹⁵⁶. Les témoignages recueillis par la mission mettent cependant en évidence tant l'intérêt perçu de ces dispositifs – une intervention intensive, même sur courte période, étant vue comme souvent plus efficace qu'une intervention excessivement diffuse et étirée dans le temps -, que l'insuffisance des places généralement ouvertes.

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

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

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

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

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

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

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

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

Les aides financières que les départements peuvent verser, dans le cadre de la protection de l'enfance, aux familles ne disposant pas de ressources suffisantes, peinent à avoir un réel impact sur les situations de précarité. Si les données de la DREES ne permettent ni de connaître le montant global de ces aides, ni leur évolution, les témoignages recueillis par la mission mettent en évidence un risque de « saupoudrage ». En outre, ces aides sont parfois difficiles à mobiliser par les travailleurs sociaux, en raison d'un processus d'instruction des demandes et de contractualisation avec la famille assez lourd, entraînant dans certains cas une sous-consommation des lignes budgétaires concernées¹⁵⁷. Les conditions d'articulation entre ces aides « ASE », et les aides du fonds de secours d'urgence départemental, n'apparaissent enfin pas toujours claires, le recours aux secondes étant parfois privilégié par les travailleurs sociaux.

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

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

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

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

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

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

Par leur mission d'accompagnement social et par la taille de leur réseau¹⁵⁸, les assistants sociaux « généralistes », qu'ils interviennent dans le cadre de la polyvalence de secteur au sein des conseils départementaux, ou dans d'autres institutions (CAF, CCAS, CIAS), ont un positionnement clé dans le repérage et la prévention en protection de l'enfance. Pour autant, certaines évolutions de leurs modes d'action tendent à limiter leur capacité à être de réels « vecteurs de prévention ».

D'une part, dans un contexte d'augmentation des « files actives » des personnes suivies¹⁵⁹, le temps consacré à l'accompagnement social lui-même s'est réduit ; à l'issue d'une enquête effectuée auprès de 80 départements en 2009¹⁶⁰, l'ODAS estimait ainsi que les assistants de service social ne pouvaient consacrer qu'un tiers de leur temps à la cette fonction, en raison de la place croissante du temps consacré à l'accueil et à l'orientation des personnes¹⁶¹, dans un environnement de plus en plus complexe, et par le travail consacré à l'évaluation et au diagnostic des situations et des demandes (notamment dans le champ du RSA, et dans celui des informations préoccupantes).

D'autre part, les représentants des assistants sociaux pointent la segmentation croissante de leur travail, qui est de plus en plus structuré et « contraint » par la gestion des dispositifs, mais également l'évolution de leur « posture » telle que perçue par les familles, qui ressort de plus en plus de celle d'un « gestionnaire de prestations », dans une logique de « guichet », voire de contrôle¹⁶².

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

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

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

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

¹⁶⁰ Cf. La lettre de l'ODAS, novembre 2010.

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

¹⁶² Notamment dans le cadre du RSA.

- **les limites des modes d'intervention « traditionnels » du service social**, centrés sur la relation individuelle dans une logique d'aide à la personne plus que d'intervention globale sur la famille et son milieu de vie. Or, l'ensemble des acteurs rencontrés par la mission mettent en avant la nécessité de diversifier les modes d'interventions pour agir en prévention dans le champ de la protection de l'enfance, notamment :
- en développant les actions collectives, qui sont des leviers d'actions puissants et mobilisent souvent les familles de façon positive, y compris lorsqu'elles sont combinées à une prise en charge individuelle. Or, ces approches restent limitées dans la pratique des travailleurs sociaux¹⁶³ ;
 - en développant les approches permettant d'« aller vers » les familles les plus isolées, ou les plus réticentes à tout contact avec les institutions, dans le cadre de démarches « actives », et en s'appuyant, le cas échéant, sur des relais associatifs ;
 - en renforçant la place donnée à la famille et à son environnement dans la résolution des difficultés et dans les interventions. Il serait à cet égard utile de s'inspirer de certaines pratiques mises en œuvre dans d'autres pays, telles que les conférences familiales présentées dans l'encadré ci-dessous, et expérimentées dans certains départements (notamment en Ardèche¹⁶⁴).

Encadré 7 : Le dispositif des « conférences familiales »

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

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

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

Les conférences familiales (*family group conferencing*) sont couramment pratiquées dans certains pays, notamment les Pays-Bas, le Canada, l'Australie, la Nouvelle-Zélande et l'Angleterre, dans des situations très diverses : difficultés intra familiales, divorce conflictuel, décrochage scolaire ou problèmes comportementaux à l'école, violences conjugales, risque de placement... Le dispositif a fait l'objet d'évaluations notamment aux Pays-Bas et au Canada¹⁶⁵.

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

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

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

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

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

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

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

Selon les réponses au questionnaire adressé par la DGCS et l'ANDASS aux conseils départementaux, 50 % des acteurs concernés par la protection de l'enfance évoquent ainsi l'échec du rééquilibrage des mesures en faveur de « l'administratif », quand 35 % seulement perçoivent une évolution positive à ce sujet. De fait, la part des AED dans le total des actions éducatives n'a augmenté que de 4 points entre 1996 et 2016 (passant de 27 % à 31 %), et elle tend à stagner depuis 2010. Alors que les conseils départementaux mettent largement en avant l'objectif de « déjudiciarisation » des actions éducatives dans leurs schémas départementaux, ce même constat d'échec ressort des témoignages des interlocuteurs départementaux rencontrés par la mission¹⁶⁶.

De nombreux freins sont mis en avant, à commencer par l'insuffisance des moyens et du temps dont disposent les travailleurs sociaux des services de l'ASE, souvent en charge directe de la mise en œuvre des AED, celles-ci étant significativement moins souvent confiées à des associations prestataires que les AEMO¹⁶⁷. Lorsque ces travailleurs sociaux ne sont pas affectés exclusivement à la mise en œuvre des AED, mais qu'ils assurent en sus le suivi d'enfants placés en établissement, ou bénéficiant d'une AEMO, leur charge de travail et la « gestion des urgences », leur laissent parfois peu de disponibilité pour mener à bien les accompagnements, certains conseils départementaux réfléchissant à cet égard à une remise en cause de la « polyvalence » des travailleurs sociaux des services de l'ASE et à leur spécialisation sur les AED.

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

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

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

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

D'autres acteurs mettent enfin en avant des problèmes d'organisation et notamment la lourdeur et la complexité de la procédure de mise en place des AED parfois prévue par les conseils départementaux, notamment dans les étapes de pré-contractualisation et de contractualisation¹⁶⁹.

Dans certains départements, des suivis sociaux spécialisés « enfance », portés par les assistants sociaux polyvalents, ont été mis en place en amont des AED ; certains des interlocuteurs de la mission indiquent qu'en permettant de « contourner » une partie des obstacles liés aux AED – notamment par leur caractère moins stigmatisant vis-à-vis des familles (qui ne sont pas « étiquetées ASE ») et leur moindre formalisme -, ils se substituent en partie à elles. Sans remettre en cause la pertinence de cet investissement « amont » au regard des enjeux de la prévention dans le cadre de l'accompagnement social « classique », ceci peut cependant créer un risque de confusion entre dispositifs ou des redondances dans les interventions en direction des familles, et justifie le cas échéant une réflexion sur une bonne articulation entre les deux dispositifs¹⁷⁰.

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

Les témoignages et contributions des représentants de travailleurs sociaux¹⁷¹ contactés par la mission convergent pour souligner la situation de tension parfois extrême générée par leurs conditions de travail : augmentation de la charge de travail liée à celle du nombre de jeunes accueillis à moyens humains constants, avec des problématiques plus lourdes, pour lesquelles ils ne sont pas nécessairement formés (violences, troubles du comportement, handicaps...) ; urgence du traitement des situations de risque voire de danger avéré ; frustration, sentiment d'impuissance voire « *perte de sens* » liés à la conscience de n'avoir dans ce contexte souvent pas les moyens de mettre en place un accompagnement préventif de qualité ; difficulté à « prioriser » les situations ; « *crise éthique* » pour certains en lien avec l'accueil des MNA, qui a contribué à « *bouleverser les équilibres* »...

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

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

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

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

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

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

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

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

- **les limites des actions éducatives à domicile (AED et AEMO) lorsqu'elles sont mobilisées seules et sans prise en compte des difficultés autres qu'éducatives que rencontre la famille**, et notamment ses difficultés matérielles : tous les interlocuteurs de la mission pointent qu' « *une famille dont le frigidaire est vide, ou dont l'électricité vient d'être coupée* », ne peut avoir la disponibilité nécessaire pour investir un travail sur le champ éducatif ni même en percevoir l'enjeu. Ils témoignent de ce que, dans des situations de pauvreté et d'isolement parfois extrêmes, les conditions matérielles d'existence ont un impact majeur sur les modes de fonctionnement familiaux : constamment dans l'urgence, les parents sont incapables de se projeter dans l'avenir pour leurs enfants. Certains interlocuteurs de la mission indiquent à cet égard qu'au regard de l'importance croissante des problématiques de précarité auxquelles sont confrontés les prestataires d'aides éducatives, ceux-ci sont conduits à intervenir dans des situations de plus en plus complexes et « *leur travail, autrefois centré sur les carences éducatives, psychologiques et affectives, a changé et s'est déplacé sur le terrain des conditions matérielles d'existence et notamment des problématiques de logement* », la résolution de ces difficultés matérielles étant souvent la clé pour établir une relation de confiance avec la famille ;
- **l'insuffisante mobilisation, dans ce contexte de précarité importante, des outils d'aide à la gestion budgétaire, dans le cadre administratif comme judiciaire**. Celle-ci tient à de multiples causes : réduction des enveloppes budgétaires¹⁷², technicité perçue des mesures, et insuffisante connaissance qui conduisent à ce que, dans certains départements, le dispositif soit devenu « *confidentiel* » et très peu inscrit dans les « *réflexes* » des assistants sociaux de secteur comme de l'ASE. Ce dispositif est pourtant perçu, de manière quasi unanime, comme très pertinent en termes de prévention, au regard de l'approche « *pragmatique et concrète* » des CESF¹⁷³.

De nombreux interlocuteurs de la mission pointent à cet égard le manque de pilotage des interventions à domicile dans leur ensemble (AED-AEMO ; AESF-MAGBF ; TISF), parfois mises en œuvre dans une logique de silos, pouvant dans certains cas se traduire par des interventions non coordonnées au sein d'une même famille¹⁷⁴. Ils mettent en cause une articulation parfois complexe entre les dispositifs eux-mêmes, dont la complémentarité peut être insuffisamment perçue et organisée¹⁷⁵. Enfin, nombre d'entre eux soulignent qu'en pratique, les intervenants peuvent être

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

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

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

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

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

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

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

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

- **du « placement à domicile »** : sous des appellations variables en fonction des départements¹⁷⁶, celui-ci consiste le plus souvent dans la mise en œuvre d'une AEMO renforcée avec accès garanti, à tout moment et en cas de besoin, à une place en structure d'hébergement : 41 % des départements répondants au questionnaire de la mission indiquent avoir mis en place un tel dispositif ;
- **des dispositifs d'accueil de jour ou d'accueil modulaire**, qui permettent d'accueillir l'enfant pendant tout ou partie de la journée, dans un service ou établissement habilité situé, dans la mesure du possible, à proximité du domicile des parents, qui bénéficient de leur côté d'un soutien à domicile dans l'exercice de leur fonction parentale.

Le recul est insuffisant pour apprécier l'impact de ces dispositifs, qui se développent en dehors de tout cadre juridique précis, de manière inégale sur le territoire, à une échelle encore souvent expérimentale, mais parfois significative¹⁷⁷. L'absence de tout dispositif de suivi robuste de leur déploiement au niveau national, et l'absence de tout référentiel d'action partagé ne peut à cet égard qu'être regrettée (cf. *infra*, partie 2.4). Pour autant, leur variété, l'effort d'innovation qui les caractérise illustrent par eux-mêmes l'enjeu de développer une offre plus modulaire. Le retour « qualitatif » des acteurs de terrain sur le placement à domicile, en particulier, est positif

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

La création des ODPE¹⁷⁸, effective dans les trois quarts des départements interrogés par la mission, n'a pas permis de renforcer leur capacité de diagnostic car ceux-ci ont trop peu de ressources pour jouer un véritable rôle dans la production de données et l'éclairage des politiques (cf. détail en annexe 6).

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

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

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

La démarche de consensus sur les besoins fondamentaux de l'enfant¹⁷⁹ n'a pas à ce stade fait l'objet de déclinaison opérationnelle dans les départements ni fourni des outils d'évaluation et des repères pour les professionnels. S'il n'existe pas de référentiel national, une réflexion a été ébauchée sous l'égide de l'ONED¹⁸⁰ mais, selon les professionnels, le seul référentiel qui a été finalisé est celui du CREA¹⁸¹ Rhône-Alpes. Dans les réponses au questionnaire de la mission, un petit nombre de départements déclarent travailler sur la création de référentiels.

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

La plupart des PMI ont développé, en lien avec les maternités, des indicateurs permettant de repérer, généralement à partir de la déclaration de grossesse et du certificat du huitième jour, les familles à risque (cf. *supra*, partie 2.3.1). Si ces grilles ont été conçues dans chaque département sans concertation avec les autres, elles semblent reposer sur des critères pour la plupart communs que sont l'âge de la mère, son insertion professionnelle, le nombre d'enfants déjà présents. Selon les départements, ce repérage est informatisé ou non. Cependant, cet outil ne peut être considéré comme un référentiel en tant que tel et repose sur des critères très larges. À partir de ce ciblage, des interventions (visites à domicile) sont proposées. S'il est difficile de dire si ce repérage est effectif dans toutes les maternités de tous les départements, les visites sur le terrain et le questionnaire que la mission a adressé aux départements¹⁸² laissent penser qu'il est déployé dans une proportion importante de maternités.

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

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

¹⁷⁸ Instaurés par la loi du 5 mars 2007.

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

¹⁸⁰ Le compte-rendu d'une journée d'étude ONED CREA¹⁸¹ en 2012 (« *Des référentiels pour évaluer en protection de l'enfance : quelles démarches ? Quelles méthodes ?* ») montre quelques exemples de démarches évaluatives.

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

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

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

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

Seuls 13 des 49 départements ayant répondu au questionnaire de la mission déclarent que leur service de PMI est doté d'un référentiel. À l'exception des actions de visites à domicile à destination des mères vulnérables (dans le cadre du programme PANJO ou non - cf. *supra*), les actions de la PMI sont peu normées en termes de contenu. En outre, les normes minimales d'activité et de moyens concernant la couverture de la PMI définies dans le Code de la santé publique¹⁸³ sont inégalement respectées. En 2006, près de la moitié des départements étaient en dessous des normes en matière de consultations prénatales et infantiles¹⁸⁴. Les visites à domicile, quant à elles, ne sont pas normées. Et la réflexion sur la cible souffre de la tension entre la vocation universelle et la réalité d'un ciblage contraint par les moyens.

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

Les mesures d'accompagnement à domicile, qu'elles soient administratives ou judiciaires, répondent à la volonté d'intervenir au plus près des besoins des enfants et des parents, en partant de leur contexte de vie. Pour cela la mise en œuvre d'une mesure est précédée d'une évaluation¹⁸⁵ portant sur « *l'état du mineur, la situation de la famille et les aides auxquelles elle peut faire appel dans son environnement*¹⁸⁶ ». L'évaluation permet à la fois de définir les actions à conduire envers l'enfant et la famille et également de vérifier la bonne exécution de la mesure. Si une certaine marge de manœuvre doit être laissée aux évaluateurs pour coller au mieux aux besoins et aux ressources mobilisables par la famille et pour tenir compte des spécificités de chaque contexte de vie, l'absence de référentiel qui guiderait la définition des actions à mettre en place en fonction des situations pose question. Le contenu des mesures n'est normé ni en quantité ni en qualité. Les AEMO renforcées sont, selon les professionnels auditionnés, un peu plus normées et comportent parfois des protocoles d'intervention locaux.

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

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

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

¹⁸³ Article R. 2112-6 du Code de la santé publique.

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

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

¹⁸⁶ Article 223-1 du CASF.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- Le rôle de consolidation de l'ONPE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

La difficulté à recueillir des données de longue période sur les parcours explique le relatif désintérêt de la recherche en sciences sociales sur ces questions. Les quelques études existantes reposent sur des monographies à partir d'un échantillon plus ou moins large. Pour pallier ce manque, l'ONPE s'est vu confier la mise en place d'un système d'information analysant les parcours : « Observation longitudinale, individuelle et nationale en protection de l'enfance » (OLINPE). Les travaux préparatoires¹⁸⁸ conduisent à s'interroger sur la possibilité de construire un système d'information concernant les parcours des enfants, en raison de l'extrême hétérogénéité des systèmes d'information et des données recueillies dans les départements (cf. détail en annexe 6). L'analyse des trajectoires et de la succession des différentes prises en charge est pourtant nécessaire pour mieux comprendre les problématiques à l'origine de l'intervention en protection de l'enfance, les effets des réponses apportées et étayer les orientations de la politique de prévention.

¹⁸⁸ https://www.onpe.gouv.fr/system/files/publication/premier_rapport_olinpe.pdf.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

La difficulté des relations entre les départements et les prestataires d'AEMO est fréquemment pointée, et constitue souvent une source de défiance, voire un point de crispation. Les conseils départementaux déplorent un manque voire une absence totale de visibilité sur les mesures¹⁸⁹, et un rôle réduit à celui de simple financeur. De fait, la mise en œuvre d'une AEMO semble se traduire, dans de nombreux cas, par un « désinvestissement » du conseil départemental¹⁹⁰, et les échanges d'information entre les services du département et les prestataires restent très limités. Dans ce contexte, la capacité des prestataires d'AEMO à mobiliser, outre leurs ressources internes, l'ensemble des ressources du territoire, est parfois mise en cause. De manière plus générale, l'insuffisance du pilotage de ces prestataires est fréquemment soulignée.

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

Selon le questionnaire de la mission, seuls 45 % des départements répondants ont mis en place des coopérations régulières entre le service « enfance familles » et le service en charge des personnes handicapées, ce qui semble faible au regard des besoins d'étayage spécifiques des parents handicapés. Les relations avec les MDPH¹⁹¹ apparaissent également insuffisantes. De même, seulement 33 % des départements répondants ont mis en place de telles coopérations entre le service « enfance familles » et le service et le service en charge de l'insertion. Dans les départements ayant mis en place une pluridisciplinarité des équipes, celle-ci semble rarement aller jusqu'à intégrer, ou au moins renforcer, le lien avec ces services, comme cela a été fait par exemple en Moselle.

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

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

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

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

¹⁹¹ Maison départementale des personnes handicapées.

Dans le premier degré, c'est le cas des « équipes éducatives » au niveau des écoles et des « pôles-ressources » à l'échelle des circonscriptions¹⁹². L'équipe éducative est « réunie par le directeur chaque fois que l'examen de la situation d'un élève ou d'un groupe d'élèves l'exige qu'il s'agisse de l'efficacité scolaire, de l'assiduité ou du comportement » ; elle est composée des personnes qui ont à connaître du cas concerné et les parents sont invités à y participer. Quant au pôle-ressource, autour de l'inspecteur responsable de la circonscription, il regroupe en théorie tous les personnels, y compris de santé ou sociaux, qui peuvent « répondre aux demandes émanant d'un enseignant ou d'une école » ; le texte qui le prévoit le met au service de la prévention ou de la remédiation des difficultés afin d'améliorer la réussite scolaire.

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

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

Les personnels amenés à collaborer au sein de ces dispositifs et tout au long des actions déployées dans le système éducatif pourraient sans doute le faire plus efficacement si les formations prévues à leur intention¹⁹³ étaient mises en place ; de celles-ci, la mission n'a jamais entendu parler faute sans doute qu'aient été élaborées les conventions nécessaires à leur réalisation.

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

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

¹⁹² Cf. extraits des textes officiels en annexe 3.

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

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

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

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

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

- **de manière générale, subsiste fréquemment, au niveau des personnels « de terrain », une méconnaissance réciproque** très préjudiciable à la circulation des informations, et à la continuité des interventions en direction des familles : l'absence de référent identifié au niveau du conseil départemental est ainsi pointée dans de nombreuses écoles, d'autant plus que les organisations des services départementaux varient selon les territoires ; à l'inverse, les conseils départementaux pointent un manque d'interlocuteur identifié, notamment en l'absence d'assistant social, côté éducation nationale. De manière pratique, les coordonnées des référents, de part et d'autres, ne circulent pas de manière suffisamment organisée entre les deux réseaux au niveau opérationnel ;
- **les relations restent très dépendantes de l'implication personnelle des agents, et de leur « bonne volonté ».** Si des protocoles ont été largement conclus sur la question du traitement des IP, seule une minorité d'entre eux dépassent cette question¹⁹⁴ et organisent, notamment dans le champ de la prévention, des coopérations (par exemple concernant le traitement des situations complexes, l'organisation de réunions communes au niveau du siège du département comme des territoires, l'organisation de formations conjointes ou d'actions collectives,...). A noter, concernant les IP, le point de crispation récurrent lié au trop faible retour des conseils départementaux en direction de l'éducation nationale, concernant les suites données aux IP : l'insuffisance de ce retour est, de manière quasi unanime, pointé par les personnels de l'éducation nationale comme un frein majeur dans leur dialogue avec les familles et dans la régulation de leurs propres comportements (la suite donnée à l'IP instruit en effet sur la pertinence de l'alerte et peut donc permettre pour l'avenir de mieux se positionner dans des cas semblables). La différence de temporalité, bien que comprise, est également mal vécue par les professionnels de l'éducation nationale : pour eux, il y a les urgences du quotidien (l'enfant est là chaque jour avec ses problèmes qui troublent parfois le fonctionnement d'une classe entière) ; pour les professionnels à l'extérieur, il faut du temps pour documenter et expertiser la situation, constituer un dossier solide, prendre une décision ;

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

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

De nombreuses expérimentations se développent cependant pour rapprocher, sur le plan opérationnel, les deux réseaux. En particulier, selon le questionnaire de la mission, plus de 18 % des départements répondants ont organisé la présence d'agents du conseil départemental (travailleurs sociaux ou éducateurs spécialisés) dans les établissements scolaires, sous des formes variables. L'ODAS mène à cet égard avec plusieurs départements¹⁹⁵ une recherche-action sur trois ans (2018-2020) visant à expérimenter des « relations nouvelles entre l'école et le soutien à l'enfance et à la famille », notamment en affectant des travailleurs sociaux des départements dans les écoles pour permettre l'organisation de permanences d'animation sociale¹⁹⁶.

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

- de nombreuses actions sont menées en partenariat entre les deux services, les personnels de PMI intervenant fréquemment dans les écoles¹⁹⁷. La réalisation du bilan de la quatrième année par les services de PMI constitue un point central dans les relations entre équipes ; parfois préparée en amont par un travail conjoint entre PMI et équipe enseignante, elle donne souvent lieu à une réunion annuelle entre services permettant d'en faire la synthèse, et de repérer les situations d'enfants vulnérables. Des réunions et des transmissions d'informations ponctuelles sont en outre organisées quand les situations le rendent utile, c'est-à-dire en cas de problème diagnostiqué et de préconisations faites auprès des parents ;

¹⁹⁵ Haute-Loire, Loire-Atlantique, Meurthe-et-Moselle, Moselle, Nord, Pyrénées-Atlantiques, Sarthe, Haute-Savoie.

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

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

- cependant, peu protocolisées¹⁹⁸, ces relations reposent beaucoup sur la bonne volonté des acteurs et sur l'état des ressources disponibles (notamment en termes de médecins), et elles sont insuffisamment outillées – la transmission « papier » des bilans de santé de la quatrième année, qui limite naturellement leur exploitation dans une logique de parcours de santé, est notamment pointée, faute d'outil informatique commun.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Dans le respect des dispositions réglementaires en application de la loi²⁰⁰, les trois phases de la procédure en cas d'absentéisme sont mises en œuvre : rappel de la loi fait aux familles, entretiens, saisine du Procureur de la République si le problème persiste. Les démarches achoppent parfois

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

dans la phase terminale quand la situation s'est enkystée et que le dossier est transmis à la justice, laissé sans suite, au grand regret des acteurs qui ont conduit la procédure avec persévérance. Dans le premier degré, le contact prévu avec les responsables de la protection de l'enfance²⁰¹ n'est pas systématiquement établi sauf si l'assistant conseiller technique du directeur académique s'en charge ; l'assistant social dans l'établissement concerné ou le responsable du service social auprès de l'inspecteur d'académie assure cette liaison pour les élèves du second degré.

Le décrochage scolaire se greffe souvent sur une expérience antérieure de l'absentéisme notamment quand les adolescents s'émancipent de la tutelle des parents qui ne parviennent plus à endiguer le phénomène comme ils pouvaient tenter de le faire avec des enfants plus jeunes. La qualité de l'environnement familial et celle des soins dispensés dans les premières années de la vie sont considérées comme des facteurs favorables pour préserver de ces problèmes qui se rencontrent plus souvent au sein de familles monoparentales et/ou familles nombreuses, quand les parents – surtout la mère – n'ont pas de diplôme voire pas d'emploi²⁰².

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

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

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

²⁰² Cf. CNESECO, 2017, cité *supra*.

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

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

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

Enfin, phénomène en croissance, la déscolarisation suscite des alertes diverses. Le rapport de la « mission flash » conduite par deux parlementaires et remis en juillet 2018²⁰³ fait un point complet sur le sujet en alertant sur ce phénomène qui concerne environ 0,12 % de la population scolarisable (pourcentage des enfants dits instruits à domicile sans appui autre²⁰⁴) mais qui est en augmentation (ce qui peut être le fait d'une mesure meilleure et pas nécessairement d'un nombre de cas plus élevé). Il rappelle les obligations des maires (enquête sociale) et de l'éducation nationale (contrôle de l'instruction reçue) ; il énonce des recommandations que l'on peut résumer ainsi : améliorer le recensement et le suivi, améliorer les enquêtes en mairie, élaborer pour les inspecteurs chargés du contrôle des procédures-types et des formations²⁰⁵. Les liens avec les services du département ne sont pas explicitement prévus alors qu'ils seraient nécessaires quand des dysfonctionnements sont observés.

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

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

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

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

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

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

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

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

Cette insuffisance s'observe à de multiples niveaux :

Dans la période périnatale, la mission a pu constater l'existence de liens importants entre services de PMI et hôpitaux et maternités : passages réguliers des équipes de PMI au sein des maternités ; outils de travail communs dans certains cas²⁰⁶ ; participation des personnels de PMI aux « staffs » maternité²⁰⁷, pédiatriques ou gynécologiques, permettant d'identifier les publics les plus vulnérables et de définir un mode de prise en charge à la sortie de maternité ; réunions mensuelles d'équipes... Ces partenariats restent cependant souvent fragiles²⁰⁸ et très aléatoires, variant parfois sensiblement d'une maternité à l'autre y compris au sein d'un même département²⁰⁹. Au-delà, la PMI semble, dans la plupart des départements, très inégalement identifiée au sein des réseaux de périnatalité²¹⁰ – une des difficultés mises en avant étant la difficulté d'articuler le cadre départemental d'action des services avec le niveau régional d'action du réseau.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

À de multiples égards, les relations avec les assistantes maternelles et surtout les crèches²¹¹, ne sont pas assez investies dans le champ de la prévention en protection de l'enfance :

- les personnels des crèches et les assistantes maternelles ne sont pas assez informés et formés au repérage des vulnérabilités. Selon le questionnaire de la mission, 43 % des départements répondants indiquent n'avoir mis en place aucune action en la matière en direction des personnels des crèches, 47 % en direction des assistantes maternelles ;
- au-delà, de nombreux interlocuteurs regrettent l'insuffisance des échanges avec les crèches sur les questions de soutien à la parentalité, trop peu prises en compte dans les projets d'établissement – c'est la « qualité éducative » de ces projets qui est alors mise en cause. À noter des expérimentations qui se développent cependant, notamment pour favoriser l'établissement d'une relation de confiance entre la crèche et la famille, en « *ouvrant davantage la crèche aux parents et en leur permettant d'y passer du temps* » (dispositif d'« accueil nouvelles mamans » dans les Yvelines ; dispositif d'« accueil éveil », mis en place par la PMI en partenariat avec des crèches dans le Nord), ou encore pour renforcer la qualité éducative et favoriser le développement des enfants (avec en particulier le programme « parler bambin » visant à favoriser le développement langagier des enfants²¹²).

Plus fondamentalement, tous les interlocuteurs rencontrés par la mission soulignent à quel point l'accès à un mode d'accueil collectif pour l'enfant peut contribuer à prévenir une dégradation de la situation familiale – concernant par exemple des mères isolées, vivant dans des logements très exigus, n'ayant aucune « *bouffée d'oxygène* » vis-à-vis de leur enfant et étant dans l'incapacité de chercher un emploi. L'insuffisance des places et le très faible accès de certaines familles, notamment les familles les plus défavorisées²¹³, à ces modes d'accueil sont ainsi pointés comme une limite majeure des politiques de prévention en protection de l'enfance.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- la rue ne constitue plus le seul cadre d’intervention de la prévention spécialisée, dont l’action se déploie également dans des structures institutionnelles diverses ; selon le questionnaire de la mission, 53 % des départements répondants indiquent que la prévention spécialisée intervient au sein d’établissements scolaires, 45 % au sein de centres sociaux. Le renforcement des partenariats avec les collèges et les lycées est particulièrement net dans certains départements²¹⁴, souvent en lien avec les dispositifs de lutte contre le décrochage scolaire ;
- les modes d’action ont évolué dans ce cadre, la prévention spécialisée mettant en œuvre des actions tantôt individuelles, tantôt collectives distinctes de celles menées traditionnellement dans le cadre du travail de rue ;
- de manière générale, l’action tend à s’inscrire dans un meilleur maillage institutionnel²¹⁵. Les échanges d’information en direction des services départementaux semblent s’être renforcés. Dans certains cas, le changement de statut des services a contribué à ce rapprochement, comme en Loire-Atlantique²¹⁶.

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

Au-delà des évolutions ci-dessus, les interlocuteurs de la mission mettent en avant la grande hétérogénéité d’organisation et de fonctionnement de la prévention spécialisée, dépendant largement de la qualité du partenariat entre les conseils départementaux, les communes et les agglomérations²¹⁷, dans le cadre de la politique de la ville.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

La disparité des organisations territoriales entre les départements constitue un autre facteur d'hétérogénéité. Concernant la PMI, le constat formulé par l'IGAS en 2006²¹⁸, pointant la très grande hétérogénéité des pratiques et des politiques des départements, semble toujours largement d'actualité. Au-delà, l'organisation territoriale des services des départements reste très variable en termes de nombres d'implantation et de stratégie de maillage du territoire.

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

²¹⁸ D. Jourdain-Menninger, B. Roussille, P. Vienne, C. Lannelongue, « *Etude sur la protection maternelle et infantile en France* », rapport IGAS, 2006.

d'évaluation de la COG de la CNAF²¹⁹ mettait en évidence un taux de couverture géographique national de 72,3 % mais avec des écarts importants entre départements tandis que la médiane (50^{ème} département le mieux couvert) s'établissait à 62,5 % d'intercommunalités couvertes. Un quart des départements avaient un taux de couverture géographique inférieur à 41,8 % et un quart un taux supérieur à 77,2 % ; on trouvait même 10 % des départements sous le seuil des 26,2 % de couverture. Ces disparités entre départements se doublaient de disparités à l'intérieur même des départements, certaines zones étant surchargées en LAEP tandis que d'autres zones en sont dépourvues (cf. annexe 7).

Enfin, de nombreux interlocuteurs soulignent l'enjeu que représentent en protection de l'enfance les ruptures de prise en charge qui interviennent lorsque les familles changent de département ; les pratiques de très forte mobilité, subie ou parfois délibérée, de certaines familles, sont à cet égard sources de risques majeurs dans la mise en œuvre de toute stratégie de prévention.

3.2.2 Des lignes de fractures multiples s'observent au sein des territoires, entre milieux urbain, périurbain et rural

► **En milieu urbain, de fortes disparités existent selon que s'y déploie ou non la politique de la ville et qu'existent ou pas des réseaux d'éducation prioritaires renforcés (REP+)**

En milieu urbain, il existe au sein de l'éducation nationale un important décalage entre les ressources à disposition des REP + et celles que peuvent mobiliser les autres secteurs, dont les REP. La concentration de familles dont les problèmes socio-économiques et socio-culturels sont nombreux et permanents (familles qui restent ou familles qui se succèdent et qui présentent les mêmes problèmes), la précarité parfois extrême de nouveaux arrivants (logés dans les hôtels sociaux notamment et déplacés par les institutions) sont plus fortes dans les secteurs des REP+ mais ailleurs existent aussi des familles qui vivent les mêmes problèmes (précarité économique ; logement ; santé ; modes d'éducation...), certes en moins grand nombre.

Jouent dans le ressenti de ce qui est perçu comme une inégalité des facteurs très variés : le taux d'encadrement dans les écoles et collèges qui rend plus ou moins lourde la gestion des comportements perturbateurs, les obligations des enseignants en matière de temps de travail devant élèves et le temps de formation inclus dans le service pour les acteurs des REP+ (dont certains disent avoir trouvé « *du cousu main* » quand leurs besoins ont été traités), la présence d'un coordonnateur qui peut faire le lien avec l'extérieur, la présence d'assistants du service social plus dense en REP+ avec des incursions dans le primaire parfois.

Dans les quartiers qui bénéficient de la politique de la ville, ce qui est le plus souvent le cas pour les écoles et établissements REP+, des ressources liées aux dispositifs de réussite éducative²²⁰ s'ajoutent à celles qu'offre l'éducation nationale. Des insatisfactions s'expriment chez les enseignants et inspecteurs du premier degré quant à la non-coïncidence des périmètres de la politique de la ville et des réseaux d'éducation prioritaire, ce qui génère des situations très mal supportées. Ainsi, les enfants d'une même classe, leurs familles, n'ont pas les mêmes droits selon leur adresse : des aides sont possibles pour les uns, et pas pour d'autres, à problèmes identiques.

De multiples acteurs soulignent enfin la situation difficile de certains quartiers situés en zone périurbaine : souvent en dehors du maillage REP, REP+ ou « QPV », les ressources y sont faibles

²¹⁹ Cf. rapport déjà cité.

²²⁰ Ces dispositifs peuvent consister en accueil périscolaire, en aides au travail scolaire hors l'école, en accompagnement à des consultations spécialisées, ou à des soins orthophoniques ou psychomoteurs, ...

alors que les difficultés s'y « déplacent » parfois, notamment concernant l'adolescence, précisément parce qu'ils sont situés en dehors de ce maillage.

➤ **L'isolement des familles en milieu rural et l'insuffisance des moyens des principaux réseaux créent des situations de risque largement mises en exergue**

Tous les acteurs rencontrés par la mission soulignent l'acuité des difficultés rencontrées en milieu rural, et leurs conséquences en termes de risques en protection de l'enfance. Alors que ces territoires souffrent des mêmes difficultés socio-économiques que les territoires urbains (précarité, chômage, problèmes de logement...), s'y ajoutent les enjeux majeurs liés à la faible densité de population et d'habitat, à l'enclavement géographique, et à l'insuffisance des réseaux de transports en commun. L'isolement et la très faible mobilité des familles qui en résultent constituent une difficulté majeure dans la mise en œuvre d'actions de prévention, qui supposent une forte proximité avec l'utilisateur. L'insuffisance des équipements et services, dans tous les domaines (« déserts sanitaires », absence de prestataires d'interventions à domicile sur certains territoires, absence d'équipements sociaux en direction de l'enfance et de la jeunesse...) est durement ressentie, et la pratique des professionnels est elle-même entravée par les contraintes liées au temps de déplacement (notamment pour les déplacements au domicile). Des réponses se développent sur certains territoires (notamment les dispositifs ambulatoires à l'instar de l'équipe mobile périnatale - EMP - mise en œuvre dans le Nord, à Onnaing - cf. *supra*, 2.3.3) mais peinent à répondre à ces enjeux.

La perception de ces difficultés propres au milieu rural est particulièrement aiguë au sein de l'éducation nationale, qui reste parfois le seul réseau encore au contact des familles. Le terme souvent entendu est celui de « *dénuement* » : des équipes pédagogiques réduites et isolées d'autant plus sensibles aux menaces exprimées par des parents, des professionnels spécialisés de l'éducation nationale éloignés et peu disponibles ; des ressources partenariales également lointaines si elles existent (le « territoire de vie sociale » est rarement repéré), un habitat diffus dans lequel le voisinage ne peut alerter (on parle de violences intrafamiliales dont un inspecteur dira : « *l'exceptionnel devient plus fréquent* »). Les effets se font ressentir de plus en plus durement quand la précarité s'accroît dans certaines zones et quand une tension s'installe entre l'École et les parents. Il n'y a pas non plus de ressources de proximité pour des familles souvent peu mobiles, ce qui limite leurs possibilités de répondre aux orientations de l'école vers des consultations (orthophonie, ophtalmologie...) ; de ce fait, les problèmes des enfants subsistent ou s'aggravent, et donc l'École relance, ce qui est vécu comme du harcèlement par les familles... Cercle vicieux qui crée des tensions ou les avive. Les inspecteurs du premier degré sont souvent appelés au secours des équipes pédagogiques dans leurs interactions les plus délicates avec des familles opposantes ou menaçantes, ce à quoi ils accordent du temps.

3.3 Au niveau stratégique, l'existence de multiples cadres d'action brouille le pilotage par les conseils départementaux

3.3.1 De nombreux plans et schémas coexistent et sont déclinés localement

L'action en faveur de l'enfance relève, suivant son objet, de plusieurs autorités. Elle est organisée au travers d'une pluralité de plans et schémas déclinés localement. Cette pluralité accroît les interfaces possibles ou nécessaires entre les divers acteurs. Si la planification et la coordination qui en résultent paraissent a priori souhaitables et vertueuses, elles sont également source potentielle de complexité et créent un risque de juxtaposition éloignant ces documents à portée programmatique de leur vocation d'outil opérationnel de pilotage.

Le schéma départemental de protection de l'enfance (SDPE) est établi par le président du conseil départemental. Il est un des quatre « schémas d'organisation sociale et médicosociale » prévus par l'article L. 312-5 du CASF, aux côtés des schémas établis par les ministres chargés des personnes âgées et handicapées, des schémas régionaux des préfets et des schémas régionaux des directeurs généraux d'ARS. Il définit la politique du conseil départemental, chef de file de la protection de l'enfance, en organisant, à partir d'un diagnostic partagé avec les différentes institutions, associations et les professionnels du département, les réponses à apporter aux grandes questions suivantes²²¹ :

- identification des usagers et de leurs besoins puis des politiques sociales y répondant ;
- disparités sur le territoire, égalité d'accès aux droits et homogénéité des actions ;
- organisation en découlant dans le département et mise en synergie des différentes compétences intervenant dans le champ en fonction de leur périmètre d'intervention.

Ce schéma doit être cohérent avec d'autres schémas locaux tels que le schéma directeur de la protection judiciaire de la jeunesse (PJJ) et le schéma départemental relatif aux personnes en situation de handicap dont une partie de la population relève des dispositifs de protection de l'enfance.

Par ailleurs un schéma départemental des services aux familles (SDSF) est élaboré sous l'autorité du préfet de département en concertation avec les organismes concernés par les politiques familiales (communes et intercommunalités). Ce schéma prend la forme d'une convention entre les partenaires, dont l'État, le conseil départemental, les CAF et les CMSA. Il associe les différents acteurs de la petite enfance et de la parentalité au déploiement d'une stratégie territoriale pour le développement des solutions d'accueil du jeune enfant (complémentarité des modes d'accueil, accès des familles vulnérables (familles précaires, monoparentales, confrontées au handicap) et des services de soutien à la parentalité (maillage progressif du territoire en matière d'offre d'accompagnement à la parentalité).

Enfin, le schéma régional de santé est une composante du projet régional de santé, document unique et transversal, qui regroupe les soins - hospitalier et ambulatoire -, la prévention et la prise en charge médico-sociale. Ce schéma fixe les objectifs quantitatifs et qualitatifs de l'offre des établissements et des services médico-sociaux, notamment ceux qui assurent une éducation adaptée et un accompagnement social ou médico-social aux mineurs ou jeunes adultes handicapés ou présentant des difficultés d'adaptation. Son périmètre est large et implique une transversalité forte avec tous les champs de la santé ainsi qu'avec les autres politiques publiques menées par l'État ou les collectivités locales.

3.3.2 Le nouveau protocole de mise en œuvre et de coordination des actions de prévention peine à trouver sa place dans le dispositif

Prévu par la loi du 14 mars 2016, un protocole doit être établi dans chaque département par le président du conseil départemental avec les différents responsables institutionnels (préfet, DPJJ, ARS, CAF, CPAM, directeur académique des services de l'éducation nationale, MSA...) et associatifs amenés à mettre en place des actions de prévention en direction de l'enfant et de sa famille. Il doit définir les priorités partagées par l'ensemble des acteurs, les hiérarchiser et, au besoin, les

²²¹ Cf. le rapport de l'ONED sur l'étude des schémas départementaux 2015.

compléter. Il doit faire référence aux accords de partenariat conclus entre les responsables mettant en œuvre des actions de prévention.

Les actions de prévention promues et impulsées par les protocoles doivent couvrir aussi bien les dimensions universelles et ciblées de la prévention²²² :

- soutenir et promouvoir le développement de l'enfant ou de l'adolescent (développement physique, affectif, intellectuel et social), dans le respect de ses droits et dans son intérêt ;
- prévenir les difficultés auxquelles l'enfant peut être confronté de nature à compromettre son développement ;
- promouvoir le soutien au développement de la fonction parentale ;
- prévenir les difficultés auxquelles les parents peuvent être confrontés dans l'exercice de leur fonction parentale et de leurs responsabilités éducatives.

A la date de réalisation du présent rapport, sur 49 répondants au questionnaire adressé aux conseils départementaux, 11 (soit 22 %) ont indiqué que ce protocole était en cours de réalisation. 10 (soit 20 %) n'ont pas renseigné cette rubrique, semblant signifier ne pas avoir connaissance de l'existence d'un tel protocole ou de travaux le concernant et 28 (soit 57 %) ont explicitement répondu que de tels travaux n'étaient pas en cours. Ces taux de réponses sont éclairés par les commentaires formulés par les répondants, corroborés par les auditions recueillies par la mission lors de ses déplacements ainsi que par l'examen des schémas départementaux de protection de l'enfance.

Ainsi, lorsque les travaux sont engagés ou vont l'être, c'est souvent en application d'une fiche-action du schéma départemental. Certains répondants indiquent que ce protocole viendra en fait formaliser des partenariats préexistants. Un département, la Manche, l'a réalisé dans un document commun, sur la base du pacte territorial pour l'insertion. Un autre, le Var, envisage de le loger dans un service dédié à la coordination de la prévention, de l'observation et de la prospective. La coordination semble par ailleurs souvent formalisée dans le cadre de partenariats bilatéraux, avec l'éducation nationale, l'ARS, une structure associative, un EPCI, etc.

Mais plusieurs répondants expriment explicitement leurs interrogations quant à l'utilité de réaliser « un énième outil qui s'empilerait aux autres outils (schéma enfance familles, schéma des services aux familles, protocoles et référentiels existants de coopération) ». En l'espèce, le répondant signale que le schéma des services aux familles, copiloté avec la CAF, constitue déjà « un excellent levier de coordination ». Un autre mentionne la « nécessité de clarifier les coordinations avec les différents schémas existants : redondances avec le schéma services aux familles notamment, avec une conception très "descendante" de sa déclinaison ». Ceci conduit parfois les départements à confier cette mission de coordination à une structure issue d'un autre schéma. C'est le cas des Yvelines avec le futur comité enfance-jeunesse prévu dans le cadre du schéma de l'organisation sociale et médico-sociale 2018-2022.

Ainsi, si le principe de la coordination n'est jamais mis en cause, le souci de cette dernière étant très présent dans les schémas départementaux, sa cristallisation dans un formalisme institutionnel souvent qualifié de chronophage et sa redondance avec de nombreux schémas sont souvent jugés peu productifs. Ces propos sont revenus fréquemment lors des auditions, les professionnels

²²² Le protocole de coordination de la prévention et la protection de l'enfance conclu en le président du conseil départemental de la Somme et les partenaires mobilisés a par exemple pour objet de formaliser le circuit des informations préoccupantes, leurs modalités de transmission et le rôle central de l'Espace des droits de l'enfant, lieu de convergence de toutes ces informations concernant un mineur en danger ou en risque de l'être.

appelant à plus de souplesse et surtout plus de temps libéré pour une coordination opérationnelle de terrain, quitte, par exemple, à ce qu'il leur soit demandé de rendre compte deux fois par an de l'effectivité qualitative des partenariats mis en place²²³.

3.3.3 Des modalités alternatives de pilotage et de coordination informelle, plus adaptées aux configurations locales, tendent à se développer

En dehors des lieux officiels, manifestement chronophages et peu opérationnels, des espaces de coordination existent mais s'avèrent plus informels et très « *personnes et lieux dépendants* ».

À rebours des commandes institutionnelles, les conseils départementaux semblent privilégier les partenariats bilatéraux ou « *ad hoc* » dont le périmètre d'intervention est circonscrit mais maîtrisable et sur lequel ils peuvent organiser une coopération à visée opérationnelle. Ces espaces « *ad hoc* » sont plus ou moins protocolisés mais sont très souvent cités, au titre du travail en concertation, par les départements interrogés sur les actions de prévention qu'ils jugent exemplaires²²⁴. Ils ont alors des configurations et des objets variés²²⁵.

Certains départements tentent aussi de combattre les cloisonnements ou la surabondance de plans et schémas locaux en procédant à leur fusion (SDSF et SDPE) ou en développant des approches globales ou transversales territoriales. On note ainsi l'émergence de « schémas uniques », en particulier dans des départements de petite taille, pouvant s'expliquer par le souci compréhensible de mutualisation des moyens et d'économies d'échelle. Ces approches s'inscrivent explicitement dans une logique d'égal accès de tous à des services favorisant la promotion de la santé, l'autonomie, etc. plutôt que de traitement des situations par les risques et les publics. Les auteurs escomptent « *une offre plus équitable pour la population* », une « *politique de prévention plus globale et moins segmentée par public/institutions/territoires* ». Au prix toutefois d'une moindre lisibilité des plans d'action et de l'offre de service, ce que l'ONED avait d'ailleurs déjà identifié dans son rapport 2015, et ce d'autant plus qu'en pratique, les solutions proposées dans les fiches-action de ces schémas ne se distinguent pas fondamentalement de l'offre classique.

²²³ À l'inverse, certaines auditions ont mis en évidence la production de documents de *reporting* quantitatifs et qualitatifs détaillés, souvent volumineux, dont ils ignorent l'usage qui en est fait et sur la capitalisation et mise en commun desquels aucun retour ne leur est adressé.

²²⁴ Cf. les réponses au questionnaire adressé aux conseils départementaux par la mission.

²²⁵ À titre d'illustrations ont été cités des partenariats CAF/CPAM/CD ; CAF/MSA/CD ; ASE/PMI/secteur/insertion/psychologie ; CD avec 26 centres sociaux ; Justice/État/CAF/MSA/services associatifs/éducation nationale/prévention spécialisée/CD ; service de psychiatrie/PMI/LAEP, etc.

4 RECOMMANDATIONS POUR UNE STRATEGIE DE PREVENTION EN PROTECTION DE L'ENFANCE

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

L'absence de cadre partagé concernant la prévention nuit à la clarté des interventions. La mission considère qu'un préalable indispensable consiste à clarifier les approches conceptuelles et à adopter un modèle de prévention permettant :

- de mieux qualifier les actions de prévention en fonction de leur finalité (adopter une typologie adaptée au champ de l'enfance) ;
- d'identifier en conséquence les acteurs compétents et de répartir les missions entre eux (prioriser et planifier les objectifs assignés à chacun) ;
- de faciliter leur nécessaire coordination en partageant les mêmes concepts (faire système et ce faisant « faire prévention ») ;
- de concevoir une organisation et un outillage des services appropriés (allouer les ressources et moyens en conséquence).

L'adoption de ce cadre de référence pourrait, par exemple, prendre la forme d'une conférence de consensus réunissant les acteurs institutionnels, les professionnels, les scientifiques, les représentants des intérêts des enfants et des familles.

Recommandation n°1 : Stabiliser un cadre de référence partagé sur la prévention en protection de l'enfance.

D'autre part, la mission a constaté l'absence de recommandations, références destinées à aider les acteurs à évaluer au mieux les situations et à mettre en œuvre l'action pertinente.

Recommandation n°2 : Elaborer des référentiels communs relatifs au repérage et à l'évaluation des situations, et au contenu des mesures.

Concernant le repérage des vulnérabilités, la mission préconise de développer les référentiels métiers d'analyse des critères de vulnérabilité dans les principaux secteurs en lien avec l'enfance (maternités, PMI, structures de soutien à la parentalité...).

Concernant l'information préoccupante, la mission préconise que l'ONPE poursuive son travail d'élaboration de référentiels afin d'outiller les départements surs :

- la qualification de l'information préoccupante : actuellement les informations reçues par la CRIP font l'objet d'un tri, certaines étant qualifiées de préoccupantes, d'autres exclues du champ sans que cette exclusion ne se fonde sur des critères faisant consensus ;
- l'évaluation de l'information préoccupante, en consolidant les outils d'évaluation des situations individuelles par l'équipe pluridisciplinaire notamment à partir des travaux du CREAL.

Concernant le contenu des mesures mises en œuvre, qu'elles soient décidées par le juge ou non, la mission préconise de réaliser un guide permettant de mettre en regard les situations où le bien-être de l'enfant est mis en cause avec les réponses à apporter. Un travail sur l'intensité, la fréquence, le

contenu des mesures, le type d'intervenant est nécessaire, afin d'apporter la réponse la plus pertinente aux besoins de la famille et de l'enfant.

Enfin, il manque une expertise permettant d'évaluer l'impact des dispositifs mis en œuvre.

Recommandation n°3 : Se doter d'un cadre d'évaluation de l'impact social en matière de prévention en protection de l'enfance.

La mission préconise que l'ONPE lance un appel à projets visant à financer l'évaluation des dispositifs de prévention en protection de l'enfance et, une fois les résultats obtenus, de repérer les pratiques probantes et de favoriser leur capitalisation et leur mutualisation.

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

Les constats de la mission montrent à quel point les facteurs, les contextes et les situations susceptibles de porter atteinte au bien-être de l'enfant, et donc en lien avec les enjeux de la protection de l'enfance, sont multidimensionnels. Les « déterminants » sur lesquels il faut agir en prévention relèvent de nombreux domaines, éducatifs, sanitaires, mais également socio-économiques autour de la question des conditions de vie matérielle de l'enfant et de sa famille.

La mission considère que le renforcement des dispositifs de prévention à visée « universelle » est prioritaire pour agir sur ces déterminants, et que ces dispositifs doivent être portés par les acteurs de droit commun. Les conseils départementaux, dans un contexte de moyens très contraints, ne peuvent à l'évidence porter seuls ces enjeux, ni sur le plan du pilotage « stratégique », ni, *a fortiori*, sur celui de la mise en œuvre opérationnelle. L'enjeu est à cet égard de sortir la protection de l'enfance de ce que de nombreux acteurs qualifient « *d'angle mort des politiques publiques* », en l'inscrivant dans un cadre suffisamment global pour agir de manière simultanée sur ses nombreux déterminants. D'une certaine manière, pour reprendre les termes de l'un des représentants syndicaux auditionnés par la mission, « *la prévention en protection de l'enfance ne doit pas être une politique de plus, elle doit « infuser » toutes les politiques* ».

La mission n'a bien sûr pas passé en revue l'ensemble des politiques concernées, notamment celles relevant du logement, ou de la lutte contre la pauvreté. Ses recommandations ciblent prioritairement trois réseaux d'acteurs qui lui semblent en première ligne en matière de prévention universelle : l'éducation nationale, les acteurs en charge de la santé, et les acteurs en charge des modes d'accueil de la petite enfance et du soutien à la parentalité.

4.2.1 Clarifier la contribution de l'éducation nationale et mieux coordonner les interventions des professionnels de métiers variés

Dans le système scolaire, les investigations de la mission ont mis en évidence que si les contributions des personnels de santé et sociaux sont claires dans les textes et assumées dans les faits sous réserve du temps qu'ils peuvent y consacrer, il n'en va pas de même des responsabilités qui incombent aux enseignants. Les enseignements qui portent sur les droits des enfants, les informations sur la maltraitance et l'éducation à la sexualité notamment, ne sont pas systématiquement assurés, en tout cas pas avec la régularité qui permettrait que les enfants construisent une culture de leurs droits et sachent les faire respecter, acquièrent aussi le sens des limites qui doivent s'attacher à leurs propres comportements.

Par ailleurs, les dispositions mises en œuvre pour lutter contre l'absentéisme et prévenir le décrochage scolaire, conçues comme des obligations administratives dont la portée éducative n'est pas toujours claire, mériteraient d'être mieux explicitées. Il ne s'agit pas d'ajouter de nouvelles charges mais de rendre effectives les contributions souvent invisibles qui incombent aux acteurs du système éducatif.

Recommandation n°4 : Rendre plus lisibles et plus explicites au sein de l'institution scolaire les obligations qui contribuent à la prévention en protection de l'enfance :

- **d'une part, au sein même des programmes en y intégrant des obligations relevant aujourd'hui de prescriptions législatives ;**
- **d'autre part, dans le suivi de la scolarité (assiduité, prévention et traitement du décrochage scolaire).**

Au niveau de l'école maternelle, la mission a entendu, de la part des acteurs de l'éducation nationale, les constatations d'un nombre croissant d'enfants ayant des comportements perturbés et perturbateurs à leur arrivée en petite section et, de la part des experts, des recommandations visant des interventions en prévention les plus précoces possible. Compte tenu du changement de statut qui affectera cette école avec l'obligation d'instruction à partir de trois ans, il convient d'y développer de manière prioritaire des attitudes favorables à la prévention, dans l'intérêt des enfants indissociable de l'intérêt des élèves qu'ils deviennent dans cette école. Les enseignants doivent pouvoir bénéficier de l'aide des professionnels spécialisés (membres des RASED, du service de santé scolaire, du service social en faveur des élèves le cas échéant) ; ils ont aussi à faire partager leur connaissance des enfants aux professionnels qui interviennent dans le parcours de santé des enfants. Des formations et des ressources seront indispensables pour soutenir les évolutions souhaitables.

Recommandation n°5 : Favoriser l'installation d'une culture de la prévention en faveur des enfants des classes et écoles maternelles :

- **en mobilisant les équipes pédagogiques (enseignants et membres des RASED) sur la qualité de l'accueil et sur un suivi vigilant de l'assiduité ;**
- **en associant les parents au projet que l'école met en œuvre pour les jeunes enfants, ce qui suppose des échanges dans un climat de bienveillance ;**
- **en organisant mieux la coordination PMI / médecine scolaire pour assurer au moins un examen médical complet, soit en début de maternelle, soit en dernière année de maternelle ;**
- **en mobilisant l'expertise des équipes pédagogiques (enseignants et membres des RASED) pour une bonne réalisation du parcours de santé des enfants et, pour cela, en mettant à leur disposition des instruments de communication avec les professionnels de la PMI et du service de santé scolaire (référentiels et circuits d'information clairs).**

Les entretiens conduits par la mission convainquent que les directeurs d'école ont un rôle déterminant pour le premier degré ; leur isolement les fragilise d'autant plus que leur formation ne les prépare qu'inégalement à exercer un rôle d'interface avec les familles et avec les institutions compétentes en matière de protection de l'enfance. La collaboration quand elle existe avec des assistants sociaux sécurise les procédures (entretiens avec enfants et parents dans des situations délicates, rédaction des informations préoccupantes...) et apaise des tensions.

Recommandation n°6 : Continuer le déploiement des assistants sociaux dans le premier degré, notamment dans les réseaux d'éducation prioritaire, pour le traitement des situations préoccupantes ; dans les autres secteurs, identifier pour les directeurs d'école un assistant social référent du conseil départemental.

Enfin, à quelque niveau que ce soit, le système éducatif doit pallier le manque de coordination de ses observations ou alertes, à l'interne et avec les acteurs du conseil départemental puisque celui-ci est le chef de file en protection de l'enfance. C'est pour les écoles maternelles et élémentaires que le problème est aujourd'hui le plus net puisque, pour le second degré, le contact avec le conseil départemental est régulièrement assuré par les assistants sociaux implantés dans les établissements ou/et le conseiller technique du directeur académique en matière sociale.

Recommandation n°7 : Intégrer la dimension de prévention en protection de l'enfance au travail du pôle ressource des circonscriptions de l'enseignement primaire qu'il revient aux inspecteurs d'organiser ; envisager la participation d'un professionnel du conseil départemental à cette instance, avec statut de « référent » pour l'inspecteur (cf. recommandation *supra*).

La modalité de mise en œuvre de cette recommandation serait à voir localement en fonction de l'étendue du territoire de la circonscription et du nombre d'écoles en relation avec les territoires de l'action sociale pour le département.

4.2.2 Renforcer la prise en compte des enjeux de la prévention en protection de l'enfance dans le système de santé de « droit commun », dans le cadre d'une complémentarité accrue avec les services de PMI et la médecine scolaire

Les constats formulés par la mission tendent à montrer que le fonctionnement du système sanitaire dans son ensemble ne garantit pas, en raison des insuffisances d'articulation entre ses différents acteurs et des ruptures de prise en charge qui en résultent, que chaque enfant bénéficie d'un suivi médical, y compris aux moments charnières de son parcours. Les constats de la mission font à cet égard largement écho aux orientations et travaux engagés dans le cadre de plusieurs rapports récents ou en cours, s'agissant notamment :

- des réflexions sur la mise en place du « parcours santé-accueil-éducation » des enfants de 0 à 6 ans²²⁶, qui doit être mis en place dans le cadre du volet « prévention » de la stratégie nationale de santé 2018-2022 ;
- des travaux portant sur les conditions de déploiement des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)²²⁷, créées par la loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016, qui regroupent, à leur initiative, les professionnels de santé d'un territoire pour en améliorer la coordination.

Les constats formulés par la mission sur les limites des interventions de la PMI justifient en outre de se réinterroger sur les missions mêmes de ce réseau, entre maintien d'une approche universaliste, même proportionnée, ou ciblage plus systématique des interventions, mais également au regard de la double mission du réseau (en charge également de la surveillance et du

²²⁶ Une mission actuellement en cours a été confiée par les ministres des solidarités et de la santé et de l'éducation nationale à la députée du Loiret, Mme Stéphanie Rist, et à la directrice adjointe de la PMI de la métropole de Lyon, Mme Marie-Sophie Barthes-Derrien.

²²⁷ Cf. le rapport parlementaire précité de Mme Ericka Bareigts, députée de la Réunion, et de M. Cyrille Isaac-Sibille, député du Rhône, relative à la prévention santé en faveur de la jeunesse.

contrôle des crèches et des assistantes maternelles). Une mission parlementaire²²⁸ est en cours à ce sujet, à la demande de la ministre des solidarités et de la santé. Dans ce contexte, la mission n'a pas souhaité « trancher » ce débat ; *a fortiori*, elle n'a pas abordé la question des éventuelles évolutions de gouvernance, de statut et de financement des services de PMI qui pourraient, en fonction des orientations retenues, accompagner un repositionnement de leurs missions.

En revanche, la mission formule des recommandations qu'il lui semble important de prendre en compte dans le cadre des réflexions ci-dessus, visant dans tous les cas à mieux articuler les interventions de la PMI, de la médecine scolaire et de la médecine libérale et hospitalière pour renforcer la complémentarité et la continuité des prises en charge. Elle propose pour cela :

- de s'appuyer sur les dispositifs de « droit commun » que constituent les CPTS et les contrats locaux de santé (CLS), plutôt que sur des dispositifs de coordination spécifiques, en renforçant le lien avec le pilotage par l'ARS de la politique de santé publique ;
- d'engager prioritairement la dématérialisation des échanges d'informations relatifs au suivi de l'enfant, en lien avec l'objectif de disposer, à terme, d'un « carnet de santé » dématérialisé pour chaque enfant dès la naissance. Les travaux menés au sein de l'éducation nationale dans le cadre du projet ESCULAPE sont positifs, mais doivent s'inscrire dans une visée interinstitutionnelle décloisonnée, en direction d'abord des services de PMI ;
- de renforcer nettement la coordination des interventions en périnatalité.

Recommandation n°8 : Renforcer la continuité et la complémentarité des interventions de la PMI, de la médecine scolaire, de la médecine libérale et hospitalière en :

- **s'appuyant sur les CPTS et les CLS pour renforcer les pratiques de coopération et d'échange entre les professionnels sur la prévention en protection de l'enfance, concernant le repérage, la prévention, les passages de relais dans les prescriptions, et le maillage du territoire ;**
- **développant prioritairement, dans la mise en œuvre du parcours de santé de l'enfant de 0 à 6 ans, les systèmes d'information permettant des échanges dématérialisés entre les professionnels (de la médecine libérale vers la PMI pour la transmission des certificats de santé ; entre PMI et médecine scolaire), afin de disposer d'alertes automatiques en l'absence de suivi de l'enfant, et à terme de mettre en place un dossier médical partagé informatisé dès la naissance ;**
- **renforçant l'articulation entre PMI et médecine hospitalière en périnatalité en généralisant et en homogénéisant les protocoles de coordination entre services de PMI et maternités, en positionnant plus nettement le rôle des services de PMI dans les réseaux régionaux de périnatalité, et en redéfinissant les rôles des sages-femmes de PMI et des sages-femmes libérales dans le cadre du PRADO ;**
- **inscrivant la prise en compte des enjeux de la prévention en protection de l'enfance dans le projet régional de santé piloté par l'ARS.**

Concernant la périnatalité, les protocoles de coordination entre maternités et services de PMI devraient notamment viser à organiser le suivi systématique de la grossesse (avec un mécanisme d'alerte lorsqu'on constate à la naissance qu'aucun suivi de grossesse n'a eu lieu) et les sorties de maternité notamment dans le cadre du PRADO.

²²⁸ Mission confiée à Mme Michèle Peyron, députée de Seine-et-Marne.

À cet égard, la mission considère qu'une réflexion pourrait être conduite sur le renforcement de la portée du dispositif du PRADO en prévention en protection de l'enfance – le dispositif représentant à la fois un risque (s'agissant d'une sortie plus rapide de la maternité) et une opportunité (l'intervention des sages-femmes ayant lieu à domicile). Les services de PMI pourraient dans ce cadre être positionnés en « 2^{ème} niveau » d'intervention, à la demande des sages-femmes libérales dont la formation serait renforcée sur les enjeux de prévention en protection de l'enfance. Une réflexion sur une articulation possible entre le PRADO et le dispositif PANJO pourrait à terme être menée.

4.2.3 Renforcer la dimension préventive des dispositifs de petite enfance

L'accueil en crèche ou chez une assistante maternelle intervient à un moment crucial du développement des liens entre l'enfant et ses parents et peut être l'occasion de repérer les difficultés dans l'établissement de ces liens et aussi de consolider la relation. De plus, la crèche permet au parent isolé de « souffler » et à l'enfant de connaître une autre expérience de socialisation. Cependant, dans les faits, le moindre accès des familles les plus vulnérables à des places en crèche ne permet pas d'utiliser ces dispositifs dans une logique de prévention autant qu'il serait souhaitable.

C'est pourquoi la mission propose de mieux prendre en compte la vulnérabilité dans les critères d'attribution des places en crèche et de renforcer le rôle de la crèche et de l'assistante maternelle dans le soutien à la parentalité, en développant un référentiel éducatif²²⁹. Pour les assistantes maternelles, les réseaux d'assistantes maternelles (RAM) sont un bon vecteur pour diffuser une dynamique pédagogique auprès des assistantes maternelles. Sur ces deux sujets (crèches et assistantes maternelles), il faudra tirer les conséquences de l'évaluation des expérimentations engagées dans quelques départements et, si elles sont probantes, diffuser les bonnes pratiques.

Recommandation n°9 : Renforcer le rôle de prévention de la crèche et des assistantes maternelles :

- **en faisant de l'accès des personnes vulnérables un critère d'attribution des places de crèche (et en valorisant davantage cet aspect dans le barème CNAF) ;**
- **en renforçant le référentiel éducatif des crèches ;**
- **en confortant le rôle des RAM dans le soutien à la parentalité.**

Concernant les dispositifs de soutien à la parentalité cofinancés par la CAF, la mission a constaté que les modes d'intervention des LAEP et REAAP étaient peu étayés et rarement appuyés sur des référentiels précis, que le choix de leurs implantations relevait plus d'une logique d'opportunité que d'une réflexion sur les besoins. À cela s'ajoute un problème de visibilité et de lisibilité de l'offre pour les familles et les professionnels pouvant orienter celles-ci. Cependant, certaines formes de ces dispositifs sont, aux dires des professionnels, bénéfiques notamment lorsqu'ils sont adossés à un centre social, à une PMI et qu'une synergie peut se créer entre toutes ces structures. Un travail d'évaluation de l'impact des LAEP et REAAP qui mettrait au jour leurs conditions de réussite serait nécessaire.

²²⁹ La mission reprend à son compte les orientations du rapport de l'AMF « *Vade-mecum, attribution des places de crèches* » de 2018 qui propose de « *panacher les critères d'attribution retenus, afin de répondre à la fois aux familles désirant concilier vie familiale et vie professionnelle et à celles en situation de précarité* » et du rapport « *Stratégie de prévention et de lutte contre la pauvreté des enfants et des jeunes* » qui propose d'attribuer des bonus-malus liés à l'accueil d'enfants pauvres ou fragilisés et de renforcer le référentiel éducatif des crèches.

Recommandation n°10 : Préciser la place des LAEP et REAAP dans le soutien à la parentalité et s'assurer qu'ils bénéficient aux familles qui en ont le plus besoin.

4.2.4 Sensibiliser l'ensemble de la population à l'enfance en danger

À la suite du plan interministériel de mobilisation et de lutte contre les violences faites aux enfants qui mettait en évidence un défaut de sensibilisation de l'ensemble de la population à la question de l'enfance en danger ou en risque de danger, la mission préconise de mieux informer sur le numéro vert 119 « Allô, enfance en danger ». Une réflexion sur les supports de communication doit être conduite pour tirer parti de l'évolution des médias et notamment prendre en compte les réseaux sociaux.

Au-delà de l'information du grand public, le code de l'action sociale et des familles prévoit un affichage concernant le 119 dans les lieux publics accueillant des enfants, la mise en œuvre de cette obligation doit être vérifiée. Un accompagnement est nécessaire auprès des parents et des enfants afin de les aider à s'approprier cette information.

Recommandation n°11 : Renforcer l'information sur le 119 par le biais de campagnes multi-supports en population générale et aussi en accompagnant la communication autour des affichages ciblés.

4.3 Renforcer l'efficacité et le ciblage des interventions des conseils départementaux en agissant plus précocement et plus intensivement, notamment dans le champ des interventions à domicile

Les conseils départementaux mobilisent de nombreux dispositifs à visée préventive en direction des familles dont la vulnérabilité est repérée. Ces interventions restent cependant très insuffisantes quantitativement et qualitativement. Les professionnels de terrain pointent les limites de leurs interventions, étant le plus souvent contraints de « prioriser » le traitement des situations et de n'agir « qu'à chaud » et en urgence, au regard de situations de risque voire de danger avéré.

La contrainte de moyens qui pèse sur les conseils départementaux est à cet égard déterminante. Dans ce contexte, seule une réorientation des dépenses de placement, dont la dynamique obère aujourd'hui les marges d'action des départements, vers des dispositifs à visée préventive plus précoces, plus intensifs et donc plus efficaces, peut permettre de dégager des marges de manœuvre – sous réserve que la « bascule » opérée soit suffisamment significative pour que ces dispositifs puissent « porter leurs fruits » en évitant le placement.

De nombreuses expérimentations se développent en ce sens dans les territoires, mais à une échelle encore très limitée. De telles expérimentations devraient être mieux suivies et évaluées, et mieux « cadrées » ; l'enjeu est en effet majeur au regard du parcours des enfants – le développement de ces dispositifs ne devant évidemment pas conduire à retarder le placement et la mise en sécurité de ceux qui doivent l'être.

Les recommandations de la mission s'inscrivent dans cette logique, dans le champ spécifique de la périnatalité d'une part, et dans celui des interventions à domicile, prises dans leur ensemble, d'autre part.

4.3.1 Renforcer les étayages en périnatalité et durant la petite enfance (0 à 3 ans)

Les enjeux qui s'attachent à la période périnatale en protection de l'enfance sont cruciaux, au regard de la vulnérabilité évidente des bébés et des parents, notamment bien sûr des mères. Les constats de la mission mettent à cet égard en évidence l'insuffisance, quantitative et qualitative, des étayages existants, qu'ils relèvent de la PMI, dont les visites à domicile ont significativement diminué, ou de l'accueil en centre maternel et parental. L'absence d'offre d'hébergement adaptée constitue dans certaines situations de vulnérabilité et de précarité l'élément déterminant.

Des dispositifs innovants se développent cependant sur de nombreux territoires, autour d'interventions intensives de la PMI, en partenariat avec d'autres professionnels (travailleurs sociaux, TISF), ou en prenant appui sur des lieux d'accueil de jour des jeunes enfants et des structures de soutien à la parentalité, ou encore des structures d'hébergement proposant une offre adaptée aux familles en situation de vulnérabilité. La nécessité de mieux outiller les professionnels au travers de référentiels d'intervention éprouvés et évalués est également largement perçue et se développe, notamment dans le cadre du dispositif « PANJO » piloté par Santé publique France.

Recommandation n°12 : Renforcer prioritairement les dispositifs de prise en charge préventive ciblés en périnatalité en :

- **développant les étayages ciblés à domicile de la PMI en périnatalité et durant la petite enfance à partir de méthodes et d'outils mieux formalisés et éprouvés ;**
- **développant, à partir des expérimentations en cours dans certains départements, des lieux d'accueil de jour pour les enfants de 0 à 3 ans, adossés à des dispositifs de soutien à la parentalité renforcés pour les parents ;**
- **intensifiant l'effort de création de places en centres maternels et parentaux et l'offre d'hébergement adaptée aux familles en situation de vulnérabilité.**

4.3.2 Engager un chantier de remise à plat des interventions à domicile dans leur ensemble, accompagné d'expérimentations visant à déployer à une échelle significative des dispositifs de maintien à domicile renforcés ou « mixtes »

Les interventions à domicile financées par les conseils départementaux, prises dans leur ensemble (TISF, AESF et AED dans le champ administratif, MJAGBF et AEMO dans le champ judiciaire) constituent le principal levier d'action des conseils départementaux dans la mise en place d'étayages préventifs ciblés, visant souvent à éviter le placement. Les constats de la mission mettent en évidence les limites de ces interventions : très contingentées en nombre, elles sont trop tardives ; leur contenu est souvent inadapté, trop peu intensif au regard de l'importance des difficultés, trop peu ciblé au regard de certaines problématiques (handicap notamment). Leurs cadres d'action apparaissent trop cloisonnés ou insuffisamment articulés pour répondre à la demande « globale » des familles, d'autant plus que leur mise en œuvre s'effectue souvent dans une logique de silos, insuffisamment coordonnée et source, parfois, de redondances. Enfin, le système de données, particulièrement lacunaire, ne permet ni de connaître réellement leur contenu, ni de les évaluer – en l'absence aussi de tout référentiel partagé.

De nombreux dispositifs innovants se développent dans les départements, plus intensifs et « renforcés », ou construits dans une logique d'accompagnement global, en mobilisant parfois les travailleurs sociaux de secteur. En s'appuyant sur ce mouvement, la mission considère qu'un chantier de remise à plat des interventions à domicile devrait être engagé avec l'ensemble des acteurs concernés, conseils départementaux, services judiciaires, associations prestataires,

représentants des familles. Au vu des constats qu'elle a formulés, la mission recommande que ce chantier se structure autour de plusieurs objectifs.

Recommandation n°13 : Engager un chantier de remise à plat des interventions à domicile dans leur ensemble, visant à :

- **renforcer la précocité des interventions, en direction notamment des enfants de 6 à 11 ans, et mettre en place des dispositifs permettant de contenir, le cas échéant, les délais de mise en œuvre ;**
- **renforcer l'intensité de l'accompagnement notamment dans le cadre des actions éducatives (AED comme AEMO), mais également dans le cadre de l'intervention des TISF ;**
- **mieux articuler et renforcer la complémentarité opérationnelle des différents dispositifs et intervenants ;**
- **construire un système de remontée d'informations homogène et structuré en direction notamment des prestataires d'AED et d'AEMO, permettant à terme de mieux piloter et évaluer les interventions et d'alimenter l'élaboration de référentiels partagés.**

Recommandation n°14 : Renforcer les étayages intensifs ciblés sur des problématiques clés et à fort effet de levier en prévention :

- **promouvoir les dispositifs d'accompagnement budgétaire en renforçant la mobilisation des AESF ;**
- **mettre en place des dispositifs d'accompagnement à domicile permettant un étayage renforcé des parents en situation de handicap, en partenariat avec les services sanitaires et médico-sociaux compétents.**

De nombreux départements se sont par ailleurs engagés dans la mise en œuvre de dispositifs « mixtes » ou « modulaires » du type du placement à domicile, ou des accueils de jour. Au vu de ses constats, la mission considère qu'un réel potentiel préventif s'attache à ces dispositifs, mais que leur développement est insécurisé par l'absence de tout dispositif robuste de suivi et d'analyse.

Recommandation n°15 : Mettre en place un dispositif de suivi et d'analyse du développement des dispositifs de maintien à domicile à caractère « mixte » ou « modulaire », notamment le placement à domicile et les accueils de jour.

Concernant cette recommandation, la mission souligne l'intérêt d'élargir la réflexion et le suivi aux dispositifs d'internats scolaires qui pourraient être mis en œuvre dans certains départements.

Enfin, la mission pointe un enjeu de méthode sur ce chantier. Il pourrait en effet être envisagé d'engager dans ce cadre des expérimentations visant à déployer à une échelle beaucoup plus significative qu'aujourd'hui les dispositifs évoqués ci-dessus, dans quelques départements ou territoires volontaires. De telles expérimentations devraient être étroitement pilotées sous l'angle de leur efficacité dans la prise en charge des familles – leur généralisation ne devant être envisagée qu'au vu d'une évaluation robuste. Elles devraient l'être également sous l'angle économique et financier au regard de la « bascule » nécessaire des crédits qu'elles nécessiteraient dans les départements concernés – l'objectif étant alors d'évaluer la possibilité d'engager, au terme d'une nécessaire phase de transition, une réorientation significative de la dépense des départements des placements qui seraient ainsi évitées, vers des dépenses à visée plus préventive, et de dégager ainsi des marges de manœuvre financières.

Ce pilotage viserait, à cet égard, à contrôler que ce mouvement ne se traduise pas par des retards dans le placement et la mise en sécurité d'enfants qui doivent l'être en raison de la situation de

risque ou de danger dans laquelle ils se trouvent – d'autant plus que dans certains départements, les places disponibles en établissement sont insuffisantes. L'objectif serait de développer des dispositifs alternatifs au placement efficaces dans des situations bien spécifiques, qui devraient être clairement précisées dans le cadre d'un référentiel partagé. Ces dispositifs devraient se développer à partir d'un diagnostic mieux étayé des besoins, afin que la contrainte liée au nombre de places disponibles ne pèse plus sur leurs conditions de mobilisation.

Au vu de ces multiples enjeux, un accompagnement au plan national de ces expérimentations, visant notamment à en organiser l'évaluation, paraît très souhaitable, le cas échéant dans le cadre d'un renforcement de la capacité d'animation de la politique de protection de l'enfance au niveau national (cf. *infra*, recommandation n°23).

Recommandation n°16 : Engager, dans le cadre d'un chantier global sur les interventions à domicile, des expérimentations étroitement pilotées dans quelques départements volontaires, visant à déployer de manière significative les dispositifs de maintien à domicile « renforcés » ou « mixtes », en réorientant progressivement et au terme d'une nécessaire phase de transition les crédits budgétaires en conséquence.

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

4.4.1 Adapter les modes d'interventions du travail social aux enjeux de la prévention en protection de l'enfance

Les constats de la mission mettent en avant les limites que rencontrent les travailleurs sociaux « généralistes », notamment dans le cadre de la polyvalence de secteur, à « jouer leur rôle » en matière de prévention en protection de l'enfance, au regard de l'évolution de leurs modes d'action – et ce en dépit du fait qu'ils estiment tous qu'il s'agit là d'une dimension essentielle de leur travail, de leur « cœur de métier ». Au regard de l'importance de ce réseau dans le « premier accueil » des familles les plus vulnérables, la mission considère que la rénovation de ses modes d'action doit être centrale dans toute stratégie de prévention en protection de l'enfance.

Les recommandations de la mission ci-dessous font à cet égard largement écho aux principaux axes de la stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté, notamment autour de la mise en œuvre, d'une part, d'un « premier accueil social inconditionnel » de proximité et accessible à tous, dans une logique de développement social et, d'autre part, d'un « référent de parcours » visant à mieux accompagner les personnes, à mieux les associer à la construction de leur parcours, et à faciliter la coopération et le partage d'information entre les professionnels concernés.

Recommandation n°17 : Inscrire la prévention en protection de l'enfance au cœur des enjeux de la rénovation du travail social, en particulier dans trois directions :

- en garantissant dans l'activité des travailleurs sociaux la possibilité d'une approche globale de la famille, qui ne soit pas conditionnée par l'entrée par tel ou tel dispositif ;
- en accompagnant l'évolution des modes d'intervention des travailleurs sociaux, et notamment leur capacité à articuler actions individuelles et actions collectives, et à prendre appui sur l'environnement de la famille et sur les ressources du territoire pour « aller vers » les populations les plus isolées ;
- en renforçant la stabilité du référent au contact des familles, et en veillant à la qualité des passages de relais en cas de changement du travailleur social.

La mission souligne à cet égard le rôle de l'encadrement et l'attention qui doit être portée à la qualité du « management » des travailleurs sociaux pour accompagner ces évolutions.

La mission pointe par ailleurs un enjeu particulier en matière de prévention en protection de l'enfance : l'importance des visites à domicile. Alors que les témoignages recueillis font état d'une diminution du nombre de ces visites, la mission recommande de mettre en place un suivi particulier de l'activité des travailleurs sociaux à cet égard.

Recommandation n°18 : Porter une attention particulière au maintien de la capacité des travailleurs sociaux à effectuer des visites à domicile à une échelle significative.

Enfin, la mission n'a pu que constater le développement limité des actions éducatives conduites dans le cadre administratif, avec l'accord des familles, au regard des actions conduites dans le cadre judiciaire. Si cet état de fait tient à de multiples causes, notamment organisationnelles, il renvoie aussi à un enjeu de posture des travailleurs sociaux, et de capacité à construire les « fondements » de la relation avec la famille nécessaires à la mise en œuvre de telles mesures.

Recommandation n°19 : Renforcer la formation des travailleurs sociaux en charge de l'ASE sur les « leviers » de la protection administrative, notamment autour de la création d'un lien de confiance et d'adhésion avec les familles.

La mission recommande de capitaliser à cette fin sur les bonnes pratiques existantes dans certains territoires.

4.4.2 Renforcer la formation et le soutien apporté aux professionnels en contact avec l'enfant

La mission rejoint largement les constats effectués par de nombreux acteurs quant à l'insuffisance des formations initiales et continues dans le domaine de la protection de l'enfance. Au-delà du cadre et des enjeux des politiques de protection de l'enfance, ce sont les connaissances des professionnels sur le développement et les besoins de l'enfant qui doivent être confortées, au regard des avancées intervenues dans ce domaine.

Trois réseaux d'acteurs paraissent à cet égard prioritaires :

les enseignants, qui sont très inégalement préparés à aborder avec sérénité des sujets qu'il est souvent délicat de traiter avec un collectif d'enfants dont les vécus divers risquent toujours de surgir publiquement en classe ;

- les médecins, au regard des insuffisances constatées en matière de repérage des enfants en situation de vulnérabilité ou de risque, et de prise en charge de ces derniers. Le renforcement de la formation initiale et continue devrait porter sur le repérage de la maltraitance, les IP et leur portée, le cadre de référence en protection de l'enfance, ainsi que le cadre juridique concernant le secret médical dès lors qu'existe un enjeu en protection de l'enfance, notamment en direction de certaines spécialités (psychiatrie adulte) ;
- les personnels des structures d'accueil de la petite enfance.

Recommandation n°20 : Renforcer la formation initiale et continue des principaux professionnels en contact avec l'enfance sur le développement des enfants, leurs besoins, et sur le cadre et les enjeux de la protection de l'enfance, et en priorité des personnels de l'éducation nationale, des personnels de santé (médecins libéraux et hospitaliers, infirmiers, sages-femmes) et des personnels des structures d'accueil de la petite enfance.

Au-delà, alors que le cadre législatif et réglementaire est, depuis la loi du 5 mars 2007, particulièrement ambitieux en matière de formations interinstitutionnelles²³⁰, celles-ci paraissent très peu mises en œuvre, faute qu'ait été élaboré le cadre conventionnel nécessaire à leur réalisation. De telles formations paraissent cependant particulièrement pertinentes, notamment dans le cadre de la formation continue, dans l'objectif de favoriser la connaissance mutuelle et une culture commune sur les enjeux de la protection de l'enfance, allant au-delà des questions de repérage.

Recommandation n°21 : Soutenir le développement des formations interinstitutionnelles en protection de l'enfance, dans le cadre des protocoles de coordination en prévention en protection de l'enfance.

Enfin, les constats de la mission montrent le besoin d'un soutien renforcé des professionnels en contact avec les enfants, qui leur permette d'échanger avec un pair expérimenté et compétent sur les enjeux de la protection de l'enfance. Deux réseaux sont à cet égard prioritaires, l'éducation nationale et les professionnels de santé.

Recommandation n°22 : Renforcer le soutien apporté aux professionnels en contact avec les enfants, en mettant à leur disposition un référent clairement identifié sur les questions de protection de l'enfance, en priorité :

- au sein de l'éducation nationale, en désignant pour chaque école un assistant social référent (celui du secteur de collège ou un conseiller désigné au niveau de l'inspection académique ou un professionnel du département) ;
- en direction du système de santé de « droit commun », en garantissant que tous les professionnels disposent d'un référent bien identifié en protection de l'enfance, qui pourrait être le médecin référent de PMI pour les médecins libéraux, et un référent systématiquement désigné en milieu hospitalier pour les médecins intervenant dans ce cadre.

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

La mission a pu constater l'existence d'un paradoxe entre le besoin et la demande forte de coordination de tous les acteurs d'une part, et l'expression d'une juxtaposition excessive et

²³⁰ Article L. L542-1 du code de l'éducation : « Les médecins, l'ensemble des personnels médicaux et paramédicaux, les travailleurs sociaux, les magistrats, les personnels enseignants, les personnels d'animation sportive, culturelle et de loisirs et les personnels de la police nationale, des polices municipales et de la gendarmerie nationale reçoivent une formation initiale et continue, en partie commune aux différentes professions et institutions, dans le domaine de la protection de l'enfance en danger. Cette formation comporte un module pluridisciplinaire relatif aux infractions sexuelles à l'encontre des mineurs et leurs effets. Cette formation est dispensée dans des conditions fixées par voie réglementaire. ». Les dispositions d'application réglementaires sont fixées à l'article D. 542-1.

chronophage des divers plans et schémas de coordination d'autre part. Ce paradoxe s'exprime de différentes manières aux niveaux national, départemental et local (*infra*-départemental).

- Au niveau national, le caractère très largement décentralisé de la politique a conduit à une moindre visibilité de la protection de l'enfance dans le champ des politiques publiques, à la différence par exemple, de ce qui peut exister dans le champ du handicap. Il est ainsi constaté l'absence d'une véritable structure en charge du pilotage de la stratégie nationale de protection de l'enfance, de la convergence et de l'enrichissement des systèmes d'information, de l'interprétation des données et de leur homogénéisation, ainsi que de l'élaboration de recommandations de bonnes pratiques et de l'évaluation des pratiques expérimentales. Sans remettre en cause la décentralisation de la protection de l'enfance, il paraît nécessaire de combler ce déficit par un renforcement de la capacité d'animation et de consolidation nationales de cette politique, notamment dans un souci d'équité et de réduction des fortes inégalités territoriales constatées par la mission.
- Au niveau départemental, il y a lieu d'identifier les freins au développement des protocoles de mise en œuvre et de coordination des actions de prévention introduits par la loi du 14 mars 2016 et de réorienter au besoin leur contenu pour en faire des outils vivants de pilotage. La valeur ajoutée et la différenciation de ces protocoles, jugés redondants avec les autres schémas départementaux existants, pourrait consister à en circonscrire le périmètre à la coordination des seuls dispositifs de prévention ciblés. La coordination des dispositifs à vocation universelle tels que le soutien à la parentalité ou ceux relatifs à la santé ont en revanche vocation à être traités dans les supports et lieux de concertation appropriés (schémas départementaux des familles, ARS). Il s'agirait par ailleurs de conférer à ces protocoles, constamment tenus à jour, une visée plus méthodologique (annuaires, fiches de liaison, réseaux de correspondants, offre de services, plateformes de ressources partagées, programmation de formations communes...).
- Au niveau local, se fait sentir la nécessité d'encourager, à l'initiative des acteurs, des partenariats opérationnels « *ad hoc* », de configuration variable selon les sujets mais capables de mobiliser rapidement les équipes, dans une visée de résolution de cas individuels ou sectoriels (échanges d'informations, points de situation et d'étape, rencontres hebdomadaires ou mensuelles sur un format court et « prático-pratique », cellules d'urgence, traitement de situations complexes, cas de décrochage scolaire ou de déscolarisation...).

Recommandation n°23 : Conforter le pilotage opérationnel et stratégique et les partenariats :

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

Le renforcement de la capacité d'animation et de consolidation que la mission appelle de ses vœux au niveau national pourrait prendre appui sur le GIP « enfance en danger » (GIPED), dont la nature institutionnelle est adaptée à la pluralité des acteurs en charge de la prévention en protection de l'enfance, au-delà des conseils départementaux. Ses missions devraient, le cas échéant, être élargies et ses ressources adaptées en conséquence.

Par ailleurs, dans le cadre du renforcement du pilotage opérationnel et stratégique de la politique menée, la mission considère nécessaire de doter les décideurs locaux et nationaux d'un système d'information permettant d'assurer le suivi et l'évaluation des dispositifs, et de disposer d'éléments d'analyse sur les parcours des enfants - le tout devant permettre une meilleure compréhension des déterminants de la prévention, de l'impact des différentes interventions et, à terme, une réponse de la puissance publique plus efficace.

Stéphanie DUPAYS,

Hervé LANOUZIERE,

Bénédicte LEGRAND-JUNG

Frédéric THOMAS

Viviane BOUYASSE

Membres de l'Inspection
générale des affaires sociales

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

Inspectrice générale de
l'éducation nationale

RECOMMANDATIONS DE LA MISSION

Les recommandations dans ce tableau ont été synthétisées, leur contenu est explicité et détaillé dans la partie 4 du rapport.

N°	Recommandation	Autorité responsable	Echéance
Stabiliser un cadre de référence partagé sur la prévention en protection de l'enfance			
1	Adopter un cadre conceptuel partagé sur la prévention en protection de l'enfance dans le cadre d'une conférence de consensus	Conférence de consensus associant l'ensemble des acteurs concernés	2019
2	Elaborer des référentiels communs relatifs au repérage et à l'évaluation des situations, et au contenu des mesures	Structure d'animation nationale en lien avec l'ensemble des acteurs concernés	2020
3	Se doter d'un cadre d'évaluation de l'impact social en matière de prévention en protection de l'enfance	Structure d'animation nationale en lien avec l'ensemble des acteurs concernés, DREES	2022
Concentrer les efforts en prévention universelle dans les dispositifs de droit commun, prioritairement dans les domaines de l'éducation, de la santé et de la petite enfance			
Clarifier la contribution de l'éducation nationale et mieux coordonner les interventions des professionnels de métiers variés			
4	Rendre plus lisibles et plus explicites au sein de l'institution scolaire les obligations qui contribuent à la prévention en protection de l'enfance	DGESCO	2019-2020
5	Favoriser l'installation d'une culture de la prévention en faveur des enfants des classes et écoles maternelles	DGESCO	2019-2020
6	Continuer le déploiement des assistants sociaux dans le premier degré, notamment dans les réseaux d'éducation prioritaire, pour le traitement des situations préoccupantes ; dans les autres secteurs, identifier pour les directeurs d'école un assistant social référent du conseil départemental	DGESCO	2019-2020
7	Intégrer la dimension de prévention en protection de l'enfance au travail du pôle ressource des circonscriptions de l'enseignement primaire qu'il revient aux inspecteurs d'organiser ; envisager la participation d'un professionnel du conseil départemental à cette instance, avec statut de « référent » pour l'inspecteur (cf. recommandation <i>supra</i>)	DGESCO, conseils départementaux	2019-2020
Renforcer la prise en compte des enjeux de la prévention en protection de l'enfance dans le système de santé de « droit commun », dans le cadre d'une complémentarité accrue avec les services de PMI et la médecine scolaire			
8	Renforcer la continuité et la complémentarité des interventions de la PMI, de la médecine scolaire, de la	DGESCO, DGOS, conseils départementaux	2019-2020

	médecine libérale et hospitalière		
Renforcer la dimension préventive des dispositifs de petite enfance			
9	Renforcer le rôle de prévention de la crèche et des assistantes maternelles	DGCS, CNAF	2019-2020
10	Préciser la place des LAEP et REAAP dans le soutien à la parentalité et s'assurer qu'ils bénéficient aux familles qui en ont le plus besoin	CNAF, conseils départementaux	D'ici la fin de la COG 2018-2022
Sensibiliser l'ensemble de la population à l'enfance en danger			
11	Renforcer l'information sur le 119 par le biais de campagnes multi-support en population générale et aussi en accompagnant la communication autour des affichages ciblés	GIPED	2019
Renforcer l'efficacité et le ciblage des interventions des conseils départementaux en agissant plus précocement et plus intensivement, notamment dans le champ des interventions à domicile			
Renforcer les étayages en périnatalité et durant la petite enfance (0 à 3 ans)			
12	Renforcer prioritairement les dispositifs de prise en charge préventive ciblés en périnatalité	Conseils départementaux	2019-2020
Engager un chantier de remise à plat des interventions à domicile dans leur ensemble, accompagné d'expérimentations visant à déployer à une échelle significative des dispositifs de maintien à domicile renforcés ou « mixtes »			
13	Engager un chantier de remise à plat des interventions à domicile dans leur ensemble	Conseils départementaux avec un appui méthodologique d'une structure d'animation nationale	2019-2020
14	Renforcer les étayages intensifs ciblés sur des problématiques clés et à fort effet de levier en prévention	Conseils départementaux	2019-2020
15	Mettre en place un dispositif de suivi et d'analyse du développement des dispositifs de maintien à domicile à caractère « mixte » ou « modulaire », notamment le placement à domicile et les accueils de jour	Conseils départementaux avec un appui méthodologique d'une structure d'animation nationale	2020 -2022
16	Engager, dans le cadre d'un chantier global sur les interventions à domicile, des expérimentations étroitement pilotées dans quelques départements volontaires, visant à déployer de manière significative les dispositifs de maintien à domicile « renforcés » ou « mixtes », en réorientant progressivement et au terme d'une nécessaire phase de transition les crédits budgétaires en conséquence	Conseils départementaux avec un appui méthodologique d'une structure d'animation nationale	2019-2022
Faire évoluer les modes d'action et les pratiques des professionnels			
Adapter les modes d'interventions du travail social aux enjeux de la prévention en protection de l'enfance			
17	Inscrire la prévention en protection de l'enfance au cœur des enjeux de la rénovation du travail social	DGCS et conseils départementaux	2019
18	Porter une attention particulière au maintien de la capacité des travailleurs sociaux à effectuer des visites à domicile à une échelle significative	Conseils départementaux	2019

19	Renforcer la formation des travailleurs sociaux en charge de l'ASE sur les « leviers » de la protection administrative, notamment autour de la création d'un lien de confiance et d'adhésion avec les familles	DGCS et conseils départementaux	2019
Renforcer la formation et le soutien apporté aux professionnels en contact avec l'enfant			
20	Renforcer la formation initiale et continue des principaux professionnels en contact avec l'enfance sur le développement des enfants, leurs besoins, et sur le cadre et les enjeux de la protection de l'enfance, et en priorité des personnels de l'éducation nationale, des personnels de santé (médecins libéraux et hospitaliers, infirmiers, sages-femmes) et des personnels des structures d'accueil de la petite enfance	DGCS, DGESCO, DGOS	2020
21	Soutenir le développement des formations interinstitutionnelles en protection de l'enfance, dans le cadre des protocoles de coordination en prévention en protection de l'enfance	Conseils départementaux, DGCS	2019
22	Renforcer le soutien apporté aux professionnels en contact avec les enfants, en mettant à leur disposition un référent clairement identifié sur les questions de protection de l'enfance	Conseils départementaux, DGESCO et DGOS	2019
Conforter les partenariats et le pilotage opérationnel et stratégique, « au bon niveau » et « au bon moment »			
23	Conforter le pilotage opérationnel et stratégique et les partenariats	DGCS, structure d'animation nationale, conseils départementaux	2019

LETTRE DE MISSION



MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ

MINISTÈRE
DE L'ÉDUCATION NATIONALE

Les Ministres

Paris, le 9.4.2018

La Ministre des Solidarités et de la Santé
Le Ministre de l'Éducation Nationale

à

Madame la Cheffe de l'Inspection générale
des affaires sociales
Madame la Doyenne de l'Inspection
générale de l'éducation nationale

Objet : Évaluation de la mise en œuvre de la mission de prévention en matière de protection de l'enfance.

Politique décentralisée dont le chef de file territorial est le conseil départemental, la protection de l'enfance et de l'adolescence est régie par les dispositions de la loi du 14 mars 2016 et ses décrets d'application qui ont :

- réaffirmé son principal objectif, à savoir la protection des enfants et le ciblage des actions sur leurs besoins fondamentaux ;
- souligné l'importance des actions de prévention¹ en faveur de l'enfant et auprès de ses parents, lesquelles comprennent :

¹Article D.112-3 CASF

- des actions de prévention primaire ayant vocation à s'adresser à l'ensemble des familles et ayant pour objectif d'empêcher la survenue de difficultés : actions de soutien à la parentalité², par nature généralistes puisqu'elles concourent à la prévention de multiples risques ; actions de sensibilisation de l'ensemble de la population à la problématique des dangers auxquels peuvent être exposés les enfants et les adolescents, et actions d'information sur les dispositifs d'aide et d'alerte ;
- des actions ciblées de prévention secondaire, nécessaires afin d'assurer un repérage précoce des difficultés et de mettre en place une intervention adaptée, dès que la satisfaction des besoins fondamentaux de l'enfant sont menacés, y compris de manière ténue, et donnent lieu à des situations de négligence, de maltraitance ou encore de carence éducative.

La définition de cette mission de prévention ainsi que son importance sont donc clairement affirmées par les textes régissant la protection de l'enfance, qui ont clarifié le périmètre des actions de prévention en protection de l'enfance. Celles-ci visent, dès la période périnatale, à soutenir et promouvoir le développement physique, affectif, intellectuel, social de l'enfant et à prévenir les difficultés auxquelles il peut être confronté (qui compromettraient son développement) ainsi qu'à promouvoir le soutien au développement de la fonction parentale, et prévenir les difficultés auxquelles les parents peuvent être confrontés dans l'exercice de leur fonction parentale et de leurs responsabilités éducatives³.

Ces actions ciblées doivent donc s'articuler avec celles qui ont vocation à s'adresser à l'ensemble des familles, actions de prévention primaire.

L'enjeu est aujourd'hui non pas de compléter l'arsenal législatif existant mais de s'assurer de sa bonne application sur le terrain. C'est dans cette optique que le gouvernement a affiché comme objectif prioritaire de la stratégie nationale de la protection de l'enfance et de l'adolescence 2018-2022, actuellement en cours d'élaboration, le renforcement de l'application des actions de prévention en protection de l'enfance, pour éviter une aggravation des difficultés familiales et éducatives pouvant mettre en danger l'enfant et nécessitant alors une intervention en protection de l'enfance.

C'est pourquoi, nous souhaitons qu'une mission soit confiée aux deux inspections sur les modalités d'organisation et de mise en œuvre de cette mission prévention en matière de protection de l'enfance dans le but de nourrir la stratégie nationale de la protection de l'enfance et de l'adolescence 2018-2022.

Tout d'abord, nous vous demandons d'identifier la stratégie de prévention développée par les départements :

- La prévention figure-t-elle dans les schémas départementaux de protection de l'enfance et, si oui, sous quelle forme ?
- Quelles sont les actions de prévention développées par les départements en amont de toute prestation d'aide sociale à l'enfance ou de toute mesure judiciaire de protection de l'enfance ?

²La stratégie nationale de soutien à la parentalité, actuellement en cours de concertation, explicite l'articulation de cette politique de prévention précoce, généraliste, universelle avec les diverses politiques de prévention thématique (protection de l'enfance, inégalités sociales de santé, décrochage scolaire,...)

³ Article D.112-3 CASF

- Quels sont les outils mobilisés et quelle est leur appropriation par les acteurs concernés ?
- Comment se fait la coordination entre les acteurs de terrain concernés (PMI, médecine hospitalière et de ville, milieu scolaire, services médico- sociaux, etc.) et quelle est son efficacité ?
- Ces actions ont-elles été évaluées ?
- Quels sont les freins et les leviers d'actions pour les mettre en place, les généraliser ?
- Quelles sont les organisations qui semblent présenter la plus grande efficacité (notamment, missions et interventions de la PMI dans leur exercice de repérage précoce des situations à risque, rôle de la prévention spécialisée, ...) ?

Concernant les interventions de protection de l'enfance motivées par une situation de danger ou de risque de danger, il conviendra de s'interroger sur l'efficacité des interventions en milieu ouvert pour prévenir l'aggravation de la situation des enfants ; situations pouvant nécessiter alors un retrait de l'enfant de sa famille : prestation d'aide à domicile contractualisée avec les parents (intervention sociale et familiale, accompagnement en économie sociale et familiale- AESF-, aide éducative à domicile) ; assistance éducative en milieu ouvert (AEMO administrative).

Sur la base de cet état des lieux, la mission formulera des propositions permettant d'améliorer la mise en œuvre de cette compétence sur le terrain en explorant un large éventail de possibilités : organisations locales à promouvoir, partenariats à développer, mesures d'accompagnement des parents et des enfants à renforcer, outils à diffuser ou encore modalités de bonne articulation entre les acteurs de terrain concernés à encourager.

Ces travaux pourront également être enrichis par la prise en compte, au cours des déplacements réalisés, de la perception qu'ont les usagers de ces actions de prévention menées.

Pour réaliser cette mission, vous pourrez vous appuyer sur les administrations des deux ministères. Vous pourrez également vous rendre dans les conseils départementaux et faire le lien avec les missions d'inspection de l'aide sociale à l'enfance que conduit l'inspection générale des affaires sociales.

Nous souhaiterions pouvoir disposer de vos propositions pour la fin du mois de juin 2018.



Agnès BUZYN



Jean-Michel BLANQUER

LISTE DES PERSONNES RENCONTREES

1- Administration centrale

Elysée

- Constance Bensussan, conseillère inclusion, égalité femmes hommes et citoyenneté

Ministère des solidarités et de la santé

Cabinet

- Aude Muscatelli, directrice adjoint de cabinet

Direction générale de la cohésion sociale

- Jean-Philippe Viquant, directeur
- Isabelle Grimaud, sous-directrice de l'enfance et de la famille
- Catherine Lesterpt, adjointe à la sous-directrice de l'enfance et de la famille
- Dieynaba N'Doye, chargée de mission bureau protection de l'enfance et de l'adolescence

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

- Patrick Aubert, sous-direction Observation de la solidarité
- Isabelle Leroux, chef de bureau des collectivités locales

Ministère de l'éducation nationale

Direction générale de l'enseignement scolaire

- Jean Marc Huart, directeur général de l'enseignement scolaire
- Françoise Pétreault, sous-directrice de la vie scolaire, des établissements et des actions socio-éducatives
- Véronique Gasté, cheffe du bureau de la santé, de l'action et de la sécurité
- Béatrice Verhaeren, conseillère technique du service social au sein du bureau de la santé, de l'action et de la sécurité

Délégation interministérielle à la prévention et à la lutte contre la pauvreté des enfants et des jeunes

- Olivier Noblecourt, délégué interministériel
- Vincent Reymond, secrétaire général
- Clément Cadoret, conseiller

2- Autorités administratives indépendantes, conseils, observatoires, caisses, établissements publics

Caisse nationale d'allocations familiales (CNAF)

- Laetitia Vipard, responsable du pôle parentalité enfance jeunesse
- Rémi Ghezzy, responsable adjoint du département enfance jeunesse parentalité
- Patricia Chantin, directrice de cabinet adjointe

Conseil national de la protection de l'enfance (CNPE)

- Michèle Créoff, vice-présidente

Défenseur des droits

- Geneviève Avenard, défenseure des enfants, adjointe au défenseur des droits, vice-présidente du collègue chargé de la défense et de la promotion des droits de l'enfant
- Bérangère Dejean, juriste

GIP ENFANCE EN DANGER

- Anne-Sylvie Soudoplatoff, directrice générale du GIP
- Violaine Blain, directrice générale SNATED 119
- Agnès Gindt-Ducros, directrice de l'ONPE

Observatoire national de l'action sociale (ODAS)

- Didier Lesueur, directeur général

Observatoire national de la protection de l'enfance (ONPE)

- Agnès Gindt-Ducros, directrice

Santé publique France

- Sylvie QUELET, responsable de la direction de la prévention et de la promotion de la santé
- Thierry CARDOZO, responsable de l'unité enfance

3- Elus et association d'élus

Association des départements de France (ADF)

- Patrick Weiten, président du conseil départemental de la Moselle
- Jean-Michel Rapinat, directeur délégué – politiques sociales

Parlementaires

- Charlotte Lecocq, députée du Nord

4- Associations

Association nationale des assistants de service social (ANAS)

- Marc Sole, assistant social au sein du Conseil départemental des Hautes Pyrénées, administrateur
- Sophie Serveille, assistante sociale au sein du Conseil départemental de l'Hérault, administratrice
- Benoît Gillouard, assistant social au sein du groupe La Poste, administrateur

ATD Quart monde

- Marie-Aleth Grard, vice-présidente, représentante de l'association au sein du Conseil économique, social et environnemental
- Claire Exertier, directrice CHRS - Noisy le Grand
- Yann Bertin, volontaire-permanent d'ATD, responsable du Centre de promotion familiale (CPF) de Noisy le Grand²³¹

Association la voix de l'enfant

- Martine Brousse, présidente

Idéal connaissances

- Rémy Pialat, responsable du Club ASE
- Annabelle Lamaille, chargée de mission
- Linda Vallet, directrice enfance famille
- Flore Capelier, conseillère technique
- Laetitia Massonneau, déléguée territoriale
- Andréa Maillier, directrice enfance famille

Observatoire de la parentalité et de l'éducation numérique

- Thomas Rohmer, président

5-Organisations syndicales et professionnelles

Carrefour National de l'Action Éducative en Milieu Ouvert (CNAEMO)

- Salvator Stella, Président du CNAEMO
- Sandrine Dautigny, déléguée générale du CNAEMO

Fédération syndicale unitaire (FSU)

- Nathalie Andrieux-Hennequin, SNUASFP
- Brice Castel, SNUASFP
- Michelle Olivier, SNUIPP
- Nelly Rizzo, SNUIPP
- Valérie Sipahimalani, SNES
- Contribution écrite de Paul Devin, SNPI

Syndicat National des Médecins de Protection Maternelle et Infantile (SNMPMI)

- Cécile Garrigue, médecin PMI Nancy
- Pierre Suesser, médecin PMI Seine Saint-Denis co-président du SNMPMI

Union nationale des associations familiales (UNAF)

- David Pioli, coordonnateur du pôle enfance, famille, parentalité
- Patricia Humann, coordinatrice du pôle Education
- Nicolas Brun, coordonnateur du secteur santé

Union nationale des syndicats autonomes (UNSA) Education

- Karine Autissier, secrétaire nationale
- Annie Routier, SNIES UNSA Education
- Rémy Charles Sirvent, secrétaire national ; secrétaire général du CNAL
- Marie Wecxsteen, SNASEN UNSA Education

Syndicat général de l'Éducation nationale - Confédération française démocratique du travail (SGEN-CFDT)

- Annie Catelas, secrétaire nationale
- Isabelle Lacaton, secrétaire fédérale
- Fédération CFDT des services de santé et services sociaux (contribution écrite)

5- Personnalités qualifiées

- Bernard Golse, professeur émérite à Paris V, pédopsychiatre, psychanalyste, hôpital Necker – Enfants malades
- Geneviève Gueydan, inspectrice générale à l'IGAS
- Bénédicte Jacquy-Vasquez, inspectrice générale à l'IGAS
- Rosa Mascaro, pédopsychiatre, directrice de l'espace Lebovici, CAMSP Binet, SESSAD Lille
- Pierre Naves, inspecteur général à l'IGAS
- Françoise Neymarc, Inspection des services judiciaires, magistrat
- Serge Tisseron, psychiatre et psychanalyste, membre de l'Académie des technologies

6- Personnes auditionnées en département

Département des Yvelines

Conseil départemental

- Yves Cabana, directeur général des services
- Laure Deltour, directrice générale déléguée
- Albert Fernandez, directeur général adjoint des solidarités
- Anne Chollet, directrice enfance jeunesse
- Sandrine Esquerre, directrice santé
- Christel Delportès, responsable du pôle prévention
- Fanny Ervera, directrice du territoire d'action départementale de Saint Quentin

Caisse d'allocations familiales

- Philippe Burgat, directeur adjoint
- Catherine Courtois, conseiller en charge partenariat pôle enfance parentalité jeunesse
- Sabine Debroche sous directrice intervention sociale et familiale
- Caroline Duché, responsable du pôle stratégie partenariale
- Aurélie Carré, responsable de secteur accompagnement social Nord
- Béatrice Mendy, responsable de secteur accompagnement social sud

Direction académique des services départementaux de l'éducation nationale

- Serge Clément, IA-DASEN
- Fred Jean-Charles, DAASEN, en charge du climat scolaire (Sécurité-Prévention-Santé des élèves - Harcèlement - Signalements)
- Myriam Abitbol, inspectrice de l'éducation nationale adjointe
- Annie Guérin, inspectrice de l'éducation nationale - Insertion-Orientation

- Sophie Piwowarczyk, assistante sociale conseillère technique départementale,
- Corinne Pekeigny, infirmière conseillère technique départementale
- Dr Jaya Benoît, médecin conseiller technique départemental ; Dr Christine Levoyer, son adjointe
- Fazia Tamsaout, assistante du conseiller technique EVS
- Caroline Ciret, inspectrice de l'éducation nationale, circonscription de Trappes
- Céline Cagnol, coordonnatrice éducation prioritaire, Trappes
- Marion Cresta, directrice école élémentaire Poulenc, Guyancourt
- Didier Giraud-Sauveur, directeur, école élémentaire Brossolette, Les Mureaux
- Agnès Pamela, directrice, école maternelle Brossolette, Les Mureaux
- Myriam Sislian, directrice, école primaire, Jean-Baptiste Clément, Trappes

Département de Loire-Atlantique

Conseil départemental

- Fabienne Padovani, vice-présidente « Familles et protection de l'enfance »
- Christine Orain, vice-présidente « Education et politique éducative »
- Franck Périnet, directeur général des services
- Jérôme Junel, directeur général adjoint citoyenneté et solidarités
- Maxime Boidin, directeur enfance et familles
- Nathalie Pluart, cheffe du service solidarités de la délégation de Saint Nazaire

Délégation de Nantes

- Véronique Celles, cheffe du service solidarités
- Béatrice Crestin, adjointe à la cheffe du service solidarités chargée des politiques de protection de l'enfance
- Brigitte Rabiller, responsable de l'unité de protection maternelle et infantile de Nantes Nord
- Caroline Béal-Sanchez, responsable de l'unité de vie sociale insertion de Nantes Ouest

Centre médico-social de Nozay, délégation de Châteaubriant

- Gaëlle Jaspard, directrice de la délégation de Châteaubriant
- Laurence Palierne, cheffe du service solidarités
- Claire Veillepeau, responsable de l'unité aide sociale à l'enfance
- Brigitte Valton, cadre mission PMI
- Anne Henrio, puéricultrice cadre PMI
- Justine Sirou, cadre éducatif IP

Direction académique des services départementaux de l'éducation nationale

- Anelyse Barranger et Nicolas Bertrand, inspecteurs de l'éducation nationale – Information et Orientation
- Marie-Pierre Laraufie, inspectrice de l'éducation nationale, circonscription de Saint Herblain
- Véronique Fournier, directrice de l'école élémentaire Beauregard à Saint Herblain
- Claire Godard, directrice de l'école primaire Nelson Mandela à Saint Herblain
- Christine Cheylan, médecin conseillère technique de l'IA-DASEN, responsable départementale de la mission de promotion de la santé en faveur des élèves
- Nadine Lassalle, infirmière conseillère technique de l'IA-DASEN, mission de promotion de la santé des élèves
- Marie-Claude Michaud, responsable départementale du service de l'action sociale en faveur des élèves, conseillère technique de l'IA-DASEN

Ville de Nantes

- Ghislaine Rodriguez, adjointe au maire chargée de la petite enfance
- Patricia Traclet, directrice petite enfance
- Martial Gombert, responsable de territoire ouest/centre-ville, direction petite enfance
- Laure Béjeau, médecin, référent petite enfance

Caisse d'allocations familiales

- Elisabeth Dubecq-Princeteau directrice
- David Aujard, responsable pôle pilotage et gestion
- Olivier Brouinsard, travailleur social
- Bernadette Albert, travailleur social

Visite LAEP : « le « square » »

- Natacha Vincent, responsable de territoire, direction petite enfance – ville de Nantes
- Nancy Alaguillaume – puéricultrice PMI – accueillante la Perdriole
- Véronique Toucane-Hellmann – éducatrice de jeunes enfants – accueillante l'Oasis
- Myrian Gauthier, coordinatrice des 3 lieux la Perdriole, l'oasis, le square, ville de Nantes
- Nadège Hillion, éducatrice de jeunes enfants
- Stéphanie Starosta, accueillante le « phare de l'ilot »

Association Aide Familiale Populaire de Loire-Atlantique

- Le Bail Martine, présidente
- Pascal Guiliani, directeur général
- Corinne Four, directrice adjointe

Agence régionale de santé

- Daniel Rivière, responsable du département Promotion de la santé et prévention
- Gwendoline de Guenyveau, responsable Parentalité et prévention précoce, enfants 0 – 6 ans et périnatalité
- Mélanie Quéma, chargée de projet Prévention Promotion de la santé. Délégation territoriale de Loire-Atlantique

Réseau « Sécurité naissance – naître ensemble » (structure régionale d'appui et d'expertise en périnatalité des Pays de Loire)

- Anne-Sophie COUTIN, médecin coordonnateur du réseau pour le département de la Loire-Atlantique

Associations

L'école des parents

- Yannick Bervoas

Association « Les pâtes au beurre »

- Sophie Marinopoulos, directrice
- Franck Stives, directeur adjoint

TGI de Nantes

- Kim Reuflet, juge des enfants, coordinatrice du service du tribunal pour enfants

Expert

- Catherine Sellenet, professeure d'université - Nantes

Département de l'Allier

Conseil départemental

- David Zurowski, directeur général des services
- Fanny Wirrmann-Camboulives, directrice générale adjointe
- Marylin Labrousse, directrice du pôle enfance famille

Agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes

- Docteur Bonniol, conseiller spécialisé Pôle santé-Justice
- Docteur Tardieu, directrice de projets
- Docteur Rougé, médecin généraliste

Centre hospitalier de Moulins

- Marc Vandembrouck, directeur adjoint
- Guillaume Maillard, cadre de santé de pédiatrie
- Marilyn Theuws, sage-femme des hôpitaux, responsable managérial et stratégie

Direction académique des services départementaux de l'éducation nationale

- Olivier Vandard, IA-DASEN
- Jérôme Vial, inspecteur de l'éducation nationale coordonnateur Premier degré, conseiller technique de l'IA-DASEN
- Corinne Azélie, inspectrice de l'éducation nationale, circonscription de Moulins 2
- Thierry Lépineux, inspecteur de l'éducation nationale de Montluçon 2
- Brigitte Soriano, assistante sociale responsable départementale du service de l'action sociale en faveur des élèves, conseillère technique de l'IA-DASEN
- Hélène Béri, cheffe de la division des élèves et de la scolarité
- Christophe Grellet, directeur de l'école élémentaire Pergaud – Montluçon
- Karine Ménéboo, directrice de l'école élémentaire - Deux-Chaises
- Annie Mikalévitch, directrice de l'école maternelle Marie Noël – Montluçon

Département du nord

Conseil départemental

- Pascal Fuchs, directeur général adjoint solidarité
- Nadine Delberghe, directrice adjointe enfance famille jeunesse
- Véronique Leroy, directrice adjointe responsable du service départemental de PMI
- Caroline Caudron, responsable du service d'aide à la décision

UTPAS de Roubaix Ville

- Isabelle Minet, directrice territoriale de la métropole Roubaix Tourcoing
- Christelle Lequin, directrice adjointe de l'UTPAS de Roubaix ville
- Carole Mai, directrice de l'UTPAS de Roubaix Croix
- Marjory Degore, responsable du service social départemental de l'UTPAS de Roubaix Croix
- Anne Snappe, responsable service social départemental de l'UTPAS de Roubaix Croix
- Sylvie Bruyère, assistante sociale
- Céline Hedin, assistante sociale
- Juliette Moiret, assistante sociale

- Julie Faath, assistante sociale
- Anissa Malki, assistante sociale
- Denis Ksiazek, assistant social
- Marie-Anne Cordier, médecin responsable de la PMI de l'UTPAS de Roubaix Croix
- Véronique Duflos, sage-femme de PMI
- Nadine Couvreur, puéricultrice de PMI
- Eline Vandaele, puéricultrice de PMI

UTPAS d'Onnaing

- Omolade Alao, médecin responsable du pôle PMI Santé, UTPAS d'Onnaing
- Chantal Broutin, adjointe au responsable PMI, UTPAS d'Onnaing
- Sylvie Dayez, responsable de l'UTPAS d'Onnaing
- Corinne Dieux, responsable de l'UTPAS de Denain – Lourches
- Delphine Dupuis, responsable du service social départemental, UTPAS d'Onnaing
- Anne Houba, responsable du service Enfance (dont ASE), UTPAS d'Onnaing
- Isabelle Valentin, directrice territoriale (ensemble des UTPAS du Valenciennois)

Direction académique des services départementaux de l'éducation nationale

- Jean-Yves Bessol, IA-DASEN
- Olivier Graff, inspecteur adjoint à l'IA-DASEN
- Gérard Druon, inspecteur de l'éducation nationale, circonscription de Lille 1 Sud
- Patrice Gaspard, inspecteur de l'éducation nationale, circonscription de Maubeuge
- Jean-Pierre Mollière, inspecteur de l'éducation nationale, circonscription de Roubaix Wattrelos
- Sylvie Monin, inspectrice de l'éducation nationale, mission maternelle départementale ; coordination du groupe départemental « Relations Ecoles-Parents »
- Francis Arnould, inspecteur information orientation, référent académique Harcèlement
- Reinald Loridan, inspecteur information et orientation
- Anne-Sophie Durieux, principale du collège A. Terroir de Marly
- Peggy Piciura, principale adjointe du collège P. Eluard de Beuvrages
- Patrick Quillot, principal du collège P. Eluard de Beuvrages
- Frédéric Bak, directeur de l'école Jean Lurçat à Feignies, directeur de vie scolaire pour le secteur d'Avesnes – Cambrai - Valenciennes
- Myriam de Smet, directrice de l'école primaire J. Macé à Wattrelos
- Isabelle Montifret, directrice du groupe scolaire Briand Buisson Nadaud - Lille
- Marie-Pierre Dupond, médecin conseillère technique responsable départementale du service médical en faveur des élèves
- Catherine Nollet, adjointe à l'infirmière conseillère technique

- Monique Willig, conseillère technique de service social, responsable départementale.
- Madame Marchal, adjointe au conseiller technique
- Claude Mignot, responsable du pôle départemental violence et harcèlement

Association

ATD Quart Monde

- Bernard Vandebunder, allié ATD Quart Monde, délégué régional Nord Pas de Calais
- Thomas Poirier, volontaire permanent ATD Quart Monde
- Céline Truong, volontaire permanent ATD Quart Monde
- Sreng Truong, volontaire permanent ATD Quart Monde
- Martine Verkindt, alliée ATD Quart Monde

SIGLES UTILISES

ADF : association des départements de France

AED : action éducative à domicile

AEMO : action éducative en milieu ouvert

AESF : accompagnement en économie sociale et familiale

ANAS : association nationale des assistants de service social

ANDASS : association nationale des directeurs d'action sociale et de santé

ANISS : agence des nouvelles interventions sociales et de santé

ARS : agence régionale de santé

ASAP : accompagnement social et aide à la parentalité

ASE : aide sociale à l'enfance

ASMS : action sociale et médico-sociale

ATD : agir tous pour la dignité

CAF : caisse d'allocations familiales

CASF : code de l'action sociale et des familles

CCAS : centre communal d'action sociale

CCMSA : caisse centrale de la mutualité sociale agricole

CESC : comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté

CESE : conseil économique, social et environnemental

CESF : conseiller-ère en économie sociale et familiale

CIAS : centre intercommunal d'action sociale

CMP : centre médico-psychologique

CNAEMO : carrefour national de l'action éducative en milieu ouvert

CNAF : caisse nationale d'allocations familiales

CNDPF : carrefour national des délégués aux prestations familiales

CNED : centre national d'enseignement à distance

CNPE : conseil national de la protection de l'enfance

COG : convention d'objectifs et de gestion

CPAM : caisse primaire d'assurance maladie

CPE : conseiller-ère principal-e d'éducation

CPOM : contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens

CPTS : communauté professionnelle territoriale de santé

CREAI : centre régional d'études, d'actions et d'informations en faveur des personnes en situation de vulnérabilité

CRIP : cellule de recueil des informations préoccupantes

DGCS : direction générale de la cohésion sociale

DGESCO : direction générales de l'enseignement scolaire

DPJJ : direction de la protection judiciaire de la jeunesse

DREES : direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

EPCI : établissement public de coopération intercommunale

ESAT : établissement et service d'aide par le travail

GIP : groupement d'intérêt public

GPDS : groupe de prévention du décrochage scolaire

HCFEA : haut conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge

IGAENR : inspection générale de l'administration de l'Éducation nationale et de la recherche

IGAS : inspection générales des affaires sociales

IGEN : inspection générales de l'Éducation nationale

INED : institut national d'études démographiques

INSEE : institut national de la statistique et des études économiques

INSERM : institut national de la santé et de la recherche médicale

IP : information préoccupante

JAF : juge aux affaires familiales

LAEP : lieu d'accueil enfants-parents

MDPH : maison départementale des personnes handicapées

MJAGBF : mesure judiciaire d'aide à la gestion du budget familial

MNA : mineur(s) non accompagné(s)

MSA : mutualité sociale agricole

ODAS : observatoire national de l'action sociale

OLINPE : observation longitudinale, individuelle et nationale en protection de l'enfance

OMS : organisation mondiale de la santé

ONDRP : observatoire national de la délinquance et des réponses pénales

ONPE : observatoire national de la protection de l'enfance

PMI : protection maternelle et infantile

PRADO : programme d'accompagnement au retour à domicile

PRS : programme régional de santé

PSAD : plateforme de suivi et d'appui aux décrocheurs

QPV : quartier(s) en politique de la ville

RASED : réseau d'aides spécialisées aux élèves en difficulté

REAAP : réseau d'écoute, d'appui et d'accompagnement des parents

REP : réseau d'éducation prioritaire

REP + : réseau d'éducation prioritaire renforcé

RSA : revenu de solidarité active

SAMSAH : service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés

SAVS : service d'accompagnement à la vie sociale

SDPE : schéma départemental de protection de l'enfance

SDSF : schéma départemental des services aux familles

SNATED : service national d'accueil téléphonique de l'enfance en danger

SNS : stratégie nationale de santé

SPAJ : service de soutien parental et d'accueil de jour

SROMS : schéma régional d'organisation médico-sociale

TISF : technicien de l'intervention sociale et familiale

UTPAS : unité territoriale de prévention et d'action sociale

VAD: visite à domicile