

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

TOME 2 ANNEXES

Établi par

Stéphanie DUPAYS,
Hervé LANOUZIERE,
Bénédicte LEGRAND-JUNG

Membres de l'Inspection
générale des affaires sociales



INSPECTION GENERALE
DES AFFAIRES SOCIALES

Frédéric THOMAS

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



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

Viviane BOUYASSE

Inspectrice générale de
l'éducation nationale



igen
Inspection générale
de l'Éducation nationale

SOMMAIRE

ANNEXE 1 : RECIT DU PARCOURS D'UNE FAMILLE.....	5
ANNEXE 2 : ELEMENTS COMPLEMENTAIRES SUR LES CONTEXTES SOCIAUX, ECONOMIQUES ET SANITAIRES INTERFERANT AVEC LA PROTECTION DE L'ENFANCE ET SUR LES CONSEQUENCES ET L'AMPLEUR DU PHENOMENE « ENFANCE EN DANGER ».....	11
ANNEXE 3 : GLOSSAIRE ET CADRE NORMATIF DE LA PREVENTION EN PROTECTION DE L'ENFANCE.....	25
ANNEXE 4 : LA PREVENTION DANS LES SCHEMAS DEPARTEMENTAUX DE PROTECTION DE L'ENFANCE ET DANS LES REPONSES AU QUESTIONNAIRE ADRESSE AUX DEPARTEMENTS	75
ANNEXE 5 : POUR UN REFERENTIEL DE LA PREVENTION PARTAGE EN PROTECTION DE L'ENFANCE.....	109
ANNEXE 6 : OBSERVATION ET SUIVI : DES DONNEES DE CADRAGE EXISTENT MAIS ELLES SONT PEU DETAILLEES, LES DETERMINANTS ET LES PARCOURS SONT PEU ETAYES.....	125
ANNEXE 7 : QUELQUES ILLUSTRATIONS DES DISPARITES TERRITORIALES.....	137
ANNEXE 8 : PRINCIPAUX RESULTATS DU QUESTIONNAIRE ADRESSE AUX CONSEILS DEPARTEMENTAUX.....	141

ANNEXE 1 :

RECIT DU PARCOURS D'UNE FAMILLE

1 REMARQUES LIMINAIRES

Le témoignage restitué ci-dessous a été « anonymisé ». Il présente par essence un caractère subjectif, la mission s'étant attachée à recueillir, au-delà du récit du parcours de la famille concernée, sa perception des difficultés rencontrées et des dispositifs mis en œuvre pour les résoudre. En outre, ce témoignage n'a, de manière évidente, pas de caractère représentatif au plan statistique, s'agissant d'une unique et singulière situation. Il apporte cependant un éclairage très riche sur plusieurs points clés analysés dans le présent rapport, et notamment sur :

- le caractère multidimensionnel des difficultés rencontrées par les familles, qui se cumulent et se renforcent. La précarité professionnelle et, surtout, l'absence de logement adéquat constituent des déterminants majeurs du parcours de la famille concernée et de ses interactions avec la protection de l'enfance. Le récit illustre à quel point, à défaut d'une réponse globale, les dispositifs limités à une seule dimension, par exemple le soutien éducatif, peuvent être privés d'effectivité dans ce type de situation ;
- la complexité des relations avec les services sociaux, et l'importance des conditions dans lesquelles ces relations s'engagent afin de créer un lien de confiance mutuelle et d'adhésion, à défaut duquel les sentiments de défiance et de peur, suscités ou confortés au regard de l'histoire passée de la famille, auront des conséquences majeures. Au-delà, la capacité des services sociaux à s'appuyer sur les ressorts personnels et le « projet » de la famille, apparaît déterminante.

2 RECIT DU PARCOURS DE S. ET DE SA FAMILLE

S. a 30 ans quand nous la rencontrons. Elle raconte son parcours de vie avec des détails très précis, sans affects apparents. Elle livre ses souvenirs, ses ressentis... L'entretien a lieu dans les locaux de l'association qui l'accompagne, en présence d'une référente.

Enfance

S. est née dans une grande agglomération où elle a vécu jusqu'au déménagement familial dans une commune limitrophe, alors qu'elle a dix ans. Sa scolarité se déroule normalement, « avec des hauts et des bas » mais « toujours à l'heure, jamais absente sauf pour raisons de maladie ». Elle obtient le brevet avec une mention Très bien, puis un CAP en chimie avec la même mention, mais rate d'un point le baccalauréat professionnel (il n'y avait pas de session de rattrapage). Elle aurait aimé être ingénieur en astronomie « mais ils m'ont dit : même pas la peine, il faut oublier ».

S. est l'aînée d'une fratrie de quatre enfants. Le père est violent, frappant femme et enfants, surtout elle et son frère, second de la fratrie. La mère envisage le divorce mais y renonce, craignant le placement de ses enfants. C'est le jour où S. est allée au centre de loisirs avec un visage marqué par le nez cassé la veille sous les coups du père que l'alerte semble avoir été donnée. Dès lors, la famille fait l'objet d'un suivi. « Les éducateurs, on les voyait en septembre et en juin, pas le reste de l'année mais il y avait un rapport comme ça » (elle montre une épaisseur significative). Selon elle, le juge des enfants pensait qu'il n'y avait pas de danger. Néanmoins, les deux plus jeunes enfants sont

finalement placés en famille d'accueil pendant près de deux ans. Dans la procédure alors, le père accuse S. d'avoir aussi donné des coups, ce qu'elle nie ; cette accusation lui vaut une garde à vue pour « violence en réunion ».

A la sortie du lycée munie du CAP, S. ne trouve d'abord pas de travail ; elle estime ne pas avoir été aidée ou inutilement guidée vers des stages qui ne lui convenaient pas (« *le ménage, ça me concernait pas, j'y ai été quand même pour ne pas perdre mes droits* ») ou vers des formations dont elle ne ressentait pas le besoin (« *Les lettres de motivation, j'avais fait ça au lycée pour avoir des stages* »). Finalement, ayant obtenu des adresses par l'une de ses anciens professeurs qu'elle avait recontactée et après avoir envoyé un CV à plusieurs entreprises, elle obtient un rendez-vous ; on lui fait « *bon accueil* », elle passe une visite médicale d'embauche et réalise deux semaines d'essai pour être enfin embauchée en contrat à durée indéterminée dans une entreprise spécialisée dans son domaine de compétence.

Maternité

Elle vit alors encore chez ses parents mais elle a rencontré un homme, D., de plus de 10 ans son aîné. Sans contraception ni suivi gynécologique d'aucune sorte, elle tombe enceinte dès son premier rapport sexuel : « *Premier rapport, bingo* ». La sexualité était un « *sujet tabou* » à la maison et « *elle n'y connaissait rien, et avait peur d'aller poser des questions* », même si la mère avait évoqué le préservatif, dont elle avait aussi entendu parler au collègue, « *en 4^{ème}* », se souvient-elle, où il était alors beaucoup question du SIDA et des maladies sexuellement transmissibles.

Cette grossesse n'est détectée que tardivement et de manière fortuite à l'occasion d'un rendez-vous médical pour un rappel de vaccin, trop tard pour qu'une IVG soit possible. « *Je stressais, je n'avais pas d'appartement, D. n'avait pas de travail, on était chacun chez nos parents* ». Là elle donne le choix au père de l'enfant : soit elle accouche sous X et l'enfant peut être adopté (mais elle pense alors qu'elle le regrettera plus tard), soit ils assument ensemble cet enfant. C'est ce qui est décidé, et ce qui sera fait. Elle s'astreint alors à toutes les démarches possibles, déclarant son état à son employeur, recherchant logement, place en crèche, accès à une maternité. Il est en revanche pour elle beaucoup plus difficile de parler de sa grossesse à ses parents et quand elle le fait, c'est sous les coups de poing dans le ventre que lui donne son père qu'elle perd l'un des deux enfants qu'elle attendait. Elle porte plainte. Son père était alors suivi par un psychiatre : « *un coup il était bien, un coup... je me demande s'il n'était pas bipolaire* ».

S. et D. achètent de quoi faire face aux besoins de l'enfant puisqu'il est décidé que, S. travaillant, D. (sans emploi, touchant le RSA) aura l'enfant avec lui du dimanche soir au vendredi, au domicile de ses parents, où S. ira le voir chaque jour après son travail et le récupèrera pour passer le week-end avec lui. D. est alors sous curatelle « *pour pouvoir se protéger de sa famille* ». Il accompagne S. aux rendez-vous chez le gynécologue qui suit la grossesse et pose beaucoup de questions. A aucun moment durant sa grossesse, S. ne rencontre la PMI ou le service social.

Alors que débute son congé de maternité et qu'elle s'apprête à suivre des séances de préparation à l'accouchement, la naissance de l'enfant début janvier alors qu'elle était prévue à la mi-février se passe mal : pour le bébé prénommé M., cordon autour du cou, deux arrêts cardiaques, coma et séjour en néo-natalité alors que S., victime d'une pneumonie, est prise en charge en service de réanimation.

Rentrée chez ses parents avec M. après trois semaines d'hospitalisation, elle rencontre le père de l'enfant au parc où elle se rend avec le bébé ; elle refuse alors que le bébé soit hébergé dans la famille de D., où vivent également un frère et sa compagne qui acceptent mal le petit et qui ne sont pas perçus par elle comme fiables. Chez elle, sa propre mère, ravie de se trouver grand-mère, fait

bon accueil à M.. Son père, jusqu'à ce que le petit ait deux ans et demi, « *ne le regardait pas, ne le touchait pas, ne disait pas bonjour* ». Elle est aidée par ses frères et sœur ; elle partage alors une chambre avec le bébé et sa sœur lycéenne qui l'aidait beaucoup, surtout la nuit.

A l'hôpital, elle avait rencontré une psychologue, ce qui lui avait fait peur car la procédure ne lui avait pas été expliquée, peur déjà que l'enfant lui soit enlevé ; pourtant, « *elle était douce* » et elle voulait s'assurer que S. était remise, qu'elle ne souffrait pas de baby blues.

La veille de sa sortie, elle avait également reçu, le même jour, la visite d'une « *dame de la PMI* » et d'une assistante sociale qui lui ont donné « *trop d'informations ; ça m'a fait super peur ; elles m'ont mis la pression ; elles m'ont sauté dessus* ». On lui dit alors qu'il est obligatoire que l'enfant ait un suivi médical, reçoive les vaccins quand ils sont prévus, qu'il ait une chambre... sinon il y aura « *un signalement* ». Elle choisit alors de faire suivre son enfant par un pédiatre « *super cher* » plutôt que par la PMI, et s'y tiendra jusqu'à ce que, licenciée et sans revenus, elle ne puisse plus payer. Convoquée par la PMI, elle s'y rend un mois après la naissance de l'enfant avec le père et, là, les professionnels constatent que le carnet de santé est à jour, les pesées effectuées régulièrement, des rendez-vous pris pour la suite des consultations, et « *on m'a laissée tranquille* ».

Elle reprend le travail au terme de son congé de maternité, mais quelques mois après, alors qu'elle allait avoir une place en crèche et un appartement (financé par le 1 % patronal), elle est licenciée pour motif économique (« *dernière arrivée, première partie* ») ; l'entreprise qui l'employait ferme ses portes quelques mois plus tard. Tout s'écroule, elle n'a rien de ce qu'elle avait tant attendu. Trois mois après son licenciement, ses parents la mettent à la porte.

« **C'est là que tout a commencé** »

Vivant désormais chez les parents de D., n'ayant plus les moyens de payer le pédiatre, S. recourt à la PMI : au cours des visites au domicile, il est constaté que l'appartement, un « *vieux HLM* », est insalubre ; de fait, « *il y avait des bestioles* ». Une lettre de l'aide sociale à l'enfance dit qu'« *il faut que ça évolue. Ils avaient raison mais on ne peut pas claquer des doigts et...* ». La PMI préconise un rendez-vous chez un « *psy* » pour S. et un suivi par un SAJ¹ en accueil de jour, sinon on menace de placer l'enfant. S. s'y conforme, craignant cette issue ; au SAJ, elle reçoit des conseils sur la manière de s'occuper de M.

Elle rencontre une succession d'assistantes sociales (« *elles ont changé tellement de fois* ») et a le sentiment de piétiner : « *on n'avancait pas, on reculait, on recommençait* » ; « *toujours les mêmes phrases, les mêmes menaces* » ; « *ils ne lâchent pas* ». Une proposition est enfin faite : il s'agit d'un foyer mère-enfant mais le foyer exige qu'il n'y ait plus de contacts avec D. menacé de se voir priver de ses droits parentaux. Pour S., c'est hors de question d'autant qu'alors le mariage est prévu ; il aura lieu quelques mois plus tard. Peu après le mariage, convoqués au SAJ, S. et D. sont « *sommés de trouver sous trois mois un appartement, une place en crèche et du travail* ».

Peu de temps après, il leur est proposé un accueil pour eux trois dans un foyer d'hébergement d'urgence et une place en crèche pour M. Ils resteront dans ce foyer pendant près de deux ans – ils avaient deux chambres, la première avec deux lits superposés et un « *lit-bébé* » complètement inadapté à l'âge du petit, la deuxième, à l'autre bout du couloir, pour manger. M. leur sera enlevé au bout de 8 mois dans le cadre d'un placement administratif auquel ils consentent finalement compte tenu de leur situation, qui se dégrade. En effet, S. fait une fausse couche, ne va pas bien ; on l'oriente vers un psychiatre (« *ils disaient, madame est foldingue* »), un internement en hôpital psychiatrique pour du repos est préconisé mais D. s'y oppose. Outre cet argument, il est aussi dit que le couple est

¹ Service d'accueil de jour et de soutien à la fonction parentale

« *dangereux* », on parle de « *mauvais parents* » dispensant une mauvaise éducation à l'origine de blocages de l'enfant qui, à trois ans, ne parle pas.

S. part se reposer chez un ami de la famille durant deux semaines à la campagne où elle abandonne tout traitement médical et se sent mieux. Placé en famille d'accueil, M. fréquente une crèche où il se montre violent ; il ne mange pas et dort mal. Le père voit l'enfant une heure le week-end, les services de l'ASE n'ayant pas confiance, aux dires de S.

Le placement prévu pour le temps de la convalescence de la mère va être prolongé à trois mois, puis renouvelé du fait que les parents n'ont toujours pas d'appartement adéquat. A l'occasion du départ en vacances, pendant 8 jours, de la famille d'accueil de M., l'éducatrice de l'ASE propose à S. et D. de partir une semaine avec l'enfant dans un lieu de vacances associatif à la montagne. Là S. noue des liens avec une famille grâce à qui, à leur retour de vacances, un contact est établi avec un centre de promotion familiale géré par l'association. Il faut quelques mois pour qu'un dossier soit établi, les démarches subissant des freins du fait de la curatelle de D.. Les deux parents présentent leurs objectifs : « *recupérer leur rôle de parents ; être plus autonomes* ». Le dossier de S. et de D. est finalement accepté et un appartement leur est destiné dans lequel le petit aura sa chambre à lui. Après deux années passées dans le foyer d'hébergement d'urgence, le déménagement tant espéré a finalement lieu (« *c'était Noël avant l'heure !* »). M. est récupéré par la famille le mois suivant, après une période de placement de près d'un an et demi. L'accompagnement du SAJ et de l'association contribuent à « *sécuriser* » la situation.

S. demande alors une AED car elle ressent le besoin de conseils alors que la confiance en soi comme parent est « *à reconstruire* », tout comme les liens avec M. après la rupture ; les parents dans ce contexte ont « *peur de dire non* » à un enfant qui a encore bien des problèmes. S. préfère même « *demande la permission pour tout à l'ASE, même pour couper les cheveux du petit* ». L'ASE propose aussi l'intervention d'une TISF acceptée par S. Un deuxième TISF, homme, sera même nommé pour aider D. dans des démarches administratives au moment où, grâce à l'association, il accède à un emploi dans le cadre du plan Zéro chômeur et entame une véritable réinsertion professionnelle.

Dans un contexte apaisé, un parcours de difficultés qui continue pour l'enfant

M. est inscrit à l'école maternelle dès que les parents le récupèrent. Il n'y va d'abord que le matin mais, assez vite, compte tenu de difficultés d'intégration et de l'absence de propreté (un problème physiologique sera diagnostiqué, auquel une intervention chirurgicale permettra de remédier), l'accueil est réduit à la demi-matinée, l'école exprimant le besoin d'une aide (AVS) pour une scolarisation plus longue. Une AVS arrivera plusieurs mois après mais plusieurs se succéderont, et toujours « *la même menace : pas d'AVS, pas d'école* ».

Un an plus tard, un diagnostic sera établi par un neuro-pédiatre qui, après contacts avec la maternité où est né M., apprendra aux parents qui disent n'en avoir rien su jusque-là (aucune mention dans le carnet de santé) que l'enfant a été réanimé de deux arrêts cardiaques à la naissance ; « *les séquelles, c'est le handicap* » selon les mots de S.

Après deux ans passés dans le centre de promotion familiale, le déménagement de la famille pour une installation plus autonome dans un appartement situé dans une autre commune induit un changement d'école au moment où M. entre au CP. Bien qu'accompagné par une AVS, il n'est plus accueilli qu'une heure par jour parce que l'équipe pédagogique juge qu'il ne peut rester concentré plus longtemps. S. critique le manque de réunions et de relations avec l'école et avec la référente de la MDPH. Les problèmes de M. sont alors aggravés car le changement de CMP retarde la prise en charge. Un redoublement est demandé en fin d'année scolaire.

S. note un mieux depuis peu, une équipe éducative à l'écoute, qui n'a « *pas d'œillères* ». Le temps de scolarisation augmente progressivement, l'objectif étant que la scolarisation soit rapidement rétablie à temps presque plein (une matinée de soins au CMP restant nécessaire). L'orientation est préparée pour l'an prochain : M. devrait aller en CE1 avec un AVS individuel ou dans une ULIS bénéficiant d'un AVS collectif.

L'enfant est plus calme alors qu'il n'est plus soigné qu'avec de la phytothérapie après avoir pris un médicament qui ne lui convenait pas du tout (agressivité avec mise en danger des autres, insomnies). Il a du mal à articuler mais il y a une liste d'attente pour la rééducation orthophonique demandée.

D. travaille, S. aspire à suivre une formation et à travailler à mi-temps quand M. sera scolarisé à temps plein. S. et D. n'ont plus aucun lien avec leurs deux familles ; « *rien que nous trois* ».

ANNEXE 2 :

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

Cette annexe constitue une version plus détaillée de la partie 1.1 du rapport sur les contextes sociaux, économiques et sanitaires en lien avec la protection de l'enfance et sur les enjeux de l'enfance en danger.

1 LA PREVENTION EN PROTECTION DE L'ENFANCE EST MULTIDIMENSIONNELLE, AU CROISEMENT DE PLUSIEURS POLITIQUES ET PERCUTEE PAR DE NOUVEAUX ENJEUX ECONOMIQUES, SOCIAUX ET SOCIETAUX

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

S'il est établi que les facteurs socioéconomiques ne sont pas discriminants par rapport au risque d'apparition de la maltraitance et que celle-ci peut apparaître dans tous les milieux sociaux, certains contextes fragilisent la famille et l'établissement d'un lien sécurisé, même si l'histoire individuelle, les critères psychologiques pèsent plus lourd. Selon le docteur Anne Tursz de l'INSERM, « toutes les classes sociales sont touchées. Car la cause de la maltraitance n'est pas le manque d'argent, mais l'incapacité à aimer un bébé et à gérer l'épreuve que représentent notamment les pleurs pendant les premiers mois de vie². » Cependant, une revue de littérature³ sur le lien entre maltraitance et milieu social évoque un « consensus modéré sur la prévalence de la maltraitance (au sens générique du terme) dans les familles de bas niveau socio-économique ». Les canaux par lesquels passerait cette corrélation sont obscurs. L'hypothèse avancée pour expliquer le lien entre maltraitance et milieu social défavorisé est celle du « stress cumulé » mais l'hypothèse d'un sur-repérage dans les milieux défavorisés qui seraient davantage dans le viseur des travailleurs sociaux n'est pas clairement tranchée. Notons qu'ATD Quart-Monde va lancer une étude sur le thème : « en quoi la grande misère affecte les liens familiaux ? ».

² Source : interview pour Le Magazine de la santé 11/02/2013.

³ « Pauvreté des familles et maltraitance à enfants : un état des lieux de la recherche, une question non tranchée » Gilonne Desquennes . Les Sciences de l'éducation - Pour l'Ère nouvelle 2011/3 (Vol. 44).

Au-delà du débat sur les liens de corrélation entre précarité et maltraitance, la pauvreté constitue un contexte délétère, susceptible d'avoir des répercussions sur la vie et le développement des enfants. La précarité est en elle-même un risque de danger pour l'enfant : la pédopsychiatrie a bien montré que « les effets de la précarité sur les enfants et les adolescents sont comparables à ceux de la guerre ⁴ ». 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 Moro⁵, ces effets de la précarité peuvent être profonds et parfois même transgénérationnels.

Les conséquences de la précarité sur la santé physique et psychique ont été démontrées : « le risque de surpoids chez les enfants et les adolescents en situation de précarité est multiplié par trois » affirme Georges Picherot⁶ chef du service de pédiatrie à Nantes. Le risque d'obésité est multiplié par trois ou quatre. Une étude conduite dans trois départements⁷ a montré que le surpoids est significativement plus fréquent lorsqu'un seul parent travaille à temps partiel (21,2 % vs 15,6 %) ou lorsque le budget alimentaire familial pose problème (20,1 % vs 15,6 %).

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

En lien avec la précarité, la question de l'hébergement est, dans les discours des personnes auditionnées, considérée comme déterminante en protection de l'enfance. L'association nationale des assistants de service social (ANAS) rapporte que les difficultés de logement, en raison de l'explosion des loyers, sont à l'origine de très nombreuses interventions en protection de l'enfance, avec pour corollaire des « dilemmes » pour les travailleurs sociaux : à partir de quel niveau d'insalubrité du logement faut-il retirer l'enfant de sa famille, indépendamment de toute autre considération ? Les situations de mères isolées avec enfant à la rue ainsi que les familles vivant à l'hôtel ont également été citées comme des facteurs compliquant le bon développement de l'enfant. Si peu de travaux examinent les conséquences des mauvaises conditions de logement sur l'enfant, on comprend qu'un logement trop exigü ou dégradé favorise les risques domestiques, accroît les tensions familiales, nuit à la santé physique et mentale, au développement affectif et a une incidence sur la scolarité. Ainsi une étude canadienne ancienne⁸ suggère une relation entre le surpeuplement de la résidence familiale et le nombre de fois que le parent rapporte avoir frappé ou giflé l'un de ses enfants au cours de la dernière semaine. Le stress vécu par les parents exacerberait le lien entre le surpeuplement et la fréquence des coups ou gifles donnés aux enfants. D'autres études ont établi des relations entre diverses caractéristiques du logement et l'exercice de la

⁴ Propos de Marie-Rose Moro, professeur de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, cités dans le rapport de la défenseur des droits, « Précarité et protection des droits de l'enfant », 2010 p 26 : https://juridique.defenseurdesdroits.fr/doc_num.php?explnum_id=7623.

⁵ Ibidem.

⁶ Ibidem.

⁷ Obésité des adolescents dans trois départements français : modes de vie, précarité et restauration scolaire.

Elisabeth Feur ; Claude Michaud, Jeanne Boucher, Pascale Gerbouin-Rerolle, Catherine Leynaud-Rouaud, Stéphane Chateil, Murielle Gourdon, Bernard Ledésert in BEH n° 18-19/2003 INVS.

⁸ Booth, A., & Edwards, J.N. (1976). Crowding and family relations. *American Sociological Review*, 41 (2), 308-321. Cette étude est résumée là : <https://tout-petits.org/media/1459/maltraitance-bonnespratique.pdf>.

fonction parentale (notamment le nombre et la qualité des interactions verbales avec l'enfant⁹). Le rapport mondial sur la violence et la santé de l'OMS¹⁰ va dans le même sens : « le risque de maltraitance augmente dans les ménages surpeuplés. Un milieu familial instable, où la composition du ménage change souvent, des membres de la famille et d'autres personnes allant et venant, est une caractéristique fréquente des cas de privation de soins chronique ».

Le lien entre logement et scolarité des enfants a, quant à lui, fait l'objet de publications françaises¹¹ : Dominique Goux et Eric Maurin ont ainsi mis en évidence une corrélation très forte entre conditions de logement et performance scolaire. La probabilité de redoubler en primaire ou dans le secondaire augmente significativement avec le nombre de personnes par pièce, de même que la probabilité de décrochage scolaire et de sortie du système scolaire sans diplôme. Ils montrent aussi que « toutes choses égales par ailleurs, un collégien de 15 ans partageant sa chambre avec au moins un frère ou une sœur avait une probabilité de 12 % plus élevée d'accuser un retard scolaire qu'un enfant disposant de sa propre chambre. »

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

Plusieurs acteurs rencontrés ont souligné l'impact de l'évolution des liens familiaux sur la fragilisation de la cellule familiale. Isolement d'un des parents, conflits entre les parents, coupure avec le cercle familial élargi (les grands-parents notamment), tous ces facteurs semblent complexifier l'établissement de liens « sécurisés » chez l'enfant. Or un grand nombre d'enfants sont concernés par une structure familiale mouvante : d'après l'enquête Famille et logements réalisée en 2011 par l'Insee, sur les 13,7 millions d'enfants âgés de moins de 18 ans vivant en famille en France métropolitaine, 18 % vivent dans une famille monoparentale et 11 % dans une famille recomposée, contre 70 % dans une famille « traditionnelle » avec leurs deux parents. Toutefois, au-delà des discours des professionnels, peu d'études ont mis en évidence de façon solide le lien entre composition familiale et situation de danger. Une recherche action conduite en Ille-et-Vilaine¹² montre néanmoins que la recombinaison familiale est surreprésentée dans les 200 dossiers d'enfants placés qui ont été étudiés. Les auteurs en concluent que « ces organisations familiales contiennent en elles-mêmes des facteurs de risque dont la combinaison, toujours singulière, est susceptible de fragiliser les parents et l'éducation de leurs enfants ». L'analyse n'étant pas « toutes choses égales par ailleurs », cette conclusion mériterait d'être davantage étayée, elle rejoint cependant les observations des acteurs de terrain auditionnés : la séparation et la recombinaison familiale sont des moments de fragilisation pour les parents qui peuvent retentir sur les enfants. En outre, la séparation, quand elle est synonyme d'isolement, favorise la précarité.

⁹ Evans, G.W., Maxwell, L.E., & Hart, B. (1999). Parental language and verbal responsiveness to children in crowded homes. *Developmental Psychology*, 35, 1020-1023. Résumé ibidem.

¹⁰Rapport mondial sur la violence et la santé, OMS, 2002 http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/fr/full_fr.pdf.

¹¹ Dominique Goux et Eric Maurin, « The Effect of Overcrowded Housing on Children's Performance at School », *Journal of Public Economics*, 2005 et Dominique GOUX et Eric MAURIN, « Surpeuplement du logement et retard scolaire des enfants », *Données sociales 2002- 2003. La société française*, Paris, France, INSEE.

¹² Le développement de stratégies de prévention en protection de l'enfance : résultats et enseignements d'une recherche-action en Ille-et-Vilaine

1.3 Les violences conjugales ont un effet traumatique sur l'enfant

Leur impact est d'autant plus important que l'enfant est jeune et ne peut verbaliser. Cela se traduit par une prévalence accrue de problèmes de santé, de troubles de l'adaptation et du comportement¹³.

1.4 La montée de problématiques nouvelles liées au handicap, aux addictions, aux troubles du comportement complexifie la donne

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

Les acteurs de la santé auditionnés soulignent tous une montée en charge des problèmes de psychopathologies des mères (troubles bipolaires, psychoses du post-partum, schizophrénie, addictions au cannabis, à l'alcool, au tabac, dépression sévère). Or, la grossesse et/ou la naissance d'un enfant peuvent entraîner une aggravation de la pathologie préexistante ou un déclenchement d'une pathologie¹⁴, notamment pour les pathologies psychotiques. Du fait de ces troubles, les parents peuvent être dans l'incapacité de répondre aux besoins physiologiques et/ou affectifs de leur enfant. L'augmentation de la prévalence de ces pathologies maintes fois citée lors des auditions - mais que la mission n'a cependant pas pu documenter - complexifie le travail en périnatalité d'autant que la réduction du délai de sortie de la maternité ne laisse que peu de temps pour mettre en place une solution répondant aux besoins de l'enfant.

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

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

Malgré quelques fragiles améliorations observées ces dernières années s'agissant des collégiens et des lycéens, les consommations de tabac, d'alcool et de drogues chez les jeunes restent très préoccupantes. A 17 ans, 25 % des adolescents fument quotidiennement du tabac et 8 % consomment de l'alcool plus de 10 fois par mois¹⁵. 39 % des jeunes de 17 ans déclarent avoir déjà fumé du cannabis

Parallèlement à l'augmentation de ces troubles, la prise en charge en psychiatrie infantilo-juvénile est de plus en plus tardive¹⁶. Ces délais sont particulièrement lourds de conséquences puisqu'une

¹³ 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.

¹⁴ L'étude de référence est une étude suédoise de 2009 : Valdimarsdóttir, Hultman CM, Harlow B, Cnattingius S, Sparén P. « Psychotic illness in first-time mothers with no previous psychiatric hospitalizations: a population-based study ». Cette étude montre que l'incidence des pathologies psychotiques augmente immédiatement dans les suites de la naissance d'un 1er enfant et que la moitié des patientes hospitalisées pour psychose n'avaient aucun antécédent psychiatrique personnel.

¹⁵ OFDT: « Les drogues à 17 ans: analyse de l'enquête ESCAPAD 2017 », *Tendances*, février 2018.

¹⁶ Le rapport IGAS de 2017 met en évidence dans les structures visitées par la mission des délais allant généralement de 3 à 12 mois et parfois supérieurs à un an. Alain Lopez et Gaëlle Turan-Pelletier, « Organisation et fonctionnement du dispositif de soins psychiatriques, 60 ans après la circulaire du 15 mars 1960 » p32.

prise en charge trop tardive peut entraîner des séquelles irréversibles en termes de développement intellectuel et comportemental.

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

La surexposition aux écrans a trois types d'incidence, liées au support, au contenu, aux interactions. Le support majore le risque de dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA) et de perturbation des rythmes de la mélatonine. Plus directement lié à la protection de l'enfance, le risque lié au contenu a trait à l'exposition à des contenus sexuels ou violents ou prônant des comportements malsains comme l'anorexie ou le suicide. Enfin, le virtuel multiplie les possibilités de « mauvaises rencontres » (intimidation, harcèlement, agressions sexuelles, radicalisation).

Enfin, plusieurs personnes auditionnées ont rapporté les effets dévastateurs sur les interactions entre parents et enfants d'une addiction aux écrans de la part du parent¹⁷.

1.6 La prévention spécialisée est confrontée à la montée de la radicalisation

Plus que le terme « radicalisation », les acteurs rencontrés font davantage état d'un isolement, d'un repli sur soi, d'un communautarisme. L'une des rares études¹⁸ sur la radicalisation en prévention spécialisée montre que la plupart des professionnels ont observé sur leurs territoires des comportements et des pratiques en lien avec un apparent « resserrement » sur le fait religieux – et spécifiquement l'islam. Cependant la complexité et la sensibilité du sujet sont telles que la mission n'a pas pu suffisamment l'expertiser dans le cadre de ce rapport. Il résulte de cette évolution que la prévention spécialisée a de moins en moins prise sur ces publics.

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

La réponse aux besoins des enfants en danger s'inscrit dans le contexte de l'augmentation récente et importante du nombre des enfants étrangers privés de la protection de leur famille, les « mineurs non accompagnés » (MNA) qui relèvent eux aussi de la protection de l'enfance et sont pris en charge par l'ASE. Le nombre de personnes se présentant comme MNA qui, au début des années 2010, ne dépassait pas quelques milliers a fortement cru ensuite et particulièrement depuis 2015-2016, entraînant une augmentation de la charge incombant aux départements. On dénombrait 14 908 personnes (MNA) entre le 1er janvier et le 31 décembre 2017 contre 8054 en 2016, soit 85 % d'augmentation sur la seule dernière année¹⁹. 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.

¹⁷ 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>).

¹⁸ « 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.

¹⁹ Ministère de la justice, « Rapport annuel d'activité de la mission Mineurs non accompagnés 2017 », mars 2018.

Par ailleurs, la prise en charge des enfants de familles migrantes pose la question de l'adéquation de l'offre à ces familles qui ont souvent vécu un traumatisme et peinent à trouver leurs repères dans un nouveau pays²⁰.

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

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

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

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

²⁰ « La protection de l'enfance Entre l'offre institutionnelle et la demande des familles en situation migratoire », Charles Di et Marie-Rose Moro, Le journal des psychologues, n°256, avril 2008.

2 LA PREVENTION EN PROTECTION DE L'ENFANCE EST UN ENJEU MAJEUR AU REGARD DU COUT HUMAIN, ECONOMIQUE ET FINANCIER CONSIDERABLE DE L'ENFANCE EN DANGER

Si aucun système statistique ne mesure combien d'enfants sont « en danger » ou en « en risque de danger » et si ces situations peuvent relever d'acteurs multiples et être souvent invisibles, notamment quand elles se déroulent dans l'intimité de la vie familiale, des notions proches ou partielles peuvent aider à cerner l'ampleur du phénomène ou, du moins, de certaines de ses composantes. Le nombre d'enfants concernés par l'un ou l'autre type de dangers et l'ampleur des conséquences rendent cruciale la question de la prévention.

2.1 Des estimations de l'ampleur de l'enfance en danger

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

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

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

L'un des termes usité le plus fréquemment dans la littérature scientifique nationale et internationale pour analyser le phénomène est celui de maltraitance²¹ qui selon l'OMS renvoie « aux mauvais traitements physiques et affectifs, aux sévices sexuels, au manque de soins ou à la négligence envers les enfants, ainsi qu'à leur exploitation commerciale ou autre »²². Si tous les enfants maltraités ne sont pas pris en charge en protection de l'enfance, et si tous les enfants pris en charge n'ont pas nécessairement été maltraités, le nombre d'enfants maltraités permet de jauger l'ampleur des situations de danger les plus graves. En France, certaines enquêtes en population générale, déclaratives et rétrospectives, permettent aussi d'estimer le nombre d'enfants victimes de violences²³. 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.

²¹ 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.

²² Rapport OMS prévention.

²³ Le rapport 2016 de l'ONPE a recensé ces sources et en fait une présentation plus détaillée qu'ici.

- L'enquête Contexte de la sexualité en France de l'institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) et de l'institut national d'études démographiques (INED) a montré que 8,7 % des femmes et 2,8 % des hommes interrogés ont subi un rapport ou une tentative de rapport sexuel forcé avant l'âge de 18 ans²⁴.
- Selon l'enquête Événement de vie et santé²⁵ de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), 15 % des hommes et 8,4 % des femmes déclarent avoir subi des violences physiques de manière durable durant l'enfance et l'adolescence, ce qui correspond à 11,6 % de l'ensemble de la population. Parmi eux, seulement 6,1 % de ces hommes et 12,3 % de ces femmes auraient alors été pris en charge par des services de protection de l'enfance (soit 8,5 % de l'ensemble).
- Si l'on restreint le champ aux violences sexuelles subies de manière répétée durant l'enfance et l'adolescence, cette même enquête évalue à 0,2 % des hommes et 2,5 % des femmes (soit 1,4 % de l'ensemble) les personnes concernées. Parmi celles-ci, seuls 7,8 % de ces hommes et 19,7 % de ces femmes auraient été pris en charge par des services de protection de l'enfance (soit 18,8 % de l'ensemble).
- L'enquête donne aussi une estimation de la proportion des personnes déclarant avoir vécu un grave manque d'affection durant l'enfance et l'adolescence : c'est le cas de 11,6 % des hommes et 16,7 % (soit 14,2 % de l'ensemble). Parmi elles, seulement 12,5 % de ces hommes et 12,7 % de ces femmes auraient été pris en charge par des services de protection de l'enfance (soit 12,6 % de l'ensemble).

Au-delà des violences et maltraitance, la précarité peut constituer un danger pour l'enfant dans la mesure où elle n'est pas sans conséquences sur sa construction affective, psychique, et sur sa santé (cf. plus haut).

- En 2015 selon l'Insee, 2,8 millions d'enfants (19.9 % des moins de 18 ans) vivent dans des ménages dont le niveau de vie est inférieur au seuil de pauvreté²⁶.
- Début 2012, en France métropolitaine, 30 000 enfants (accompagnant 82 000 adultes) étaient sans domicile dans les agglomérations de 20 000 habitants ou plus²⁷. Ces personnes étaient sans abri ou se trouvaient au moment de l'enquête dans des centres d'hébergement, des chambres d'hôtel ou des logements payés par des associations. L'INSEE recensait, en 2013, 75 500 personnes habitant dans les habitations de fortune (caravanes et mobil-homes immobilisés à des fins d'habitation, baraques de chantier, logements en cours de construction, locaux agricoles aménagés) dont 16 000 enfants²⁸.
- En 2013, plus de 3,2 millions d'enfants mineurs vivaient dans des ménages logés en situation de surpeuplement, selon un chiffre du dernier rapport de la Fondation Abbé Pierre que la mission n'a pu expertiser.

► Des estimations des dangers repérés administrativement

L'observatoire national de la délinquance et des réponses pénales (ONDR) évalue en 2015 à 26000 les faits de «violences, mauvais traitements et abandons d'enfants»²⁹.

²⁴ L'enquête a été conduite en 2005-2006 auprès d'un échantillon de 12 364 personnes âgées de 18 à 69 ans.

²⁵ L'enquête a été conduite en 2005-2006 par la Drees auprès de 10 000 personnes, âgées de 18 à 75 ans.

²⁶ Les revenus et le patrimoine des ménages, édition 2018 - Insee Références

²⁷ Les conditions de logement en France, édition 2017 - Insee Références

²⁸ Ibidem.

²⁹ Bulletin sur la délinquance enregistrée pour l'année 2015, Observatoire national de la délinquance et des réponses pénales

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

Tableau 2 : Violences physiques et sexuelles enregistrées par les services de police et de gendarmerie en 2015

	Violences physiques		Violences sexuelles		Total général	
	Nombre de victimes	Proportion (%)	Nombre de victimes	Proportion (%)	Nombre de victimes	Proportion (%)
0-9 ans	14 400	14	8 300	31,3	22 700	17,6
Sexe féminin	5 800	40,3	5 800	69,9	11 700	51,5
Sexe masculin	8 600	59,7	2 400	28,9	11 000	48,5
10-17 ans	40 600	39,6	11 900	44,9	52 500	40,7
Sexe féminin	16 600	40,9	10 200	85,7	26 800	51
Sexe masculin	24 000	59,1	1 700	14,3	25 700	49
18-25 ans	47 500	46,3	6 300	23,8	53 800	41,7
Sexe féminin	25 800	54,3	5 800	92,1	31 600	58,7
Sexe masculin	21 700	45,7	500	7,9	22 200	41,3
Total général	102 500	100	26 500	100	129 000	100

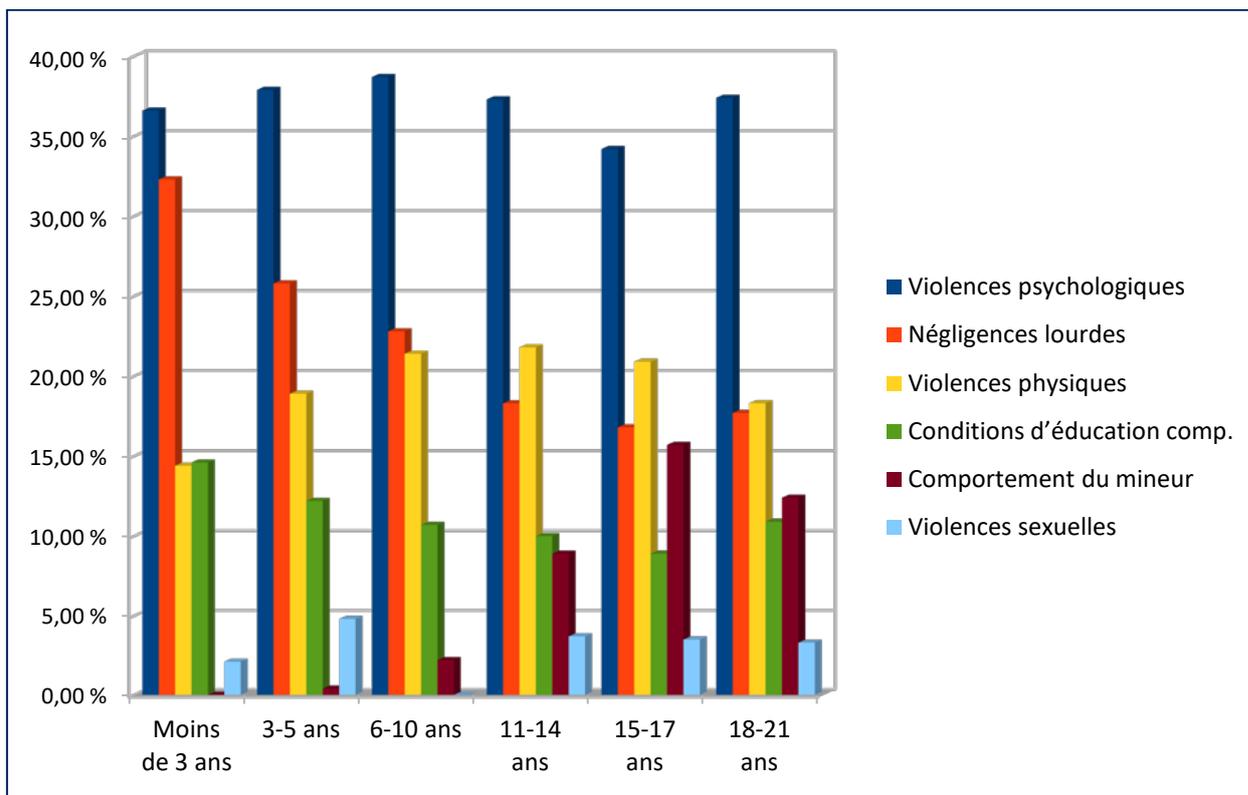
Source : Service statistique ministériel de la sécurité intérieure (SSMSI), base des crimes et délits enregistrés par la police et la gendarmerie in ONPE, Enfants en (risque de) danger, enfants protégés : quelles données chiffrées ? Onzième rapport au Gouvernement et au Parlement, Octobre 2016.

Les chiffres de l'observatoire de l'action sociale décentralisée³⁰ situaient en 2006 le nombre d'enfants reconnus maltraités par an à 19 000. Ce chiffre reposait sur une analyse de l'ensemble des signalements. Le « signalement » ayant fait place à l'information préoccupante (IP), le système d'observation statistique a lui aussi changé avec la création de l'observatoire nationale de la protection de l'enfance (ONPE), l'ODAS n'a plus en charge l'analyse globale des IP (cf. plus loin) si bien qu'on ne dispose pas de données récentes issues de l'ensemble des informations préoccupantes pour repérer, parmi les causes, celles relevant de la maltraitance et des autres composantes de l'enfance en danger. Cependant, une source partielle permet d'estimer les dangers donnant lieu à une IP. En effet, le 119 (cf. plus loin) fournit une analyse des dangers conduisant à l'information préoccupante. Cette analyse repose sur une nomenclature construite en référence aux

³⁰ Cette étude estime parmi les signalements aux conseils généraux le nombre de ceux dont la cause est la maltraitance (abus sexuels, violences physiques ou psychologiques ou négligences lourdes).

textes internationaux et à la définition de la maltraitance de l’OMS. Elle distingue quatre types de violence envers les enfants (psychologiques, physiques, sexuelles, négligences lourdes) auxquelles s’ajoutent deux autres catégories renvoyant à des situations d’enfants mis en danger par leurs conditions d’éducation ou par leurs propres actes. Les données les plus récentes montrent que la grande majorité des informations préoccupantes émises ne concernent pas des enfants maltraités (victimes de violences physiques, sexuelles, psychologiques ou de négligences lourdes) mais des enfants en risque de danger : les violences psychologiques prédominent. Contrairement aux chiffres anciens de l’ODAS sur les IP, cette analyse ne porte pas sur tous les enfants qui font l’objet d’une information préoccupante mais uniquement sur les IP ayant pour origine un appel au 119, ce qui représenterait selon le 119 entre 15 et 20 % de l’ensemble.

Tableau 3 : Répartition des formes de dangers par tranche d’âge des enfants



Source : GIPED

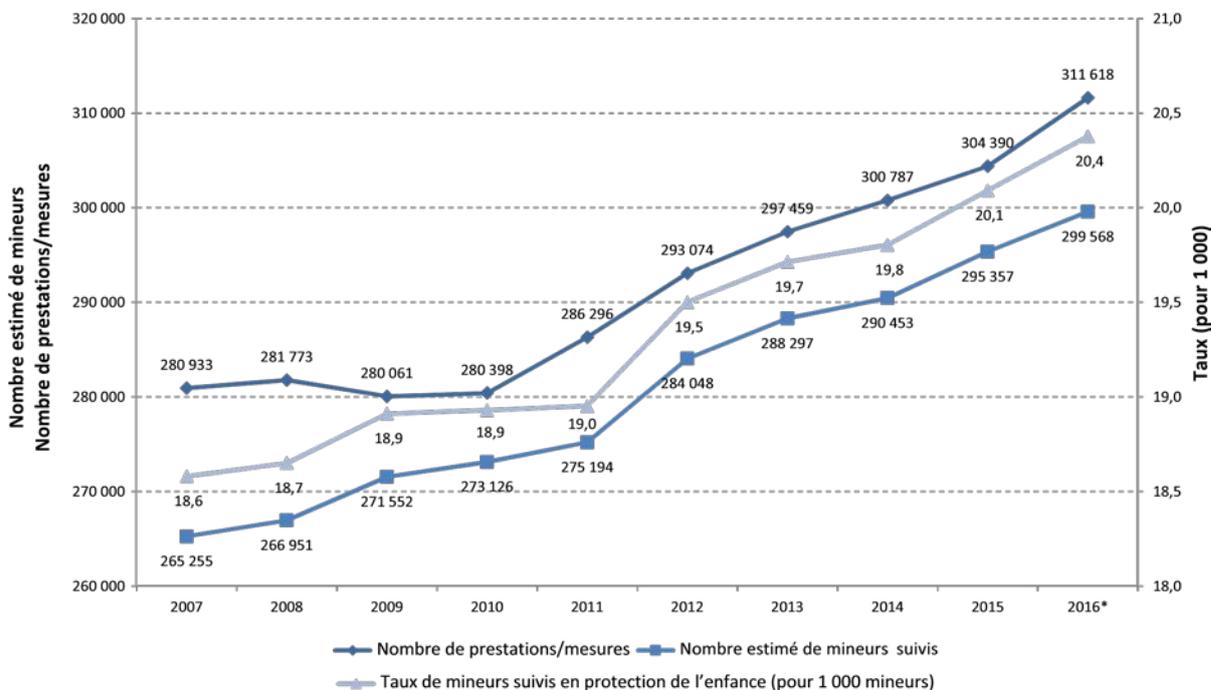
➤ Une estimation du nombre d’enfants confiés à l’ASE : 2 % des moins de 18 ans

L’ONPE réalise une estimation annuelle du nombre de mineurs et de jeunes majeurs faisant l’objet d’une mesure de protection de l’enfance. Cette estimation est réalisée à partir des données de la direction de la recherche, des études, de l’évaluation et des statistiques (DREES) et de la direction de la protection judiciaire de la jeunesse (DPJJ) pour le nombre de mineurs en assistance éducative (Art. 375 du Code civil) issu des tableaux de bord des tribunaux pour enfants. Les dernières données disponibles portent sur l’année 2016. Selon l’ONPE³¹, 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

³¹ Chiffres clés en protection de l’enfance , ONPE DREES, janvier 2018.

proportion de 2,04 % des moins de 18 ans³². Ce premier chiffre a subi une augmentation de 11,5 % entre 2007 et 2016.

Graphique 1 : Évolutions des suivis de mineurs en protection de l'enfance au 31 décembre (de 2007 à 2016)



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

Ces plus de 300 000 jeunes bénéficiaires de mesures correspondent à 334 000 mesures en 2016 et 340 000 mesures en 2017³³. Ces mesures sont, à quasi-part égale, des actions éducatives ou des placements : fin 2017 on dénombrait 176 000 placements et 164 000 actions éducatives. Au cours du temps, la part relative des placements a diminué, passant de 54 % en 2006 à 52 % en 2017. Parmi les actions éducatives, les AEMO représentent plus deux tiers des mesures contre un tiers pour les AED. Pour les placements hors placements directs, la part des mesures judiciaires est majoritaire (79 % en 2017).

2.2 Des conséquences physiques et psychiques à court terme et à long terme

Au-delà du scandale moral que constitue l'enfance maltraitée, négligée ou soumise à des conditions matérielles précaires, il faut en souligner les répercussions à long-terme sur la santé physique et psychique, le développement, le bien-être et l'insertion sociale et professionnelle.

Il est maintenant établi par un certain nombre de travaux sur le développement du cerveau des enfants en bas âge que ce développement peut être physiologiquement altéré par un stress prolongé, grave ou imprévisible – dont la maltraitance – au cours des premières années de l'enfance. Ce genre d'altération dans le développement cérébral peut à son tour avoir des effets

³² https://www.onpe.gouv.fr/system/files/publication/20160927_note_estimation2014_ok.pdf.

négatifs sur le développement physique, cognitif, affectif et social des enfants, sur l'expression de l'intelligence, des émotions et de la personnalité³⁴.

La maltraitance des enfants a de grandes répercussions sur la santé physique et mentale : ont été mis en évidence par la recherche des liens entre l'exposition aux mauvais traitements et à d'autres formes de violence au cours de l'enfance et un surrisque dans les maladies cardiaques, les cancers, le tabagisme et l'obésité³⁵. Des études ont également établi un lien entre maltraitance et comportements à risque dont la victimisation violente et la perpétration d'actes de violence, les comportements sexuels à risque, l'alcoolisme et la toxicomanie.

Dans les cas extrêmes, la maltraitance aboutit à la mort. En 2016, selon l'ONPE, 131 mineurs victimes d'infanticide ont été enregistrés par les forces de sécurité. Parmi ces mineurs, 67 sont décédés dans le cadre intrafamilial, c'est-à-dire que l'auteur des faits est un parent (père, mère, beau-parent ou grand-parent)³⁶.

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

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

Peu de recherches françaises existent sur les parcours et les conséquences de la maltraitance et du placement sur la vie du futur adulte. La difficulté à recueillir des données de longue période sur les parcours explique ce relatif désintérêt de la recherche en sciences sociales. Les quelques études existantes reposent sur des monographies d'un échantillon plus ou moins large. Elles mettent en évidence que la maltraitance a des conséquences à long-terme sur l'adaptation sociale et la santé.

Ainsi, une étude sur le devenir de 129 enfants placés dans le Maine-et-Loire montre qu'un quart d'entre eux conservent à l'âge adulte un handicap psychique et une adaptation sociale difficile et sont dépendants des prestations familiales³⁷.

Une forte sur-représentation des enfants placés parmi les SDF a également été mise en évidence : selon l'enquête de l'Insee sur les SDF de 2012³⁸, près d'un quart des personnes sans domicile fixe

³⁴ 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>.

³⁵ Par exemple, l'étude qui fait référence sur le sujet et est citée dans les principales revues de littérature sur la question dont le rapport OMS 2006 est : Felitti VJ et al. relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: the adverse Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: the Adverse Childhood Experiences (ACE) study. *American Journal of Preventive Medicine*, 1998, 14:245-258.

³⁶ 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.

³⁷ « Devenir à long terme des très jeunes enfants placés à l'aide sociale à l'enfance ». in RFAS 2016/1 Daniel Rousseau, Élise Riquin, Mireille Rozé, Philippe Duverger, Patrick Saulnier. Conduite entre 2011 et 2014 par l'équipe de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent du centre hospitalier universitaire (CHU) d'Angers, l'étude qui est une enquête longitudinale porte sur une population de très jeunes enfants suivis par les services sociaux et dont certains ont été placés. Elle décrit le devenir sur 20 ans de 129 enfants ayant bénéficié, avant l'âge de 4 ans, d'un placement dans un établissement de l'Aide sociale à l'enfance (ASE) du département de Maine-et-Loire. L'équipe a reconstitué les biographies exhaustives de ces enfants depuis leur naissance jusqu'à leur majorité.

(23 %) étaient d'anciens enfants placés alors que la proportion d'enfants placés dans la population n'est que de 2 à 3 %. Parmi les SDF les plus jeunes (18-24 ans), la proportion d'enfants placés atteint un tiers (35 %). Attention cependant à l'interprétation de ces chiffres, car la donnée inverse (quelle proportion d'enfants placés devient SDF) n'est pas connue. De plus, on ne sait pas si cette corrélation est un effet du placement (dû à une préparation insuffisante ou inadéquate à la sortie du placement pour les plus jeunes, ou à l'affaiblissement des liens avec la famille que le placement peut entraîner même lorsque la famille n'était pas maltraitante) ou bien un effet des difficultés vécues avant le placement et qui ont pu le motiver.

Au-delà des parcours de long-terme des enfants passés par l'ASE, les interlocuteurs rencontrés par la mission ont souligné de façon unanime la difficile sortie des dispositifs de protection de l'enfance pour les jeunes majeurs et le caractère crucial de la transition ASE/dispositifs de droit commun. L'accès à la formation, à l'emploi, au logement, et de façon plus globale à l'autonomie des jeunes issus de l'ASE serait complexe. Une étude de l'INED³⁹ 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.

³⁸ Isabelle Frechon et Maryse Marpsat « Placement dans l'enfance et précarité de la situation de logement » in *Économie et Statistiques* N° 488-489, 2016.

³⁹ Isabelle Frechon, Lucy Marquet Document de travail « Comment les jeunes placés à l'âge de 17 ans préparent-ils leur avenir ? » INED n°227 2016.

ANNEXE 3 :

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

La première recommandation de ce rapport portant sur la nécessité pour les acteurs du champ de l'enfance de se doter d'un cadre conceptuel en matière de prévention, la présente annexe a pour objet :

- de rappeler les concepts et le vocabulaire général de la prévention (1) ;
- de préciser le cadre normatif et doctrinal dans lequel la prévention s'insère en protection de l'enfance, comparé à d'autres domaines faisant l'objet de politiques publiques en matière de risques (2 et 3).

Elle vise à verser des éléments au débat que les acteurs devraient conduire en vue de l'adoption d'un cadre partagé, ainsi qu'à expliciter les fondements théoriques des orientations retenues par la mission pour toute la suite de son rapport. Elle développe et complète à ce titre de manière détaillée les éléments énoncés au § 1-5 du rapport.

1 GLOSSAIRE DE LA PREVENTION : DEFINITIONS ET NOTIONS ELEMENTAIRES

Par nature, une mesure de prévention vise à écarter un risque dont il n'est jamais certain qu'il se serait réalisé en son absence et dont il est par ailleurs malaisé de déterminer la part attribuable à la diminution du risque lorsque celle-ci est constatée.

En termes d'efficacité, une des difficultés majeures de la prévention est de faire la démonstration de son impact, *a fortiori* lorsqu'elle est précoce et que le risque est susceptible de se réaliser tardivement (pathologies différées, désinsertion sociale, etc.).

En termes d'efficience, la prévention est perçue dans le meilleur des cas comme un investissement. Dans une approche moins ambitieuse, elle constitue un coût. Mais dans les deux cas un retour sur investissement ou une réduction des dépenses engagées est escompté. Ce qui pose la question des critères et indicateurs à l'aune desquels l'action de prévention sera considérée avoir porté ses fruits. Répondre à cette question suppose de partager les concepts et le vocabulaire général de la prévention puis d'adopter un cadre de référence permettant de construire une politique publique évaluable.

1.1 Prévenir et prévention

Le verbe *prévenir* a aujourd'hui deux usages : empêcher quelque chose de fâcheux de se produire (prévenir une maladie) et informer (avertir)⁴⁰.

Le mot *prévention*, dans son acception principale, désigne l'ensemble des mesures prises contre des *risques*⁴¹. Faire de la prévention consiste à agir sur *les facteurs de risque*.

Parler de prévention conduit donc nécessairement à parler de *risque* mais aussi de *danger*. Ces termes, régulièrement confondus, doivent eux aussi être précisés car ces confusions nuisent à la pertinence et à l'adéquation des mesures de prévention envisageables.

➤ Danger et risque

- Le *danger* peut recevoir des acceptions différentes selon le domaine auquel il s'applique (médecine, environnement, risques professionnels, finance, défense...) mais il possède quelques caractéristiques récurrentes, applicables à chacun d'eux. Il peut être défini comme « *toute source potentielle de dommage, de préjudice ou d'effet nocif à l'égard d'une chose ou d'une personne* ». Il s'ensuit que :
 - **Le danger est objectivable** ; une chose ou une situation constitue ou non un danger dès lors qu'elle peut causer un dommage. Un plancher glissant est un danger, un volcan en éruption aussi, de même qu'une vague de quatre mètres de hauteur, etc. On verra plus loin qu'ils ne constituent pas pour autant nécessairement un risque.
 - **Le danger est un potentiel certain mais non concrétisé** ; il est la propriété intrinsèque d'un événement, d'une situation, d'un phénomène, à provoquer un dommage. On parle de potentiel de nuisance.
 - **Le danger est associé à l'idée de dommage** ; il produit des effets indésirables : noyade, pollution, intoxication, mort, destruction de biens, etc. La source du danger (électricité) est souvent confondue avec ses effets nocifs (électrocution).
- **Le risque est la conséquence de l'exposition au danger**. Le risque pour l'Homme résulte donc de sa *rencontre* avec un danger. Le danger peut être important mais le risque nul aussi longtemps que *l'exposition* de l'homme est évitée. Pour reprendre les exemples ci-dessus, un plancher rendu glissant ne constitue pas un risque s'il n'est pas possible de marcher dessus ; l'éruption volcanique n'est pas un risque si l'individu ne gravit pas le flanc du volcan ; une vague de quatre mètres ne constitue pas non plus un risque dès lors que le spectateur se tient à distance d'elle, derrière une barrière robuste ou ne s'aventure pas dans l'eau avec une planche de surf...

Cette définition du risque permet d'entrevoir en quoi peut consister une *action de prévention*, à savoir ne pas s'exposer ou exposer autrui au danger. Cette affirmation en apparence évidente permet de lever une confusion fréquente : si le danger est souvent une réalité objective inévitable et sur laquelle l'Homme n'a pas prise (l'orage, la foudre...), celui-ci peut en revanche faire en sorte de ne pas y être exposé (risque évité ou éliminé) ou de se protéger en prenant des précautions (paratonnerre...) pour en limiter les effets lorsqu'il se réalise (risque réduit). Il est donc

⁴⁰ Dictionnaire historique de la langue française (sous la direction d'Alain Rey Le Robert)

⁴¹ Toutefois, nombre des actions de prévention en faveur de l'enfance, en particulier celles conduites par les services de PMI en période périnatale, relèvent, comme on le verra d'une information/sensibilisation dans la quelle prévenir revient à avertir (ex : information précoce sur le syndrome du bébé secoué)

communément admis et généralement vérifié que pour qu'il y ait risque, il faut au préalable qu'il y ait danger⁴².

Le risque induit par ailleurs une certaine incertitude. Il est plus ou moins probable et plus ou moins élevé. Il est donc le résultat d'une *évaluation*⁴³. Le résultat de cette évaluation conduit généralement à une *hiérarchisation* des risques qui va elle-même permettre et conditionner la nature, la gradation et la priorisation des mesures de prévention. Les méthodes d'évaluation du risque varient et peuvent être plus ou moins complexes mais la définition la plus commune fait du risque la *combinaison de la probabilité et de la conséquence de la survenue d'un évènement dangereux*, souvent résumée par la formule **Risque = fréquence X gravité**⁴⁴.

En d'autres termes, plus l'occurrence d'un risque (la probabilité⁴⁵ qu'il se réalise) et sa gravité (les dommages qu'il cause) sont élevés, plus le risque est grand. A l'inverse, si la probabilité qu'il se réalise et ses conséquences sont peu élevées (importantes ?), le risque peut être qualifié de faible, voire négligeable. Des variations entre ces deux extrêmes existent bien entendu : un risque peut être rare mais avoir des conséquences graves (accident nucléaire) ; un risque peut à l'inverse être fréquent mais de faible gravité. Ce sont la connaissance et l'évaluation des risques d'une activité considérée qui permettent au décideur, à titre individuel ou dans le cadre d'une politique publique, de hiérarchiser les risques et de prioriser les actions de prévention dans une logique de *gestion des risques*.

1.2 Prévention et protection

Si le risque est le produit de la fréquence et de la gravité, les actions de prévention vont consister à agir sur l'un/et ou l'autre des deux facteurs du produit. Chaque facteur renvoie à un registre d'action différent :

- Agir sur la gravité revient à agir sur les conséquences. On admet que le risque va se réaliser (survenue d'un évènement indésirable) et l'on prend des mesures qui vont en limiter les effets lorsque ce sera le cas. Ce sont donc plutôt des mesures de *protection* (porter un harnais de sécurité ne permet pas d'éviter la chute mais en limite les conséquences).

⁴² [1]On doit toutefois nuancer cette affirmation en rappelant que la situation à risque peut ne pas résulter de l'exposition directe à une source de danger. Le risque psychosocial (RPS) par exemple est plurifactoriel. Si le changement consécutif à une restructuration dans une organisation peut être facteur de RPS, on ne peut en déduire que tout changement est intrinsèquement dangereux ! Ce sont sa finalité, son sens et surtout sa conduite qui peuvent, selon les circonstances, créer une situation dangereuse. Un facteur déclenchant conduit en général à transformer la situation dangereuse en évènement indésirable (incident/accident).

⁴³ On parle alors d'évaluation du risque plutôt que de mesure car il est admis que l'évaluation des risques est un processus subjectif dont le résultat ne saurait être le produit d'une mesure experte. « *Le risque n'existe pas dans la nature indépendamment de nos esprits et de notre culture. L'homme a inventé le concept de risque pour l'aider à comprendre et à faire face aux dangers et aux incertitudes de la vie. Si ces dangers sont bien réels, il n'y a ni risque réel ni risque objectif* » (Daniel Kahneman citant Paul Slovic : la perception du risque) .

⁴⁴ [1]La norme ISO 31000 sur le management du risque définit pour sa part le risque comme « l'effet de l'incertitude sur l'atteinte des objectifs » ; la norme précise qu'il est souvent caractérisé en référence à des évènements et des conséquences potentiels ou à une combinaison des deux.

⁴⁵ La fréquence s'apprécie d'une part avec la fréquence d'exposition au danger (utilisation d'un couteau toute la journée, une heure par jour, une fois par jour, une fois par an, etc.) et la fréquence et le nombre de facteurs déclenchants (nombre quotidien, mensuel, annuel de coupures).

- Agir sur la fréquence revient à agir sur l'occurrence. On prend des mesures visant à réduire la probabilité que l'évènement redouté se produise. Dans le meilleur des cas le risque est totalement éliminé. A défaut, sa fréquence est réduite au niveau le plus bas possible. Ce sont des mesures de *prévention* (réaliser une charpente au sol puis la monter à l'aide d'une grue permet d'éviter les chutes et rend inutile le recours au harnais).

Comme on le verra, lorsque l'on se réfère à la classification OMS des actions de prévention, les mesures dites de prévention primaire agissent en général sur l'occurrence (évitement du risque) tandis que les mesures dites de prévention secondaire et tertiaire sont plus de l'ordre de la protection (limitation du risque).

La politique de prévention qui découle de l'analyse préalable des risques reflète la plus ou moins grande capacité d'une organisation à agir sur les déterminants du risque (facteurs de risque). Les leviers de prévention mobilisés déterminent son niveau de *maîtrise des risques*.

1.3 Approche par les risques et gestion des risques

L'*approche par les risques*, ou fondée sur la notion de risque, caractérise selon l'OMS « *quelque chose pour tous mais davantage pour ceux qui ont des besoins particuliers, proportionnellement à ces besoins* ⁴⁶ ». Cette approche implique une identification des dangers puis une analyse des risques découlant de l'exposition à ces dangers (Cf. supra). L'approche par les risques signifie que personne n'est écarté de l'analyse *a priori* mais que les actions qui seront prises se concentreront prioritairement sur les populations les plus exposées aux risques les plus importants.

L'approche par les risques conduit naturellement à la *gestion des risques* laquelle n'est jamais totalement déconnectée de la gestion des ressources. C'est parce qu'un programme de prévention est nécessairement encadré par un budget, et que celui-ci est limité, qu'une gestion dite efficace et efficiente des ressources, elles aussi limitées et parfois rares, s'impose. L'OMS indique ainsi que la gestion des ressources a pour objet « *de garantir l'usage le plus rationnel possible des personnels, des connaissances, des installations et des fonds disponibles pour atteindre les objectifs fixés en tirant un effet optimal d'un investissement minimum* ⁴⁷ ».

La gestion des risques induit une hiérarchisation et donc une priorisation des risques. Elle conduit au choix de cibles en termes de prévention, de soins, de territoires ou de populations.

1.4 Santé et santé globale

Le texte constitutif de l'OMS, signé le 22 juillet 1946, définit la santé comme « *un état de complet bien-être physique, mental et social, qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* ».

La santé n'est pas selon l'OMS la finalité mais le moyen d'atteindre un objectif au service d'une finalité supérieure : le bonheur des personnes. La première phrase de la constitution de l'OMS vise en effet *le bonheur des peuples, leurs relations harmonieuses et leur sécurité*. Par ailleurs, la santé n'est pas définie en creux (une absence de maladie ou d'infirmité) mais englobe les ressources individuelles et sociales de la personne. Le bien-être ou le bonheur, selon l'OMS, ne saurait donc

⁴⁶ Glossaire de la série "Santé pour tous" volumes 1 à 8, OMS, 1984.

⁴⁷ Ibid.

être atteint ou espéré sans la prise en compte de tous ses déterminants : la subjectivité de la personne et sa situation sociale, intrinsèquement liées, en font intégralement partie.

Enfin, la santé n'est pas non plus un état stationnaire. Elle implique une dynamique constante de régulation afin de maintenir un équilibre idéal mais fragile, sans cesse remis en jeu au quotidien, entre les déterminants physiques, psychiques et sociaux.

S'agissant des enfants, le texte constitutif de l'OMS précise que : « *Le développement sain de l'enfant est d'une importance fondamentale ; l'aptitude à vivre en harmonie avec un milieu en pleine transformation est essentielle à ce développement* ». Le développement de l'enfant dépend donc de sa santé individuelle mais celle-ci n'est pas dissociable de l'environnement dans lequel il évolue. Cet environnement, en premier lieu familial, mais aussi sociétal, doit être propice.

Dans ses principes introductifs, la constitution de l'OMS conclut en affirmant que les gouvernements ont la responsabilité de la santé de leurs peuples et « *qu'ils ne peuvent y faire face qu'en prenant des mesures sanitaires et sociales appropriées* ».

Le terme prévention n'apparaît pas dans ce texte fondateur mais il semble évident qu'au regard des ambitions de la définition de la santé retenue, les mesures sanitaires et sociales précitées doivent porter sur les déterminants positifs de la santé et non pas se limiter à une démarche curative.

C'est dans le glossaire de la série "Santé pour tous" de l'OMS⁴⁸ qu'apparaissent véritablement en 1984 les définitions de préventions primaire⁴⁹, secondaire et tertiaire. Mais le glossaire rappelle en premier lieu ce qui distingue la *promotion de la santé*, la *prévention des maladies* et la *protection sanitaire*.

1.5 Promotion de la santé, prévention des maladies et protection sanitaire

Ces trois locutions, qui peuvent se chevaucher jusqu'à un certain point, induisent une graduation que l'on retrouvera également pour les préventions primaire, secondaire et tertiaire.

► Promotion de la santé

Pour l'OMS, la promotion de la santé désigne « *les actions visant à privilégier les modes de vie et les autres facteurs, économiques, environnementaux et personnels qui contribuent à la santé. Elle consiste à faire mieux prendre conscience des questions de santé et à permettre de faire face aux problèmes de santé en améliorant les connaissances des gens et en leur communiquant des informations valables, à favoriser un régime alimentaire et un exercice physique appropriés ainsi qu'un sommeil suffisant, à donner à chacun une instruction et un emploi conformes à ses capacités physiques et mentales, à mettre à la disposition de tous un logement convenable (...) à améliorer l'environnement physique, économique, culturel, psychologique et social, à fournir un soutien social (...)*⁵⁰».

La promotion de la santé revêt donc une dimension globale et universelle. Elle se situe dans une perspective offensive (on pourrait aussi dire proactive ou développementale), très en amont de toute difficulté identifiée et outrepassant les limites du champ sanitaire. Elle se propose d'agir sur les déterminants plutôt que sur les symptômes. En grande partie démedicalisée, elle ne réfère ni

⁴⁸ Glossaire de la série "Santé pour tous" volumes 1 à 8, OMS, 1984, 40 pages

⁴⁹ A ne pas confondre avec « les soins de santé primaires », définis comme les soins de santé essentiels, les soins de santé secondaires (souvent dispensés en établissement hospitalier) et les soins de santé tertiaires (soins les plus spécialisés).

⁵⁰ Glossaire OMS de la série « Santé pour tous » Volumes 1 à 8

aux risques ni aux dangers, mais aux *facteurs de ressources ou de protection* propices à la santé au sens large.

La charte d'Ottawa de l'OMS (novembre 1986⁵¹) précise ainsi que « *La promotion de la santé a pour but de donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer. Pour parvenir à un état de complet bien-être physique, mental et social, l'individu, ou le groupe, doit pouvoir identifier et réaliser ses ambitions, satisfaire ses besoins et évoluer avec son milieu ou s'y adapter. La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie ; c'est un concept positif mettant l'accent sur les ressources sociales et personnelles, et sur les capacités physiques. La promotion de la santé ne relève donc pas seulement du secteur de la santé : elle ne se borne pas seulement à préconiser l'adoption de modes de vie qui favorisent la bonne santé ; son ambition est le bien-être complet de l'individu* ».

Enfin, dans le glossaire sur la promotion de la santé de 1999, l'OMS indique qu'on « *établit une distinction entre la santé publique et une nouvelle santé publique, afin de mettre l'accent sur des démarches nettement différentes à l'égard de la description et de l'analyse des déterminants de la santé, et des méthodes utilisées pour résoudre les problèmes de santé publique. Cette nouvelle santé publique se caractérise par le fait qu'elle repose sur une compréhension globale des façons dont les modes de vie et les conditions de vie déterminent l'état de santé, et sur une prise de conscience de la nécessité de **dégager des ressources et de faire de bons investissements dans des politiques, des programmes et des services qui créent, maintiennent et protègent la santé en favorisant des modes de vie sains et en créant des environnements favorables à la santé.** Il se peut qu'à l'avenir cette distinction entre une santé publique ancienne et nouvelle ne soit plus nécessaire, si la notion générale de santé publique se développe et s'élargit* »⁵².

En résumé, une politique de promotion de la santé comporte deux grands types d'actions :

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

➤ **Protection sanitaire**

A l'inverse d'une approche promotionnelle de la santé, la protection sanitaire « *suppose une défense contre les dangers qui peuvent menacer la santé, par exemple le port de vêtements conçus pour le mauvais temps ou des mesures destinées à prémunir les ouvriers contre les risques professionnels* ». L'idée de protection, comme on l'a vu plus haut, induit la reconnaissance d'un danger et l'impossibilité de l'éviter (un risque). Elle appelle des mesures de nature à réduire les effets et se situe donc dans une logique défensive.

➤ **Prévention de la maladie**

La prévention de la maladie « *désigne les mesures qui visent non seulement à empêcher l'apparition de la maladie comme les vaccinations (...) mais aussi à en arrêter les progrès et à en réduire les conséquences* ». Alors que la promotion de la santé s'inscrit dans une démarche positive et ne se réfère pas du tout à la maladie et tandis que la protection sanitaire s'inscrit dans une démarche

⁵¹ Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé, OMS, Genève, 1986

⁵² Glossaire promotion de la santé OMS 1999

défensive, la prévention se situe entre les deux. Ses frontières sont poreuses car son spectre est large en allant de l'élimination de la maladie à la réduction de ses effets. Ce qui laisse la place en son sein à une nouvelle graduation entre les préventions primaire, secondaire et tertiaire.

1.6 Préventions primaire, secondaire et tertiaire

➤ Prévention primaire

Selon le glossaire précité de l'OMS, « *la prévention primaire vise à empêcher l'apparition d'une maladie ou de problèmes de santé, comme l'insuffisance pondérale à la naissance, par des mesures telles que l'éducation sanitaire, les vaccinations, l'amélioration de la nutrition, l'amélioration de l'environnement et des soins appropriés aux femmes enceintes* ». Cette définition, à l'échelle mondiale, renvoie à des situations très variées et semble couvrir des exigences de base (besoins fondamentaux). Elle se fait plus exigeante dans les pays développés où l'idée majeure est d'agir sur les déterminants, quels qu'ils soient, permettant d'éviter l'apparition de maladies. Ce faisant, la notion rejoint en partie celle de promotion de la santé mais il serait plus exact de dire que la prévention primaire est ce qui caractérise et permet le plus sûrement une politique de promotion de la santé.

Dans une logique de santé publique, la prévention primaire s'adresse en quelque sorte aux « bien portants » ou plus exactement « à tous » sans distinction de leur état initial, dans une logique universaliste. L'illustration historique la plus souvent utilisée est celle des travaux d'assainissement qui ont permis d'éradiquer au 19^{ème} siècle en Europe les grandes épidémies (choléra,...) en agissant sur leurs causes, en l'occurrence l'approvisionnement et le traitement de l'eau ainsi que l'évacuation des déchets. Ces politiques d'assainissement s'attaquent, dans une logique d'hygiène publique collective, à la source des pathologies plutôt qu'à leurs symptômes.

Dans son rapport de 2008 sur « *les disparités territoriales des politiques de prévention sanitaire* », le député André Flajolet résume la prévention primaire à partir de la définition de l'OMS dans un paragraphe qu'il intitule : « *Avant l'apparition de la maladie : la prévention primaire* ». Il définit celle-ci comme étant « ***l'ensemble des actes visant à diminuer l'incidence d'une maladie dans une population et donc à réduire, autant que faire se peut, les risques d'apparition de nouveaux cas*** ». L'usage du terme *incidence* n'est pas neutre. Il indique que la prévention primaire agit directement sur l'occurrence, c'est-à-dire sur la probabilité de survenue de la pathologie.

Agir en prévention primaire signifie donc agir les causes profondes, sur les déterminants. Dans l'idéal, la prévention primaire ne s'intéresse pas tant aux facteurs de risque qu'aux facteurs de santé et rend la prévention secondaire et tertiaire sans objet.

➤ Prévention secondaire

Le glossaire de l'OMS considère que la prévention secondaire « *cherche à stopper ou à retarder l'évolution d'une maladie par le dépistage précoce et un traitement approprié, ou à réduire le risque de rechute et de chronicité, par exemple par des mesures de réadaptation, une chirurgie corrective et la fourniture de prothèses* ».

André Flajolet intitule pour sa part le paragraphe de son rapport consacré à la prévention secondaire : « *Au tout début de la maladie : la prévention secondaire* ». Il considère que « *le but de la prévention secondaire est de diminuer la prévalence d'une maladie dans une population. Ainsi, ce stade de la prévention recouvre les actes destinés à agir au tout début de l'apparition du trouble ou de la pathologie afin de s'opposer à son évolution, ou encore pour faire disparaître les facteurs de risque. Dans cette optique, le dépistage – dans la mesure où il permet de détecter*

une atteinte ou la présence de facteur de risque – trouve toute sa place au cœur de la prévention secondaire. A côté du dépistage, le diagnostic et le traitement prodigué en vue d'éviter la progression de la maladie sont des composants tout aussi essentiels de la prévention secondaire ».

La prévention secondaire apparaît donc plus tardivement dans le parcours séquentiel de la prévention et se situe plus dans une perspective de soin préventif. Il n'est pas trop tard mais le risque est avéré (révélé par un dépistage) voire s'est réalisé. Les mots clé sont « *diagnostic, traitement, protection, limitation* ». Il ne s'agit plus tant de prévenir que de circonscrire et d'enrayer.

► **Prévention tertiaire**

La prévention tertiaire n'est pas définie dans le glossaire OMS de 1984. On en trouve trace en revanche dans le glossaire « Promotion de la santé » de 1999 mais de manière allusive et sans distinction de la prévention secondaire. Elle est en revanche définie plus précisément dans le rapport OMS sur la santé dans le monde de 2001 consacré à la santé mentale⁵³. Le rapport considère ainsi que l'on « *peut classer en trois grandes catégories les interventions de prise en charge des troubles mentaux et du comportement, selon qu'il s'agit de prévention, de traitement ou de réadaptation. Ces trois catégories correspondent approximativement aux notions de prévention primaire, secondaire et tertiaire* ». La réadaptation/prévention tertiaire est alors définie comme « *l'ensemble de mesures visant à permettre aux personnes handicapées de recouvrer leurs fonctions initiales ou d'utiliser au maximum les capacités qui leur restent ; la réadaptation comprend à la fois des interventions individuelles et des actions sur l'environnement* ».

André Flajolet intitule le paragraphe de son rapport consacré à la prévention tertiaire : « *Une fois la maladie installée : la prévention tertiaire* ». Il la définit comme le fait « *de réduire les complications, invalidités ou rechutes consécutives à la maladie. En d'autres termes, il s'agit d'**amoindrir les effets et séquelles d'une pathologie ou de son traitement**. Par ailleurs, la prévention tertiaire vise la réadaptation du malade, sous la triple dimension du médical, du social et du psychologique* ».

D'une certaine manière, la locution « *prévention tertiaire* » est un abus de langage car il n'est plus question de prévention mais de soin curatif, de traitement et d'accompagnement vers la guérison ou la consolidation. En résumé, la prévention tertiaire agit sur les conséquences de dommages qui se sont produits et dont elle cherche à diminuer ou compenser les effets.

1.7 Prévention universelle et prévention ciblée

R.S. Gordon, en 1982, a proposé une autre classification en trois parties de la prévention. Elle n'opère pas de distinction en fonction du stade de la maladie mais s'appuie sur la population à laquelle elle s'adresse. Sont ainsi distinguées : la prévention universelle, la prévention sélective et la prévention ciblée. En étant dissociée de la notion de soins, cette classification présente l'intérêt de se centrer exclusivement sur des actions de nature préventive (éducation, etc.). Elle semble en revanche, par construction, focalisée sur le comportement des personnes qu'elle cible et accorder une moindre place aux déterminants sociaux.

- **La prévention universelle** s'adresse à l'ensemble de la population, quel que soit son état de santé. Le champ dit de « l'éducation pour la santé », qui insiste notamment sur les grandes règles d'hygiène, en fait partie.

⁵³ « La santé mentale, nouvelle conception, nouveaux espoirs » 2001

- **La prévention sélective** s'exerce en direction de sous-groupes de populations spécifiques, présentant des facteurs de risque : automobilistes, travailleurs du bâtiment, jeunes femmes, hommes de plus de 50 ans, population défavorisée, etc. Des campagnes de prévention routière, la promotion de l'activité physique ou la contraception en sont des exemples.
- **La prévention ciblée** vise non seulement des sous-groupes de la population mais aussi des facteurs de risque particuliers associés à cette population (cancer du sein chez les femmes, cinquantenaires hypercholestérolémiques, etc.)

➤ **Education pour la santé et éducation thérapeutique**

L'institut national pour la prévention et l'éducation en santé (INPES), devenu Santé Publique France, dans son guide de 2009 précité, ne se satisfait ni de la classification de l'OMS, ni de la classification de Gordon. Il considère que ces dernières présentent le défaut d'être exclusivement prescrites et de négliger le rôle fondamental de la participation active de la personne dans l'efficacité des soins. Ceci le conduit à proposer une autre classification de la prévention inspirée de travaux du professeur San Marco, dérivée de la précédente mais centrée sur la participation du sujet ou de la population cible :

- L'éducation pour la santé, adressée à tous, est « nécessaire pour que la population puisse s'impliquer activement dans la mise en œuvre des actions de prévention et se les approprier ».
- La prévention des maladies, adressée à des sous-groupes en fonction de leurs risques spécifiques, qu'existent ou non des facteurs de risque, « repose à la fois sur des mesures extérieures et sur l'apprentissage de chacun à la gestion de ses propres risques ».
- L'éducation thérapeutique s'adresse aux malades pour leur apprendre à gérer leur affection et son traitement.

Selon l'INPES, cette classification globalisante présenterait l'avantage de rassembler enfin dans un champ unique toute la population, sans considération de son état de santé, de réunir en outre le soin et la prévention (éducation thérapeutique), de souligner la part importante de chacun dans la gestion de sa santé sans réduire l'importance des mesures extérieures prescrites. Et l'INPES de conclure qu'elle ouvrirait de larges perspectives de bénéfices sanitaires mais aussi économiques.

2 LE CADRE NORMATIF ET DOCTRINAL DE LA PREVENTION DANS D'AUTRES CHAMPS QUE CELUI DE L'ENFANCE

Le cadre normatif et doctrinal de la prévention en protection de l'enfance souffre d'imprécisions qui contribuent à l'absence de théorie générale à laquelle adosser les politiques publiques locales dans ce champ. Tel n'est pas le cas d'autres champs directement concernés par la gestion de risques et dotés à ce titre d'un corpus juridique et/ou théorique robuste en matière de prévention.

2.1 Santé publique : le code de la santé intègre explicitement la prévention dans la politique de santé publique

Une définition de la prévention est apparue tardivement pour la première fois dans le droit positif avec la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades : « *La politique de prévention a pour but d'améliorer l'état de santé de la population en évitant l'apparition, le développement ou l'aggravation des maladies ou accidents et en favorisant les comportements individuels et collectifs pouvant*

contribuer à réduire le risque de maladie et d'accident. A travers la promotion de la santé, cette politique donne à chacun les moyens de protéger et d'améliorer sa propre santé. »⁵⁴

Cette définition, qui mobilise les principaux concepts examinés au paragraphe 1 a été remplacée par la loi du 9 août 2004, relative à la politique de santé publique, identifiant les dix champs de la politique de santé publique (article L. 1411-1 du code de la santé publique) :

Art. L. 1411-1 : « (...) *La politique de santé publique concerne :*

1° La surveillance et l'observation de l'état de santé de la population et de ses déterminants ;

2° La lutte contre les épidémies ;

3° La prévention des maladies, des traumatismes et des incapacités ;

4° L'amélioration de l'état de santé de la population et de la qualité de vie des personnes malades, handicapées et des personnes dépendantes ;

5° L'information et l'éducation à la santé de la population et l'organisation de débats publics sur les questions de santé et de risques sanitaires ;

6° L'identification et la réduction des risques éventuels pour la santé liés à des facteurs d'environnement et des conditions de travail, de transport, d'alimentation ou de consommation de produits et de services susceptibles de l'altérer ;

7° La réduction des inégalités de santé, par la promotion de la santé, par le développement de l'accès aux soins et aux diagnostics sur l'ensemble du territoire ;

8° La qualité et la sécurité des soins et des produits de santé ;

9° L'organisation du système de santé et sa capacité à répondre aux besoins de prévention et de prise en charge des maladies et handicaps ;

10° La démographie des professions de santé. ».

La prévention ne dispose donc plus d'une accroche légale spécifique mais apparaît comme un des éléments constitutifs de la politique de santé publique, intrinsèquement mêlée à l'ensemble des actions qui concourent à cette dernière, intégrant la promotion de la santé, l'information, la détection, le soin. Le cadre conceptuel sur lequel elle s'appuie est fourni, quant à lui, par les nombreux textes et documents de cadrage émanant de l'OMS, examinés au paragraphe 1.

2.2 Santé au travail : les principes généraux de prévention fournissent un cadre théorique et normatif de prévention des risques professionnels

La prévention des risques professionnels constitue aujourd'hui un volet majeur du droit de la santé au travail. Elle repose sur un cadre conceptuel qui s'est construit historiquement de manière autonome, en dégageant ses propres principes et son propre corps de règles. La philosophie et les règles de prévention s'adressent prioritairement à l'employeur, qui a la charge de les mettre en

⁵⁴ Article L. 1417-1 du code de la santé publique (abrogé dans cette version depuis). A noter qu'il existait déjà des références à la prévention dans le code de la sécurité sociale, confiant en 1988 une mission de prévention aux caisses d'assurance-maladie (article L. 262-1) et dans la loi de 1998, relative à la lutte contre les exclusions, instaurant des programmes d'accès à la prévention.

œuvre de manière opérationnelle. Mais ces règles irriguent aussi les politiques publiques en charge de veiller à leur application et de créer l'environnement favorable à leur généralisation dans les entreprises.

Dès lors, la santé au travail a, jusqu'à une époque très récente, totalement ignoré les concepts de préventions primaire, secondaire et tertiaire. Depuis la fin des années 2000 toutefois, la classification de l'OMS a pénétré le champ sémantique de la santé au travail et s'y est progressivement installé, avec plus ou moins de bonheur.

➤ **Une approche autonome, encadrée et partagée de la prévention**

La partie IV du code du travail est consacrée à la santé au travail. Elle s'ouvre par des articles énonçant des *principes généraux de prévention (PGP)*, au nombre de neuf. Ces principes, issus d'une directive européenne cadre de 1989, irriguent toute la philosophie du droit de la prévention et sont déclinés dans l'ensemble des décrets réglementant un risque (bruit, vibrations...) ou une activité particulière (travail sur écran, manutention...). Ils sont par conséquent la grille de lecture à partir de laquelle tous les organismes publics concourant à la prévention construisent leurs démarches et outils d'intervention à destination des entreprises.

De fait, la déclinaison de ces neuf principes guide l'employeur dans la détermination des mesures qu'il doit prendre **par ordre de priorité**. Sa démarche doit privilégier, même si ce n'est pas exprimé dans ces termes dans les textes, la prévention primaire, puis la prévention secondaire avant, en dernier recours, de mettre en œuvre des mesures dites de prévention tertiaire. Toute politique de prévention est constituée d'un ensemble cohérent des trois.

Encadré 1 : Les 9 principes généraux de prévention du code du travail

<p>Article L. 4121-2</p> <p>L'employeur met en œuvre les mesures prévues à l'article L. 4121-1 sur le fondement des principes généraux de prévention suivants :</p> <p>1° Eviter les risques ;</p> <p>2° Evaluer les risques qui ne peuvent pas être évités ;</p> <p>3° Combattre les risques à la source ;</p> <p>4° Adapter le travail à l'homme, en particulier en ce qui concerne la conception des postes de travail ainsi que le choix des équipements de travail et des méthodes de travail et de production, en vue notamment de limiter le travail monotone et le travail cadencé et de réduire les effets de ceux-ci sur la santé ;</p> <p>5° Tenir compte de l'état d'évolution de la technique ;</p> <p>6° Remplacer ce qui est dangereux par ce qui n'est pas dangereux ou par ce qui est moins dangereux ;</p> <p>7° Planifier la prévention en y intégrant, dans un ensemble cohérent, la technique, l'organisation du travail, les conditions de travail, les relations sociales et l'influence des facteurs ambiants, notamment les risques liés au harcèlement moral et au harcèlement sexuel, tels qu'ils sont définis aux articles L. 1152-1 et L. 1153-1, ainsi que ceux liés aux agissements sexistes définis à l'article L. 1142-2-1 ;</p> <p>8° Prendre des mesures de protection collective en leur donnant la priorité sur les mesures de protection individuelle ;</p> <p>9° Donner les instructions appropriées aux travailleurs.</p>

Source : Code du travail

Encadré 2 : Les PGP de la santé au travail à l'épreuve de la classification OMS de la prévention

Premier principe, l'employeur est-il invité à agir très en amont et à créer un environnement de travail qui, dès sa conception, est de nature à *éviter les risques* (exemples : la construction d'une nouvelle usine pensée et conçue pour éviter la manutention manuelle ou le bruit ; la conception d'un système d'information dont le cahier des charges privilégie le soutien à l'activité de travail des salariés en répondant à leurs besoins plutôt qu'une solution technique imposée par le fournisseur). Dans cette perspective, la démarche de prévention consiste à agir sur l'occurrence du risque en évitant sa survenue. Mieux, elle ne privilégie pas une *approche par les risques* mais *par les opportunités* créées par le projet d'offrir un meilleur cadre de travail à la faveur d'une transformation (qualité de vie au travail).

Le principe *d'évitement des risques* qui préside à cette approche est puissant puisqu'il débouche sur le *principe de substitution*, c'est à dire l'obligation de « *remplacer ce qui est dangereux par ce qui est moins dangereux* ». Ainsi, l'employeur, dont l'objectif premier doit être de « *supprimer les risques* » peut-il aller jusqu'à modifier son procédé technologique s'il peut obtenir le même résultat avec moins de risques. Cette démarche produit les résultats optimaux lorsqu'elle est mise en œuvre dès l'amont de la phase de conception car c'est à ce moment privilégié, qu'ingénieurs, bureaux d'études, bureaux des méthodes et décideurs peuvent anticiper un maximum de risques, à fortiori s'ils associent les salariés, principaux intéressés, à cette phase. Certaines entreprises vont jusqu'à intégrer les conditions de travail dans le design des appareils qu'elles commercialisent, en vue par exemple d'anticiper les risques de troubles musculo-squelettiques des assembleurs sur les chaînes de production lors du montage des appareils (moulage intégré des poignées sur un appareil électroménager pour éviter les opérations de vissage). **Rapportée à la typologie OMS, une telle démarche se situe clairement dans le registre de la prévention primaire car elle s'intéresse véritablement aux déterminants des conditions de travail.**

Lorsque les risques ne sont pas évitables, ils doivent être évalués puis *combattus à la source* (comprendre *la cause*)... Les mesures de prévention vont alors viser à réduire l'occurrence du risque, par exemple en réduisant le niveau sonore d'un équipement en dessous du seuil présentant un risque pour la santé. Lorsque le risque est réduit au plus bas mais ne peut être totalement écarté, il reste encore à prendre des mesures de protection dont l'objet est de réduire la gravité en cas de réalisation du risque. **On est ici au cœur de la prévention secondaire.**

Lorsque, enfin, le risque survient, l'employeur prend des mesures pour en réduire les conséquences et porter secours à la victime (numéros verts en matière de risques psychosociaux, cellule psychologiques suite à un évènement grave, secours d'urgence, d'évacuation des locaux, réadaptation fonctionnelle d'un salarié inapte, aménagement du poste d'un salarié accidenté...). **On se situe ici dans le domaine de la prévention tertiaire.**

Source : mission

Tableau 4 : Exemple de démarche de prévention en entreprise induite par les PGP

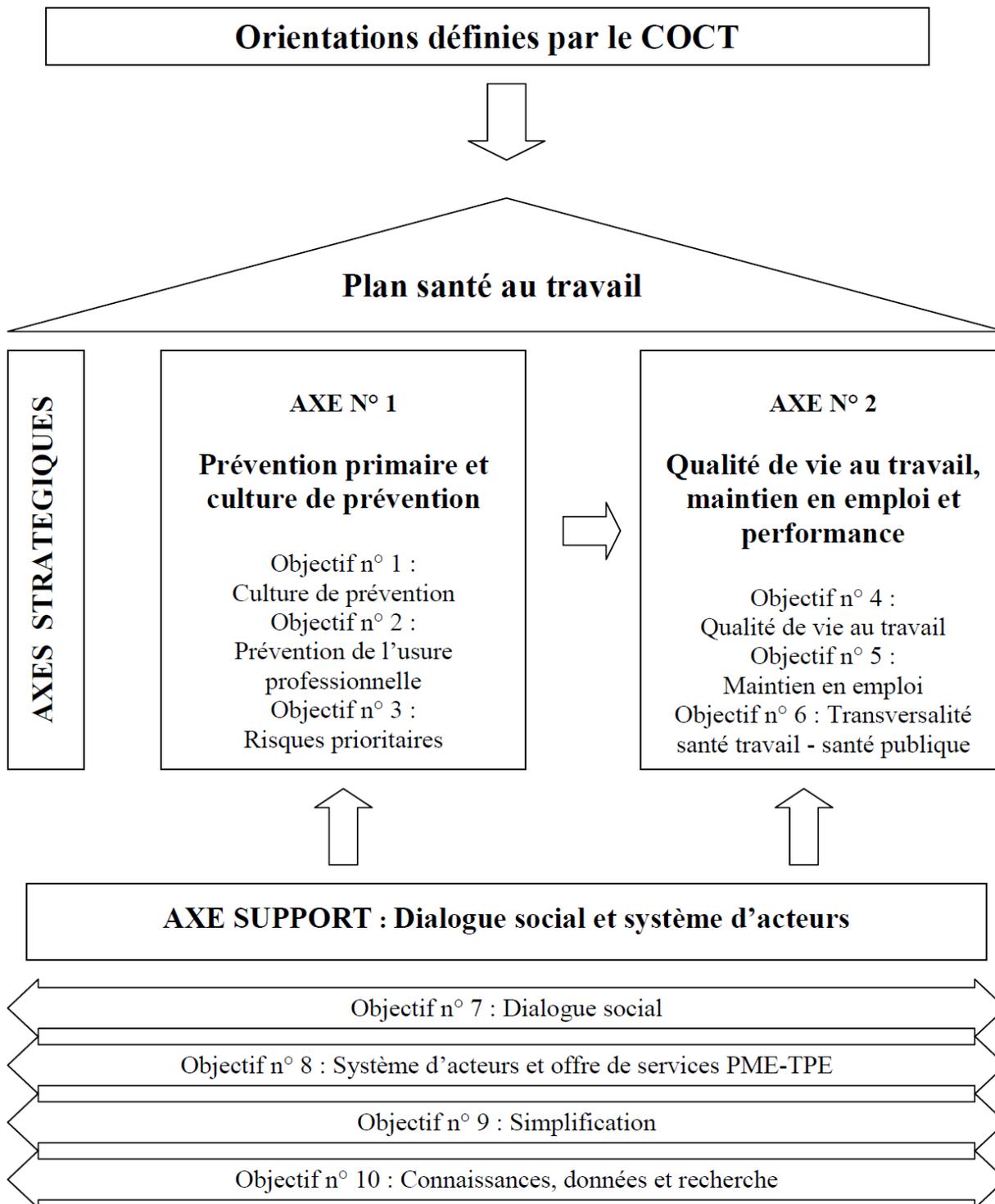
	ACTIONS A COURT TERME	ACTIONS A MOYEN ET LONG TERME
Agir sur la technique	Équipement des véhicules pour faciliter le déplacement et la manutention des appareils (transpalette ou plateau sur roulettes ou diable, etc.), la préhension (gants, poignées), l'arrimage (sangles, etc.) Rampes d'accès mobile pour hisser les appareils Révision de l'ensemble du parc de véhicules (pneus, freins etc.)	Cahier des charges d'équipement et d'aménagement des véhicules (hayons élévateurs, protections latérales, etc.) Moyens alternatifs de communication avec le centre d'appel Ouverture d'un dépôt supplémentaire en banlieue
Agir sur l'organisation	Réunion extraordinaire de CHSCT Mode opératoire pour gestion des appels d'urgence et communications avec le central téléphonique Mode opératoire en cas de constat d'erreur de diagnostic (renfort ponctuel, distinction entre livreur et dépanneur)	Révision de la politique commerciale (H+4) Révision de la politique de rémunération (critères d'attribution des primes) Révision du mode de planification des emplois du temps Généralisation des protocoles de sécurité et de plans de prévention avec tous les clients Mise à jour du document unique
Agir sur la personne	Information sur les nouveaux modes opératoires et procédures Sensibilisation aux risques routiers et manutention	Stages de conduite en sécurité Formations à la manutention des charges Formation technique du centre d'appel pour améliorer la qualité des prédiagnostics

En pratique, les différents types de mesures mises en œuvre sont imbriquées et articulées ou ne relèvent pas d'un seul registre de prévention. Il n'est pas toujours aussi aisé de les répartir, ce qui est d'ailleurs une des limites de la typologie OMS transposée au champ de la santé au travail. Mais le principal enseignement est que l'employeur dispose, à travers les PGP, d'une matrice, ou cadre de référence, qui le conduit à agir en priorité sur les déterminants (les causes) avant d'agir sur les effets. Il s'ensuit qu'il doit sciemment inscrire son action dans la temporalité en distinguant dans son plan d'actions, d'une part les mesures qu'il prend à court terme et à titre conservatoire sur les plans techniques, organisationnels et humains pour éviter que la situation ne se dégrade (préventions secondaire et tertiaire), d'autre part les mesures qu'il envisage à long terme sur ces trois mêmes registres pour améliorer durablement la situation et éviter purement et simplement les risques (prévention primaire).

Cette logique revêt un caractère universel et partagé par l'ensemble des acteurs de la prévention dans et hors de l'entreprise (préventeurs, assurance sociales, inspection du travail, et même juges...). Elle est également déclinée dans le troisième plan santé au travail

qui promeut une démarche de promotion de la santé et appelle à un changement de paradigme (centenaire...) en passant d'une logique de réparation à une logique de prévention.

Schéma 1 : Logique du PST 3



Source : DGT

Il est donc permis de considérer qu'il existe en France, et même à l'échelle européenne, **un cadre théorique et normatif de compréhension et de prévention des risques professionnels**. Issu d'une longue maturation et d'un processus par étapes historiques (réparation, protection, prévention, promotion de la santé), il nourrit un corpus fourni de règles fondamentales, de définitions et de concepts, une politique de santé au travail, une stratégie pluriannuelle, le tout outillé méthodologiquement par un système d'acteurs institutionnel.

2.3 Environnement : l'inscription du principe de prévention dans la loi guide l'action publique

A l'instar de la santé au travail, le principe de prévention est clairement inscrit dans le droit positif qui régit l'environnement. L'article L. 110-1 du code de l'environnement, après avoir défini les domaines auxquels il s'applique et posé le principe de leur protection et de leur préservation dans une optique de développement durable⁵⁵, énonce les *principes* dont doivent s'inspirer les lois qui en définissent la portée :

- « 1° **Le principe de précaution**, selon lequel l'absence de certitudes, compte tenu des connaissances scientifiques et techniques du moment, ne doit pas retarder l'adoption de mesures effectives et proportionnées visant à prévenir un risque de dommages graves et irréversibles à l'environnement à un coût économiquement acceptable ;
- 2° **Le principe d'action préventive et de correction, par priorité à la source, des atteintes à l'environnement, en utilisant les meilleures techniques disponibles à un coût économiquement acceptable**. Ce principe implique d'éviter les atteintes à la biodiversité et aux services qu'elle fournit. A défaut, il y lieu d'en réduire les effets. En dernier lieu, il convient de compenser les atteintes qui n'ont pu être évitées ni réduites, « en tenant compte des espèces, des habitats naturels et des fonctions écologiques affectées. Ce principe doit viser un objectif d'absence de perte nette de biodiversité, voire tendre vers un gain de biodiversité ». (...)

L'objectif de développement durable est recherché, d'après ce même article « de façon concomitante et cohérente, grâce aux cinq engagements suivants :

- 1° La lutte contre le changement climatique ;
- 2° La préservation de la biodiversité, des milieux, des ressources ainsi que la sauvegarde des services qu'ils fournissent et des usages qui s'y rattachent ;
- 3° La cohésion sociale et la solidarité entre les territoires et les générations ;
- 4° L'épanouissement de tous les êtres humains ;
- 5° La transition vers une économie circulaire ».

L'environnement dispose donc, comme la santé au travail, d'un corpus de principes autour de la prévention, doté d'une portée juridique et constitutif d'un cadre d'action structurant pour ceux qui ont la charge de le promouvoir. Bien qu'il s'intéresse aussi à la santé humaine à travers les

⁵⁵ « I. - Les espaces, ressources et milieux naturels terrestres et marins, les sites, les paysages diurnes et nocturnes, la qualité de l'air, les êtres vivants et la biodiversité font partie du patrimoine commun de la nation. Ce patrimoine génère des services écosystémiques et des valeurs d'usage. II. - Leur connaissance, leur protection, leur mise en valeur, leur restauration, leur remise en état, leur gestion, la préservation de leur capacité à évoluer et la sauvegarde des services qu'ils fournissent sont d'intérêt général et concourent à l'objectif de développement durable qui vise à satisfaire les besoins de développement et la santé des générations présentes sans compromettre la capacité des générations futures à répondre aux leurs ».

pathologies d'origine environnementale, il ne se réfère pas à la classification de l'OMS⁵⁶. Mais l'article L. 110-1 propose une approche anticipatrice qui relève de la même logique en indiquant que les actions de prévention et de correction doivent porter en priorité sur la source, c'est-à-dire sur les causes de nuisance, pour éviter les atteintes à l'environnement. Ceci induit le recours à des procédés, pratiques, matériaux ou produits qui empêchent ou réduisent la pollution (fabrication de produits recyclables, de véhicules électriques, changement de technologies, substitution de matériaux, etc.).

Dans le prolongement de ce qui précède, l'institut national de l'environnement industriel et des risques (INERIS) fonde tous ses travaux sur sept grands principes qui structurent son offre de service :

- **la connaissance** des phénomènes, de l'aléa et des risques ;
- **la surveillance**, la prévision et l'alerte ;
- **l'information** préventive et l'éducation des populations ;
- **la prise en compte des risques** dans l'aménagement et l'urbanisme ;
- **la réduction** de la vulnérabilité ;
- la préparation et la **gestion de crise** ;
- la gestion de **l'après-crise** et le retour d'expérience.

2.4 Sécurité routière : une classification inspirée de celle de l'OMS mais adaptée à ses spécificités

La sécurité routière recourt à deux typologies. La première typologie distingue sécurités primaire, secondaire et tertiaire. Elle recoupe la logique de la terminologie OMS en remplaçant la notion de prévention par celle de sécurité :

- La recherche en sécurité primaire a pour objectif essentiel la prévention de l'accident et vise à analyser l'ensemble des causes techniques et comportementales qui ont amené à l'accident routier, afin de lutter contre celles-ci (notion d'action à la source). La sécurité primaire s'intéresse donc au véhicule (aide à la conduite : système anti dérapage, ABS, limiteur de vitesse, calculateur de distance...), à l'individu (réformer son comportement, afin de le mettre en situation de prévenir la survenue de l'accident) et à l'infrastructure routière (réduire les endroits les plus dangereux, aider à une conduite sûre : marquage au sol, signalisation).
- La recherche en sécurité secondaire n'a pas pour objectif d'éviter l'accident mais d'en réduire les conséquences. Elle s'intéresse aussi au véhicule mais dans une logique de réduction des dommages potentiels en cas d'accident (airbags, ceintures, etc.) ainsi qu'à l'infrastructure routière, dans la même logique (glissières de sécurité, etc.).
- La recherche en sécurité tertiaire a pour objet d'analyser les accidents (recueil d'informations sur les circonstances des accidents et leurs conséquences en termes de lésions).

La sécurité routière opère par ailleurs la distinction entre *sécurité active* et *sécurité passive*, qui recoupe en pratique en grande partie les notions de sécurités primaire et de sécurité secondaire. Une action qui intervient pour prévenir l'accident, par exemple une amélioration de la formation du conducteur ou un dispositif mécanique prévenant le blocage des roues au freinage, relève de la

⁵⁶ Le Plan national santé environnement 2015-2019 (PNSE) ne mentionne qu'une fois, et de manière incidente, la prévention primaire (action 22 sur la prévention de l'exposition au plomb).

sécurité active. Un mécanisme n'impliquant pas une action mais conférant une protection par constitution relève de la sécurité passive (habitacle de véhicule résistant aux déformations lors d'un choc, port de casque...).

2.5 Caractéristiques communes des cadres de référence

Le point commun de l'approche préventive caractérisant chacun des domaines examinés aux paragraphes précédents⁵⁷ est l'existence d'un cadre de référence, plus ou moins mature et élaboré selon les cas, qui permet de structurer la logique de prévention et l'action qui s'ensuit dans le domaine considéré.

Ce cadre procède, à chaque fois, de la même logique :

- même s'il dérive d'un cadre générique (classification OMS...), il a été retravaillé pour être adapté aux spécificités du domaine auquel il a vocation à s'appliquer ;
- il opère une priorisation principielle de la nature des actions de prévention susceptibles de produire les effets les plus efficaces et durables ;
- il décline, à défaut, des solutions « dégradées » en fonction de la gravité de la situation ou de l'urgence à laquelle le préventeur est confronté ;

L'existence d'un cadre de référence permet donc :

- une classification des actions de prévention possibles à partir de critères partagés ;
- une gradation des options à privilégier en fonction de ce sur quoi le préventeur entend agir (causes, symptômes, effets...) ;
- un programme d'action et une identification des moyens correspondants.

3 LE CADRE NORMATIF ET DOCTRINAL DE LA PREVENTION DANS LE CHAMP DE L'ENFANCE

3.1 Bien que portant aussi des ambitions universelles, le cadre juridique de la protection de l'enfance privilégie la prévention en direction de publics ciblés

Les compétences du conseil départemental dans le domaine de l'enfance sont énoncées par le **code général des collectivités territoriales**, aux termes duquel le département est compétent pour mettre en œuvre « toute aide ou action relative à la **prévention** ou à la prise en charge des situations de fragilité, au **développement social**, à l'accueil des jeunes enfants et à l'autonomie des personnes ». Le département se voit donc compétent pour intervenir sur tous les registres (prévention et prise en charge) et dans toutes les situations (situations sociales et développement social).

Le champ de la *protection de l'enfance* est défini quant à lui par l'article L. 112-3 du **code de l'action sociale et des familles** (CASF) aux termes duquel : « La protection de l'enfance vise à garantir la prise en compte des besoins fondamentaux de l'enfant, à soutenir son développement physique, affectif, intellectuel et social et à préserver sa santé, sa sécurité, sa moralité et son éducation, dans le respect

⁵⁷ Les champs examinés ici sont des illustrations et ne sont pas exhaustifs. Des modèles de prévention existent aussi dans le domaine de la défense, de la sécurité civile, de la lutte contre le terrorisme, etc.

de ses droits ». Ce premier alinéa, à vocation universaliste, est suivi d'une énumération, sur le même pied d'égalité, des trois grandes catégories d'actions pouvant être mises en œuvre à ce titre : « **des actions de prévention en faveur de l'enfant et de ses parents, l'organisation du repérage et du traitement des situations de danger ou de risque de danger pour l'enfant ainsi que les décisions administratives et judiciaires prises pour sa protection** ». Les alinéas suivants, qui précisent les modalités de mise en œuvre, visent plus particulièrement les mesures de protection.

Les dispositions propres à *l'aide sociale à l'enfance* (ASE) sont régies par le titre II du livre II (articles L. 221-1 et suivants du CASF). L'article d'introduction, qui énumère les missions de l'aide sociale à l'enfance (ASE), est explicitement dirigé vers des mesures destinées aux enfants exposés à des situations de risques. De par ce ciblage et au vu de la nature des dispositions, certaines missions sont rattachables à des actions de prévention mais aucune d'elles ne relève, selon la classification retenue, de la prévention primaire ou universelle (Cf. tableau infra).

Les dispositions suivantes du CASF décrivent les prestations d'ASE, lesquelles peuvent s'exercer à domicile et hors domicile. Parmi les premières, figurent (article L. 222-3) l'action d'un technicien ou d'une technicienne de l'intervention sociale et familiale ou d'une aide-ménagère, l'accompagnement en économie sociale et familiale, l'intervention d'un service d'action éducative, le versement d'aides financières. Ces prestations s'adressent par définition à des enfants et familles en difficulté et relèvent, selon la classification retenue, de la prévention secondaire ou tertiaire ou ciblée.

Les dispositions relatives au protocole de coordination entre acteurs (L. 222-5-2) ou définissant le projet pour l'enfant (L. 223-1-1) ne sont bien sûr pas dénuées de portée préventive mais revêtent là encore, par destination, une dimension de prévention secondaire.

En partie réglementaire (article R. 221-1), le président du département se voit explicitement « *chargé d'exercer **une action sociale préventive auprès des familles*** » mais il s'agit des familles « **dont les conditions d'existence risquent de mettre en danger la santé, la sécurité, la moralité ou l'éducation de leurs enfants** ».

3.2 Les dispositions des champs de la santé et de l'éducation s'inscrivent plus dans une logique universelle, intriquée toutefois aux missions de détection

Les dispositions figurant dans le code de la santé publique (CSP) dans le cadre de la protection maternelle et infantile (PMI) sont explicitement tournées vers la prévention et revêtent, par leur caractère général, une dimension universelle mais non dénuée toutefois d'une connotation *dépistage* (article L. 2112-2) (cf. §...infra).

Les dispositions figurant dans le code de l'éducation revêtent les mêmes caractéristiques. L'article L. 122-4-1 de ce code a ainsi déterminé sept axes, parmi lesquels figurent :

- la mise en place d'un environnement scolaire favorable à la santé,
- l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation de programmes d'éducation à la santé destinés à développer les connaissances des élèves à l'égard de leur santé et de celle des autres,
- **la participation à la politique de prévention sanitaire mise en œuvre en faveur des enfants et des adolescents, aux niveaux national, régional et départemental,**

Mais aussi :

- la réalisation des examens médicaux et des bilans de santé,

- la détection précoce des problèmes de santé ou des carences de soins pouvant entraver la scolarité,
- l'accueil, l'écoute, l'accompagnement et le suivi individualisé des élèves,
- la participation à la veille épidémiologique par le recueil et l'exploitation de données statistiques.

Les dispositions législatives fixent donc des principes généraux sans opérer de distinction et surtout de priorité entre les missions à caractère éducatif et préventif et les missions de suivi individuel et de détection.

Comme le souligne le rapport IGEN, IGAS, IGAENR d'avril 2016 sur la médecine scolaire, les sept points précités du code de l'éducation ne se plient pas facilement à la distinction en trois axes opérée de manière partagée par les chercheurs, pour décrire la promotion de la santé : protection de la santé, prévention et éducation pour la santé. Appliqués en milieu scolaire, ces axes pourraient reposer sur :

- des actions de protection visant à créer un environnement et un climat scolaire favorables et à mettre en œuvre les moyens de l'accueil des personnes et notamment celles ayant des besoins particuliers ;
- des actions de prévention correspondant à un travail spécifique sur les facteurs ou comportements générateurs de difficultés scolaires, de santé, etc. ;
- des actions d'éducation visant au développement de connaissances, de capacités et d'attitudes chez les individus.

Les auteurs du rapport notent toutefois que cette articulation est inégalement appropriée par les acteurs de terrain et que « ***nombre d'écrits, parfois officiels, emploient les termes de prévention et de promotion, voire d'éducation, comme des synonymes, ce qui peut introduire une certaine confusion*** ».

Tableau 1 : Principales dispositions législatives et réglementaires concourant à la prévention dans le domaine de l'enfance

Code général des collectivités territoriales	Contenu	Commentaire
<p>Article L. 3211-1</p> <p>Compétences du conseil départemental</p>	<p>Le conseil départemental règle (...) les affaires du département dans les domaines de compétences que la loi lui attribue.</p> <p>Il est compétent pour mettre en œuvre toute aide ou action relative à la prévention ou à la prise en charge des situations de fragilité, au développement social, à l'accueil des jeunes enfants et à l'autonomie des personnes. Il est également compétent pour faciliter l'accès aux droits et aux services des publics dont il a la charge. (...)</p>	<p>Avec la loi du 7 août 2015, le CD n'a plus de compétence générale mais une compétence d'attributions. Cette même loi introduit le développement social dans son domaine de compétence</p>
Code de l'action sociale et des familles	Contenu	Commentaire
<p>Article L. 112-2</p> <p>Politique familiale</p>	<p>Afin d'aider les familles à élever leurs enfants, il leur est accordé notamment :</p> <p>1° Des prestations familiales (...);</p> <p>2° Des aides à l'emploi pour la garde des jeunes enfants (...);</p> <p>3° Des réductions ou exonérations fiscales (...);</p> <p>4° Des réductions sur les tarifs de transport par chemin de fer (...);</p> <p>5° Des allocations destinées à faire face à des dépenses de scolarité (...);</p> <p>6° (...)</p> <p>7° Des allocations d'aide sociale dans les conditions prévues au présent code.</p>	
<p>Article L. 112-3</p> <p>Champs de la protection de l'enfance</p>	<p>La protection de l'enfance vise à garantir la prise en compte des besoins fondamentaux de l'enfant, à soutenir son développement physique, affectif, intellectuel et social et à préserver sa santé, sa sécurité, sa moralité et son éducation, dans le respect de ses droits.</p> <p>Elle comprend des actions de prévention en faveur de l'enfant et de ses parents, l'organisation du repérage et du traitement des situations de danger ou de risque de</p>	

	<p>danger pour l'enfant ainsi que les décisions administratives et judiciaires prises pour sa protection (...).</p> <p>Les modalités de mise en œuvre de ces décisions doivent être adaptées à chaque situation et objectivées par des visites impératives au sein des lieux de vie de l'enfant, en sa présence, et s'appuyer sur les ressources de la famille et l'environnement de l'enfant. Elles impliquent la prise en compte des difficultés auxquelles les parents peuvent être confrontés dans l'exercice de leurs responsabilités éducatives et la mise en œuvre d'actions de soutien adaptées en assurant, le cas échéant, une prise en charge partielle ou totale de l'enfant. Dans tous les cas, l'enfant est associé aux décisions qui le concernent selon son degré de maturité.</p> <p>Ces interventions peuvent également être destinées à des majeurs de moins de vingt et un ans connaissant des difficultés susceptibles de compromettre gravement leur équilibre.</p> <p>La protection de l'enfance a également pour but de prévenir les difficultés que peuvent rencontrer les mineurs privés temporairement ou définitivement de la protection de leur famille et d'assurer leur prise en charge. (...)</p>	
<p><u>Article L. 112-5</u></p> <p>Protocole de coordination de la prévention</p>	<p>(...) un protocole est établi dans chaque département par le président du conseil départemental avec les différents responsables institutionnels et associatifs amenés à mettre en place des actions de prévention en direction de l'enfant et de sa famille, notamment avec les caisses d'allocations familiales, les services de l'État et les communes. Il définit les modalités de mobilisation et de coordination de ces responsables autour de priorités partagées pour soutenir le développement des enfants et prévenir les difficultés auxquelles les parents peuvent être confrontés dans l'exercice de leurs responsabilités éducatives.</p>	<p>-</p>

<p>Article L. 112-4 Intérêt de l'enfant</p>	<p>L'intérêt de l'enfant, la prise en compte de ses besoins fondamentaux, physiques, intellectuels, sociaux et affectifs ainsi que le respect de ses droits doivent guider toutes décisions le concernant.</p>	
<p>Article L. 221-1 Missions de l'aide sociale à l'enfance (ASE)</p>	<p>1° Apporter un soutien matériel, éducatif et psychologique tant aux mineurs et à leur famille ou à tout détenteur de l'autorité parentale, confrontés à des difficultés risquant de mettre en danger la santé, la sécurité, la moralité de ces mineurs ou de compromettre gravement leur éducation ou leur développement physique, affectif, intellectuel et social, qu'aux mineurs émancipés et majeurs de moins de vingt et un ans confrontés à des difficultés familiales, sociales et éducatives susceptibles de compromettre gravement leur équilibre ;</p> <p>2° Organiser, dans les lieux où se manifestent des risques d'inadaptation sociale, des actions collectives visant à prévenir la marginalisation et à faciliter l'insertion ou la promotion sociale des jeunes et des familles, notamment des actions de prévention spécialisée visées au 2° de l'article L. 121-2 ;</p> <p>3° Mener en urgence des actions de protection en faveur des mineurs mentionnés au 1° du présent article ;</p> <p>4° Pourvoir à l'ensemble des besoins des mineurs confiés au service et veiller à leur orientation, en collaboration avec leur famille ou leur représentant légal ;</p> <p>5° Mener, notamment à l'occasion de l'ensemble de ces interventions, des actions de prévention des situations de danger à l'égard des mineurs et, sans préjudice des compétences de l'autorité judiciaire, organiser le recueil et la transmission, dans les conditions prévues à l'article L. 226-3, des informations préoccupantes relatives aux mineurs dont la santé, la sécurité, la moralité sont en danger ou risquent de l'être ou dont l'éducation ou le développement sont compromis ou risquent de l'être, et participer à leur protection ;</p> <p>6° Veiller à ce que les liens d'attachement noués par</p>	<p>Acception majoritairement ciblée de la prévention :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le 1° vise d'emblée les personnes confrontées à des difficultés et insiste sur le caractère de gravité ; la cible est circonscrite et ne s'inscrit dès lors pas dans une logique de prévention primaire. - Le 2° parle de prévention et d'actions collectives mais, dans les lieux à risques et pour prévenir la marginalisation ou faciliter l'insertion. On est dans une logique prévention secondaire. Les actions de préventions du L. 121-2 citées sont celles de la prévention spécialisée i.e. en direction des jeunes et familles en difficulté ou en rupture avec leur milieu. - Le 3° se situe clairement dans des situations d'urgence (prévention tertiaire au mieux) - Le 4° s'adresse aux mineurs confiés donc déjà suivis (prévention secondaire voire tertiaire) - Le 5° prévoit des actions de prévention mais les associe au signalement d'informations préoccupantes ; le public visé est déjà en difficulté - Les 6° à 8° sont bien de nature à prévenir l'aggravation de situations mais s'adressent à des enfants en difficulté et relèvent au mieux de la prévention secondaire.

	<p>l'enfant avec d'autres personnes que ses parents soient maintenus, voire développés, dans son intérêt supérieur ;</p> <p>7° Veiller à la stabilité du parcours de l'enfant confié et à l'adaptation de son statut sur le long terme ;</p> <p>8° Veiller à ce que les liens d'attachement noués par l'enfant avec ses frères et sœurs soient maintenus, dans l'intérêt de l'enfant.</p> <p>(...)</p>	
<p><u>Article R. 221-1</u> Action préventive</p>	<p>Dans chaque département, le président du conseil départemental est chargé d'exercer une action sociale préventive auprès des familles dont les conditions d'existence risquent de mettre en danger la santé, la sécurité, la moralité ou l'éducation de leurs enfants.</p>	<p>Cet article (règlementaire) se situe dans un chapitre consacré à l'ASE et sa première section est intitulée « protection de l'enfance en danger ». Il est question ici d'actions préventives, dans des familles déjà identifiées en danger. Les articles qui suivent portent sur le placement ou l'action éducative, le signalement à la justice</p>
<p><u>Article L. 222-5</u> Accueil hors domicile</p>	<p>Sont pris en charge par le service de l'aide sociale à l'enfance sur décision du président du conseil départemental :</p> <p>1° Les mineurs qui ne peuvent demeurer provisoirement dans leur milieu de vie habituel et dont la situation requiert un spécialisé, familial ou dans un établissement ou dans un service tel que prévu au 12° du I de l'article L. 312-1 ;</p> <p>2° Les accueil à temps complet ou partiel, modulable selon leurs besoins, en particulier de stabilité affective, ainsi que les mineurs rencontrant des difficultés particulières nécessitant un accueil pupilles de l'État (...);</p> <p>3° Les mineurs confiés au service en application du 3° de l'article 375-3 du code civil... ;</p> <p>4° Les femmes enceintes et les mères isolées avec leurs enfants de moins de trois ans qui ont besoin d'un soutien matériel et psychologique, notamment parce qu'elles sont sans domicile.(...).</p> <p>Peuvent être également pris en charge à titre</p>	<p>Logique ciblée</p>

	temporaire par le service chargé de l'aide sociale à l'enfance les mineurs émancipés et les majeurs âgés de moins de vingt et un ans qui éprouvent des difficultés d'insertion sociale faute de ressources ou d'un soutien familial suffisants.(...)	
Article L. 222-5-2 Protocole organisant le partenariat entre acteurs (sortie d'ASE)	Un protocole est conclu par le président du conseil départemental, conjointement avec le représentant de l'État dans le département et le président du conseil régional et avec le concours de l'ensemble des institutions et des organismes concernés, afin de préparer et de mieux accompagner l'accès à l'autonomie des jeunes pris en charge ou sortant des dispositifs de l'aide sociale à l'enfance et de la protection judiciaire de la jeunesse. Ce protocole organise le partenariat entre les acteurs afin d'offrir aux jeunes de seize à vingt et un ans une réponse globale en matière éducative, culturelle, sociale, de santé, de logement, de formation, d'emploi et de ressources.	
Article L. 223-1-1 Projet pour l'enfant	Il est établi, pour chaque mineur bénéficiant d'une prestation d'aide sociale à l'enfance, hors aides financières, ou d'une mesure de protection judiciaire, un document unique intitulé " projet pour l'enfant ", qui vise à garantir son développement physique, psychique, affectif, intellectuel et social. Ce document accompagne le mineur tout au long de son parcours au titre de la protection de l'enfance.(...)	Logique ciblée
Code de la santé publique	Contenu	Commentaire
Article L. 2112-2 Actions de prévention en PMI	« Le président du conseil départemental a pour mission d'organiser : 1° Des consultations prénuptiales, prénatales et postnatales et des actions de prévention médico-sociale en faveur des femmes enceintes 2° Des consultations et des actions de prévention médico-sociale en faveur des enfants de moins de six ans ainsi que l'établissement d'un bilan de santé pour les enfants âgés de trois à quatre ans (...) ; 3° Des activités de planification familiale et d'éducation	Dispositions mêlant des actions à caractère universel et des actions ciblées. La rédaction de l'article ne permet pas d'affirmer l'existence d'un ordre de priorité dans l'énumération des items.

	<p>familiale ainsi que la pratique d'interruptions volontaires de grossesse par voie médicamenteuse (...);</p> <p>4° Des actions médico-sociales préventives à domicile pour les femmes enceintes notamment des actions d'accompagnement si celles-ci apparaissent nécessaires lors d'un entretien prénatal précoce proposé systématiquement et réalisé à partir du quatrième mois de grossesse, (...) et pour les enfants de moins de six ans requérant une attention particulière, assurées à la demande ou avec l'accord des intéressés, en liaison avec le médecin traitant et les services hospitaliers concernés ;</p> <p>4° bis Des actions médico-sociales préventives et de suivi assurées, à la demande ou avec l'accord des intéressées et en liaison avec le médecin traitant ou les services hospitaliers, pour les parents en période post-natale, à la maternité, à domicile, notamment dans les jours qui suivent le retour à domicile ou lors de consultations ; (...)</p> <p>En outre, le conseil départemental doit participer aux actions de prévention et de prise en charge des mineurs en danger ou qui risquent de l'être dans les conditions prévues au sixième alinéa (5°) de l'article L. 221-1 et aux articles L. 226-1 à L. 226-11, L523-1 et L. 532-2 du code de l'action sociale et des familles.</p> <p>Le service contribue également, à l'occasion des consultations et actions de prévention médico-sociale mentionnées aux 2° et 4°, aux actions de prévention et de dépistage des troubles d'ordre physique, psychologique, sensoriel et de l'apprentissage. Il oriente, le cas échéant, l'enfant vers les professionnels de santé et les structures spécialisées. »</p>	
--	---	--

Code de l'éducation	Contenu	Commentaire
<p><u>Article L. 121-1</u> Mission éducative (personnel enseignant)</p>	<p>« Les écoles, les collèges, les lycées et les établissements d'enseignement supérieur sont chargés de transmettre et de faire acquérir connaissances et méthodes de travail. Ils contribuent à favoriser la mixité et l'égalité entre les hommes et les femmes, notamment en matière d'orientation. Ils concourent à l'éducation à la responsabilité civique, y compris dans l'utilisation d'internet et des services de communication au public en ligne, et participent à la prévention de la délinquance. Ils assurent une formation à la connaissance et au respect des droits de la personne ainsi qu'à la compréhension des situations concrètes qui y portent atteinte. (...) Les écoles, les collèges et les lycées assurent une mission d'information sur les violences et une éducation à la sexualité ainsi qu'une obligation de sensibilisation des personnels enseignants aux violences sexistes et sexuelles et à la formation au respect du non-consentement. »</p>	
<p><u>Article L. 121-4-1</u> Missions de prévention et promotion de la santé (professionnels de santé en priorité)</p>	<p>(...)-Le champ de la mission de promotion de la santé à l'école comprend :</p> <p>1° La mise en place d'un environnement scolaire favorable à la santé ;</p> <p>2° L'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation de programmes d'éducation à la santé destinés à développer les connaissances des élèves à l'égard de leur santé et de celle des autres et à l'égard des services de santé ;</p> <p>3° La participation à la politique de prévention sanitaire mise en œuvre en faveur des enfants et des adolescents, aux niveaux national, régional et départemental, et la promotion des liens entre services de santé scolaire, services de prévention territorialisée, services de santé ambulatoire et</p>	

	<p>services hospitaliers ;</p> <p>3° bis La coordination des actions conduites dans le cadre de la protection et de la promotion de la santé maternelle et infantile avec les missions conduites dans les écoles élémentaires et maternelles ;</p> <p>4° La réalisation des examens médicaux et des bilans de santé définis dans le cadre de la politique de la santé en faveur des enfants et des adolescents ainsi que ceux nécessaires à la définition des conditions de scolarisation des élèves ayant des besoins particuliers ;</p> <p>5° La détection précoce des problèmes de santé ou des carences de soins pouvant entraver la scolarité ;</p> <p>6° L'accueil, l'écoute, l'accompagnement et le suivi individualisé des élèves ;</p> <p>(...).</p> <p>La promotion de la santé à l'école telle que définie aux 1° à 7° du présent II relève en priorité des médecins et infirmiers de l'éducation nationale.</p> <p>Elle est conduite, dans tous les établissements d'enseignement, y compris les instituts médico-éducatifs, conformément aux priorités de la politique de santé et dans les conditions prévues à l'article L. 1411-1-1 du code de la santé publique, par les autorités académiques en lien avec les agences régionales de santé, les collectivités territoriales et les organismes d'assurance maladie concernés. Elle veille également à sensibiliser l'environnement familial des élèves afin d'assurer une appropriation large des problématiques de santé publique.</p>	
--	--	--

	<p>Des acteurs de proximité non professionnels de santé concourent également à la promotion de la santé à l'école. Des actions tendant à rendre les publics cibles acteurs de leur propre santé sont favorisées. Elles visent, dans une démarche de responsabilisation, à permettre l'appropriation des outils de prévention et d'éducation à la santé.»</p>	
<p><u>L. 541-1</u> Promotion de la santé</p>	<p>« Les actions de promotion de la santé des élèves font partie des missions de l'éducation nationale. Elles sont en priorité assurées par les médecins et infirmiers de l'éducation nationale. A ce titre, les élèves bénéficient, au cours de leur scolarité, d'actions de prévention et d'information, de visites médicales et de dépistage obligatoires, qui constituent leur parcours de santé dans le système scolaire. Les élèves bénéficient également d'actions de promotion de la santé constituant un parcours éducatif de santé conduit dans les conditions prévues à l'avant-dernier alinéa du II de l'article L. 121-4-1. Ces actions favorisent notamment leur réussite scolaire et la réduction des inégalités en matière de santé. (...) Au cours de la sixième année, une visite comprenant un dépistage des troubles spécifiques du langage et de l'apprentissage est organisée. Les médecins de l'éducation nationale travaillent en lien avec l'équipe éducative, les professionnels de santé et les parents, afin que, pour chaque enfant, une prise en charge et un suivi adaptés soient réalisés suite à ces visites. Les ministres chargés de l'éducation nationale et de la santé déterminent conjointement, par voie réglementaire, pour les visites médicales et les dépistages obligatoires, la périodicité et le contenu de l'examen médical de prévention et de dépistage, ainsi que les modalités de coordination avec les missions particulières des médecins traitants mentionnés au deuxième alinéa de l'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale. Des examens médicaux périodiques sont également</p>	

	effectués pendant tout le cours de la scolarité et le suivi sanitaire des élèves est exercé avec le concours de l'infirmier et, dans les établissements du second degré, d'un assistant de service social.	
Article L.542-3 Sensibilisation/Information des élèves sur l'enfance maltraitée	« 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. »	
Article L. 131-8 Prévention de l'absentéisme	<p>« Lorsqu'un enfant manque momentanément la classe, les personnes responsables doivent, sans délai, faire connaître au directeur ou à la directrice de l'établissement d'enseignement les motifs de cette absence.</p> <p>Les seuls motifs réputés légitimes sont les suivants : maladie de l'enfant, maladie transmissible ou contagieuse d'un membre de la famille, réunion solennelle de famille, empêchement résultant de la difficulté accidentelle des communications, absence temporaire des personnes responsables lorsque les enfants les suivent. Les autres motifs sont appréciés par l'autorité de l'État compétente en matière d'éducation. Celle-ci peut consulter les assistantes sociales agréées par elle, et les charger de conduire une enquête, en ce qui concerne les enfants en cause.</p> <p>Le directeur ou la directrice de l'établissement d'enseignement saisit l'autorité de l'État compétente en matière d'éducation afin qu'elle adresse un avertissement aux personnes responsables de l'enfant, leur rappelant les sanctions pénales applicables et les informant sur les dispositifs d'accompagnement parental auxquels elles peuvent avoir recours :</p> <p>1° Lorsque, malgré l'invitation du directeur ou de la</p>	<p>Les conditions d'application de cet article sont précisées par voie réglementaire (article R. 131-7), qui prévoit notamment que :</p> <p>« I-(...), le directeur d'école ou le chef d'établissement réunit les membres concernés de l'équipe éducative dans le premier degré ou de la commission éducative dans le second degré, afin de rechercher l'origine du comportement de l'élève et de proposer les mesures qui peuvent être prises pour y remédier (...).</p>

	<p>directrice de l'établissement d'enseignement, elles n'ont pas fait connaître les motifs d'absence de l'enfant ou qu'elles ont donné des motifs d'absence inexacts ;</p> <p>2° Lorsque l'enfant a manqué la classe sans motif légitime ni excuses valables au moins quatre demi-journées dans le mois.</p> <p>En cas de persistance du défaut d'assiduité, le directeur de l'établissement d'enseignement réunit les membres concernés de la communauté éducative, au sens de l'article L. 111-3, afin de proposer aux personnes responsables de l'enfant une aide et un accompagnement adaptés et contractualisés avec celles-ci. Un personnel d'éducation référent est désigné pour suivre les mesures mises en œuvre au sein de l'établissement d'enseignement.</p> <p>Le directeur de l'établissement d'enseignement informe les collectivités territoriales et les autorités concernées par la protection de l'enfance des mesures prises dans l'établissement scolaire contre l'absentéisme et le décrochage scolaire. Il est l'interlocuteur de ces collectivités et de ces autorités et doit être informé, en retour, du soutien dont il peut bénéficier afin de mener à bien les missions d'accompagnement des personnes responsables de l'enfant et de prévention de l'absentéisme. »</p>	
<p><u>Article L. 542-1</u> Formation commune des professionnels sur la protection de l'enfance en danger</p>	<p>« Les médecins, l'ensemble des personnels médicaux et paramédicaux, les travailleurs sociaux, les magistrats, les personnels enseignants, les personnels d'animation sportive, culturelle et de loisirs et les personnels de la police nationale, des polices municipales et de la gendarmerie nationale reçoivent une 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. »</p>	<p>Noter que la formation est spécifiquement orientée sur le champ de la protection de l'enfance en danger (et non pas la protection de l'enfance au sens large)</p>

<p><u>Article D. 542-1</u> Contenu et organisation de la formation commune</p>	<p>« I.-Sans préjudice des autres dispositions réglementaires relatives à la formation des personnes mentionnées à l'article L. 542-1, la formation initiale et continue des intéressés dans le domaine de la protection de l'enfance en danger est mise en œuvre dans le cadre de programmes qui traitent des thèmes suivants :</p> <p>1° L'évolution et la mise en perspective de la politique de protection de l'enfance en France, notamment au regard de la Convention internationale des droits de l'enfant ;</p> <p>2° La connaissance du dispositif de protection de l'enfance, de la prévention à la prise en charge, en particulier celle de son cadre juridique, de son organisation et de ses acteurs, de ses stratégies et de ses types d'interventions, ainsi que des partenariats auxquels il donne lieu ;</p> <p>3° La connaissance de l'enfant et des situations familiales, notamment celle des étapes du développement de l'enfant et de ses troubles, de l'évolution des familles, des dysfonctionnements familiaux, des moyens de repérer et d'évaluer les situations d'enfants en danger ou risquant de l'être ;</p> <p>4° Le positionnement professionnel, en particulier en matière d'éthique, de responsabilité, de secret professionnel et de partage d'informations.</p> <p>La formation continue a plus particulièrement pour objectifs la sensibilisation au repérage de signaux d'alerte, la connaissance du fonctionnement des dispositifs départementaux de protection de l'enfance ainsi que l'acquisition de compétences pour protéger les enfants en danger ou susceptibles de l'être.</p> <p>(...)</p> <p>II.-La formation initiale et continue est organisée pour partie dans le cadre de sessions partagées réunissant :</p> <p>1° Pour la formation initiale, les étudiants au plan national, interrégional, régional ou départemental ;</p> <p>2° Pour la formation continue, les différents professionnels intervenant notamment sur un même territoire, afin de favoriser leurs connaissances mutuelles,</p>	
---	--	--

	<p>leur coordination et la mise en œuvre de la protection de l'enfance sur le territoire concerné.</p> <p>Le cadre général des sessions partagées, leurs objectifs ainsi que leurs modalités de mise en œuvre et d'évaluation font l'objet de conventions entre l'ensemble des institutions, services et organismes concernés. »</p>	
<p><u>Article D321-16</u> Equipe éducative /Premier degré</p>	<p>« L'équipe éducative est composée des personnes auxquelles incombe la responsabilité éducative d'un élève ou d'un groupe d'élèves. Elle comprend le directeur d'école, le ou les maîtres et les parents concernés, le psychologue scolaire et les enseignants spécialisés intervenant dans l'école, éventuellement le médecin de l'éducation nationale, l'infirmière scolaire, l'assistante sociale et les personnels contribuant à la scolarisation des élèves handicapés dans l'école. Le directeur d'école peut recueillir l'avis des agents spécialisés des écoles maternelles.</p> <p>Elle est réunie par le directeur chaque fois que l'examen de la situation d'un élève ou d'un groupe d'élèves l'exige qu'il s'agisse de l'efficacité scolaire, de l'assiduité ou du comportement.</p> <p>Les parents peuvent se faire accompagner ou remplacer par un représentant d'une association de parents d'élèves de l'école ou par un autre parent d'élève de l'école. »</p>	

Tableau 2 : Autres arrêtés, circulaires ou notes de services propres à l'éducation nationale

<p>Arrêté du 17-07-2018 : extrait du programme d'enseignement moral et civique (BOEN N°30 du 26-07-2018)</p>
<p>« L'adjectif « moral » de l'enseignement moral et civique renvoie au projet d'une appropriation par l'élève de principes garantissant le respect d'autrui. Cette morale repose sur la conscience de la dignité et de l'intégrité de la personne humaine, qu'il s'agisse de soi ou des autres, et nécessite l'existence d'un cadre définissant les droits et devoirs de chacun » (...)</p> <p>[La culture civique] ... « articule quatre domaines : la sensibilité, la règle et le droit, le jugement, l'engagement. » (...)</p> <ul style="list-style-type: none"> - La culture de la sensibilité permet d'identifier et d'exprimer ce que l'on ressent, comme de comprendre ce que ressentent les autres. Elle permet de se mettre à la place de l'autre. - La culture de la règle et du droit unit le respect des règles de la vie commune et la compréhension du sens de ces règles. Elle conduit progressivement à une culture juridique et suppose la connaissance de la loi. - La culture du jugement est une culture du discernement. Sur le plan éthique, le jugement s'exerce à partir d'une compréhension des enjeux et des éventuels conflits de valeurs ; sur le plan intellectuel, il s'agit de développer l'esprit critique des élèves, et en particulier de leur apprendre à s'informer de manière éclairée. - La culture de l'engagement favorise l'action collective, la prise de responsabilités et l'initiative. Elle développe chez l'élève le sens de la responsabilité par rapport à lui-même et par rapport aux autres et à la nation. »
<p>Arrêté du 1er juillet 2013 : Référentiel des compétences professionnelles des métiers du professorat et de l'éducation</p>
<p>Compétence « Agir en éducateur responsable et selon des principes éthiques »</p> <p>(...) : « Contribuer à assurer le bien-être, la sécurité et la sûreté des élèves, à prévenir et à gérer les violences scolaires, à identifier toute forme d'exclusion ou de discrimination, ainsi que tout signe pouvant traduire des situations de grande difficulté ou de maltraitance » et « Respecter la confidentialité des informations individuelles concernant les élèves et leurs familles ».</p>
<p>Arrêté du 03-11-2015 : Arrêté relatif à la périodicité et au contenu des visites médicales et de dépistage obligatoires prévues à l'article L. 541-1 du code de l'éducation.</p>
<p>Article 1 : Les visites médicales et de dépistage obligatoires prévues à l'article L. 541-1 du code de l'éducation ont lieu au cours de la sixième année et de la douzième année de l'enfant.</p> <p>Au cours de la sixième année, la visite comprend un dépistage des troubles spécifiques du langage et de l'apprentissage.</p> <p>Article 2 : Les contenus de ces visites médicales et de dépistage obligatoires sont définis à l'annexe I du présent arrêté pour celles réalisées lors de la sixième année de l'enfant par les médecins, à l'annexe II pour celles qui le sont lors de sa douzième année par les infirmiers de l'éducation nationale.</p> <p>Article 3 : Les résultats de ces visites médicales et de dépistage obligatoires sont inscrits dans le carnet de santé de l'enfant par les professionnels de santé qui les ont effectuées, de façon à être utilisés pour le suivi de l'élève.</p> <p>Article 4 : Ces visites médicales et de dépistage obligatoires peuvent donner lieu, en tant que de besoin, à une collecte de données permettant le suivi épidémiologique de la santé des enfants, dans des conditions conformes à la réglementation en vigueur.</p>

Article 5 : Sont mis à disposition, sur les sites internet des ministères chargés de l'éducation nationale et de la santé, des outils scientifiquement validés et des guides d'accompagnement à destination des professionnels de santé qui réalisent ces visites médicales et de dépistage obligatoires. (...)

ANNEXE : VISITE MÉDICALE DE LA SIXIÈME ANNÉE

- analyse des antécédents de l'enfant à partir des données, notamment du document de liaison prévu par l'article L. 2112-5 susvisé du code de la santé publique pour les enfants ayant bénéficié du bilan de santé entre 3 et 4 ans en école maternelle ou du carnet de santé de l'enfant avec l'accord des parents ;

- lorsque les enfants ont bénéficié d'une visite médicale par le médecin qui suit l'enfant en application de l'article L. 541-1, les parents, s'ils en sont d'accord, transmettent à la demande du médecin de l'éducation nationale, dans le cadre du suivi du parcours de santé à l'école, le carnet de santé de leur enfant sous enveloppe cachetée à son intention. Si les parents ne souhaitent pas présenter le carnet de santé, ils devront être en mesure de fournir un certificat médical attestant qu'un bilan de l'état de santé physique et psychologique de leur enfant a été assuré par un professionnel de santé de leur choix (art. L. 541-1 du code de l'éducation) ;

- entretien avec les parents de l'enfant portant notamment sur ses conditions de vie, son développement et d'éventuelles pathologies. Lorsque l'enfant présente un handicap ou une affection chronique, le professionnel de santé analyse ses besoins et, le cas échéant, impulse avec l'accord des parents les démarches nécessaires ;

- prise en compte d'éventuelles observations recueillies auprès de l'enseignant de l'enfant et des personnels intervenant au sein de l'école ;

- vérification des vaccinations au vu du calendrier vaccinal en vigueur ;

- examen statur pondéral avec calcul de l'IMC, report des données et traçage sur les courbes du carnet de santé ;

- examen clinique ;

- dépistage des troubles auditifs comprenant la vérification de l'acuité auditive avec un appareil audio vérificateur ;

- dépistage des troubles visuels ;

- bilan du langage ;

- bilan du développement psychomoteur ;

- examen bucco-dentaire ;

- transmission aux parents des conclusions de ces examens et dépistages incluant, le cas échéant, des recommandations, des conseils ou des demandes d'investigations complémentaires ainsi que, en tant que de besoin, la remise d'un courrier à l'attention du médecin traitant. Le médecin qui l'effectue veille au respect de la confidentialité de cette transmission ;

- mise à disposition des données issues de cette visite aux personnels de l'éducation nationale en charge du suivi de l'élève concerné, dans le respect du secret professionnel ;

- rencontre avec l'enseignant de l'élève et le directeur d'école afin de faire le point sur le suivi et l'accompagnement pédagogique à mettre en place dans le cadre de la réussite scolaire.

Cette liste n'est pas limitative. Chaque professionnel de santé, dans le cadre de ses compétences, poursuivra les examens en fonction des constatations qu'il aura effectuées. »

ANNEXE : VISITE DE DÉPISTAGE DE LA DOUZIÈME ANNÉE PAR L'INFIRMIER

- analyse des antécédents de l'enfant à partir, notamment du carnet de santé avec l'accord des parents, en particulier l'existence d'une maladie chronique ou d'un handicap justifiant ou ayant justifié la mise en place d'un dispositif adapté. Les parents peuvent être sollicités en tant que de besoin ou assister à l'examen sur leur demande ;
 - entretien avec l'enfant portant notamment sur ses conditions de vie, sa santé perçue, l'expression éventuelle de difficultés ou de signes de souffrance psychique ainsi que sur son développement pubertaire ;
 - prise en compte d'éventuelles observations recueillies auprès des parents et de l'équipe éducative ;
 - vérification des vaccinations au vu du calendrier vaccinal en vigueur ;
 - examen statur pondéral avec calcul de l'IMC, report des données et traçage sur les courbes du carnet de santé ;
 - évaluation de la situation clinique ;
 - dépistage des troubles visuels ;
 - dépistage des troubles auditifs comprenant la vérification de l'acuité auditive avec un appareil audio vérificateur ;
 - hygiène bucco-dentaire ;
 - recommandations et conseils à l'enfant, adaptés en fonction de ses questions et des données de l'examen ;
 - transmission aux parents des conclusions de cet examen incluant, le cas échéant, des recommandations et des conseils. Un courrier à destination du médecin traitant peut être remis aux parents. Le professionnel de santé qui l'effectue veille au respect de la confidentialité de cette transmission ;
 - mise à disposition des données issues de cette visite aux personnels de l'éducation nationale en charge du suivi de l'élève concerné, dans le respect du secret professionnel ;
 - rencontre avec les enseignants de l'élève et l'équipe de direction afin de faire le point sur le suivi et l'accompagnement pédagogique à mettre en place dans le cadre de la réussite scolaire.
- Cette liste n'est pas limitative. Chaque professionnel de santé, dans le cadre de ses compétences, poursuivra les examens en fonction des constatations qu'il aura effectuées. »

Circulaire n° 2018-111 du 12-09-2018 relative à l'éducation à la sexualité

Objectifs : « Il s'agit d'une démarche éducative transversale et progressive, qui vise à favoriser l'estime de soi, le respect de soi et d'autrui, l'acceptation des différences, la compréhension et le respect de la loi et des droits humains, la responsabilité individuelle et collective, la construction de la personne et l'éducation du citoyen. Son approche globale et positive doit être adaptée à chaque âge et à chaque niveau d'enseignement. Il est indispensable de s'appuyer sur les valeurs laïques et humanistes pour travailler avec les élèves dans une démarche fondée sur la confiance.

Circulaire n°2016-008 du 28-01-2016 : Mise en place du parcours éducatif de santé pour tous les élèves

« (...)Les actions de promotion de la santé des élèves, assurées par tous les personnels, dans le respect des missions de chacun, prennent place au sein de la politique de santé à l'école qui se structure selon trois axes : l'éducation, la prévention et la protection.

Au sein des écoles et établissements scolaires, l'ensemble de ces actions de prévention, d'information, de visites médicales et de dépistage s'organise au bénéfice de chaque élève pour former un parcours éducatif de santé.

Ce parcours vise à structurer la présentation des dispositifs qui concernent à la fois la protection de la santé des élèves, les activités éducatives liées à la prévention des conduites à risques et les activités pédagogiques mises en place dans les enseignements en référence aux programmes scolaires. L'organisation du parcours éducatif de santé concerne toutes les écoles et tous les établissements ; son contenu est adapté aux besoins

et demandes des élèves et aux ressources disponibles. (...) »

La présente circulaire a pour objet de présenter les modalités de mise en place du parcours éducatif de santé aux différents échelons de l'organisation du système scolaire.

Circulaire n° 2014-107 du 18-8-2014 : Fonctionnement des réseaux d'aides spécialisées aux élèves en difficulté (Rased) et missions des personnels qui y exercent

« Un pôle ressource dans la circonscription pour l'aide aux élèves et aux enseignants

Le pôle ressource de la circonscription regroupe tous les personnels que l'inspecteur de l'éducation nationale (IEN) peut solliciter et fédérer pour répondre aux demandes émanant d'un enseignant ou d'une école (conseillers pédagogiques, maîtres-formateurs, animateurs Tice, enseignants référents pour la scolarisation des élèves handicapés, psychologues scolaires, enseignants spécialisés, enseignants itinérant ayant une mission spécifique, etc.). Les personnels sociaux et de santé de l'éducation nationale peuvent être associés autant que de besoin à son action.

L'inspecteur de l'éducation nationale, pilote du pôle ressource, définit, après réflexion conjointe avec les membres du pôle, les axes stratégiques de mise en œuvre des aides aux élèves et aux enseignants de la circonscription dont il a la charge. L'objectif de tous les professionnels mobilisés dans ce cadre est de prévenir et de remédier aux difficultés qui se manifestent dans les écoles afin d'améliorer la réussite scolaire de tous les élèves.

Les professionnels du pôle ressource travaillent collectivement à partir du projet de la circonscription et en lien avec les équipes pédagogiques des écoles.

Le réseau d'aides spécialisées aux élèves en difficulté (Rased) est l'une des composantes de ce pôle ressource. Placé sous l'autorité et la responsabilité de l'IEN, le Rased est constitué de l'ensemble des enseignants chargés des aides spécialisées et des psychologues scolaires qui exercent dans la circonscription. Après concertation de ces membres, l'IEN arrête l'organisation générale des actions de prévention et des aides spécialisées dans la circonscription ainsi que les priorités d'action du Rased dont le fonctionnement et les résultats sont régulièrement évalués. »

Circulaire n°2017-055 du 22-03-2017 : Missions du service social en faveur des élèves

« Missions

Placé sous l'autorité hiérarchique de l'IA-Dasen, le service social en faveur des élèves concourt directement aux missions de service public de l'éducation et contribue au bon fonctionnement des établissements et services de l'éducation. Il est force de propositions pour l'élaboration et la mise en œuvre de la politique éducative, sociale et de santé.

Service de proximité, son action s'inscrit dans une politique de prévention au sein de l'institution et à l'interface de l'école et de son environnement. Il vise à aider l'élève à construire son projet personnel qui a pour objectif général l'entrée aussi satisfaisante que possible dans la vie adulte sous ses aspects professionnels, sociaux et humains. Il œuvre, par une approche globale, à l'amélioration de la qualité de vie des élèves au plan social, familial, sanitaire, économique, culturel et à leur assurer des conditions favorables à leur réussite, concourant à instaurer un climat scolaire serein et un cadre protecteur. Il accompagne les élèves dans la construction de leur parcours scolaire et dans l'acquisition de leur autonomie, en favorisant le développement de leurs compétences psychosociales.

Déclinées aux différents niveaux du système éducatif dans les projets académiques, départementaux et d'établissement, les missions du service social en faveur des élèves s'exercent dans le cadre des priorités nationales suivantes :

- contribuer à la prévention de l'échec scolaire, de l'absentéisme et du décrochage en agissant sur les facteurs sociaux et éducatifs à l'origine des difficultés, en proposant un accompagnement social, en facilitant, si besoin est, une intervention précoce d'autres services spécialisés ;
- contribuer à la protection de l'enfance et des mineurs en danger dans le cadre des protocoles et conventions en vigueur et apporter tout conseil à l'institution dans ce domaine ;
- contribuer à l'amélioration du climat scolaire en participant à la prévention des violences et du harcèlement sous toutes leurs formes, en soutenant les élèves (victimes comme auteurs), en assurant une médiation dans les situations de tensions, conflits et ruptures de dialogue ;
- participer à l'éducation à la santé et à la citoyenneté, favoriser l'accès aux droits ;
- concourir à l'inclusion scolaire des élèves en situation de handicap ou à besoins particuliers en participant à leur accueil, à leur information et à leur accompagnement, en lien avec les parents et les professionnels en charge de leur suivi ;
- participer à l'orientation et au suivi des élèves devant bénéficier d'une orientation spécifique ;
- soutenir et accompagner les parents dans leur fonction éducative, mettre en place des actions de soutien à la parentalité dans le cadre de la scolarité et concourir au renforcement de la coopération entre l'école et les parents, notamment avec les parents les plus éloignés de la culture scolaire, en mobilisant si besoin le réseau partenarial ;
- participer à la formation initiale et continue des travailleurs sociaux, en lien avec les établissements de formation.

« Dans le premier degré en réseau d'éducation prioritaire (Rep+)

L'intervention du service social en faveur des élèves vise à favoriser au plus tôt la prévention et le repérage des difficultés, notamment sociales et familiales, susceptibles d'entraver les apprentissages des élèves et de faciliter, si besoin, une intervention précoce des services spécialisés.

Au sein du Rep+, selon les modalités fixées par l'autorité académique, l'assistant de service social assure un rôle de conseil auprès de l'inspecteur de l'éducation nationale et des directeurs des écoles du réseau.

Ce conseil, qui peut prendre la forme d'un avis, concerne en particulier les situations des élèves les plus vulnérables :

- élèves en danger ou susceptibles de l'être ;
- élèves en situation de non fréquentation scolaire ;
- élèves devant être orientés vers un enseignement général ou professionnel adapté (Egpa).

Son action s'exerce en particulier pour faciliter les relations avec les familles et les partenaires, en complémentarité avec celle des personnels de santé et, le cas échéant, du psychologue du réseau d'aides spécialisées aux élèves en difficulté (Rased).

L'assistant de service social établit des liaisons et des concertations avec les services sociaux et éducatifs du conseil départemental ou les services spécialisés afin d'assurer la continuité des actions mises en œuvre et leur articulation avec la scolarité.

Il impulse des actions visant le développement de la coopération entre l'école et les parents. Il participe à la mise en œuvre d'actions de sensibilisation des élèves et de formation des personnels du Rep+ dans son domaine de compétences. »

« L'accueil et l'accompagnement dans le cadre de la consultation infirmière spécifique

L'infirmier-ière accueille tout élève ou étudiant qui le sollicite pour quelque motif que ce soit, y compris d'ordre relationnel ou psychologique, dès lors qu'il y a une incidence sur sa santé ou sa scolarité. Dûment formé-e à cet effet, il-elle est à même de jouer un rôle d'observation, de dépistage et de relais dans le domaine de la santé mentale. Il-elle assure un suivi et un accompagnement individuels, établit les relais nécessaires au sein de l'établissement (médecins de l'éducation nationale, assistants de service social, psychologues scolaires, conseillers d'orientation-psychologues, conseillers principaux d'éducation, enseignants...), accueille les parents dans la prise en charge du ou des problèmes identifiés et travaille en étroite relation avec les professionnels du réseau de santé. Il-elle effectue le suivi des actes infirmiers ou de l'orientation de santé proposés. Il-elle est attentif à renforcer l'écoute auprès des élèves et à assurer leur information sur leur capital santé. Il-elle s'attache en particulier à mener une action positive auprès des élèves, des étudiants en termes d'éducation au respect de l'autre, notamment à l'égard des attitudes ou comportements racistes, sexistes et de harcèlement. »

(...) « Le suivi infirmier

L'infirmier-ière organise, si besoin est, une consultation, le suivi de l'état de santé des élèves du premier et du second degré en complément des visites médicales et de dépistage obligatoires, en vue de repérer les difficultés éventuelles de santé ou les élèves fragilisés. Ce suivi s'inscrit dans le cadre des actions de prévention et d'éducation en matière d'hygiène et de santé individuelle et collective. La réalisation de ce suivi doit favoriser une collaboration en particulier entre infirmiers, médecins, enseignants, CPE, assistants sociaux, conseillers d'orientation-psychologues, familles et autres professionnels de santé dans l'intérêt de l'élève.

Il-elle retranscrit l'intégralité de sa démarche dans l'application informatique prévue à cet effet.

Dans tous les cas, sauf opposition manifeste de l'élève, il-elle informe la famille de ses constatations et s'assure des suites données.

L'infirmier-ière, à partir de données sur la santé et la scolarité de l'élève ou de l'étudiant, évalue les besoins en santé, définit des priorités et organise, si besoin est, le suivi de l'état de santé de l'élève ou de l'étudiant.

Il-elle veille à ce que les élèves bénéficient des aides et suivi extérieurs préconisés ou prescrits (orthophonie, psychologie, consultation spécialisée...) et accompagne, si nécessaire, les familles dans cette démarche. Il-elle favorise ainsi l'accès aux soins des élèves, leur permet d'être dans les meilleures conditions d'apprentissage et lutte ainsi contre les inégalités. »

(...) « La protection de l'enfance

En lien avec les équipes éducatives et pédagogiques, l'infirmier-ière participe à la politique de protection de l'enfance et agit pour assurer la protection de l'élève, conformément aux articles L. 226-2-1 et suivants du code de l'action sociale et des familles en conformité avec le code pénal.

Il-elle peut être également dépositaire d'informations et/ou d'observations. Il-elle met alors en œuvre toutes les mesures pour assurer la protection des élèves ; dans ce domaine, le travail en réseau est primordial, notamment avec l'assistant de service social et le médecin.

L'infirmier-ière agit en conformité avec le dispositif départemental mis en place par le président du conseil départemental, permettant de recueillir en permanence les informations relatives aux mineurs en danger et de répondre aux situations d'urgence, selon les modalités définies en liaison avec l'autorité judiciaire et les services de l'État dans le département. Il convient, selon le cas, de se référer aux textes en vigueur. »

Suivi individualisé des élèves

Le médecin de l'éducation nationale réalise des visites médicales afin de mettre en place des actes de prévention nécessaires au suivi des élèves, qui ont pour objectifs principaux :

- le diagnostic médical des difficultés susceptibles d'entraver la scolarité des élèves ;
- l'adaptation de la scolarité aux besoins des élèves avec des aménagements concertés avec l'équipe éducative ;
- le suivi des élèves ayant des besoins spécifiques ;
- le lien entre la famille, l'école et le monde médical ;
- le recueil de données épidémiologiques permettant une meilleure connaissance de la population concernée ;
- l'identification des besoins de santé prioritaires de leur secteur. »

(...) « Devant des situations préoccupantes

Examens à la demande

À la demande de l'équipe éducative, des parents ou de l'élève lui-même, le médecin intervient auprès d'un élève en difficultés, que celles-ci se manifestent à travers les résultats scolaires (chute des résultats, difficultés d'apprentissage) ou des comportements inappropriés (absentéisme, manifestations de violence, repli, isolement, conduites à risques...). Il apporte son expertise, assure le suivi, l'accompagnement et l'orientation de l'élève vers les structures de soins appropriées. Il effectue le lien entre l'élève, la famille, les soignants et l'équipe éducative pour permettre une éventuelle adaptation de la scolarisation. (...)

Participation à la protection de l'enfance

En lien avec les équipes éducatives et pédagogiques, le médecin participe à la politique de protection de l'enfance et agit pour assurer la protection de l'élève, conformément aux articles L. 226-2-1 et suivants du code de l'action sociale et des familles en conformité avec le code pénal et le code de déontologie.

Dans ce cadre, il peut être amené à faire une évaluation médicale de la situation d'un mineur pouvant laisser craindre que sa santé, sa sécurité ou sa moralité sont en danger ou en risque de l'être ou que les conditions de son éducation ou de son développement physique, affectif, intellectuel et social sont gravement compromises ou en risque de l'être (article R. 226-2-2 du code de l'action sociale et des familles).

S'il constate que la santé ou le développement de l'enfant est compromis ou menacé, il en rend compte sans délai aux services départementaux compétents, la cellule de recueil des informations préoccupantes (CRIP) et/ou au procureur, selon les modalités définies sur le territoire conformément aux articles L. 226-2-1 et suivants du code de l'action sociale et des familles en conformité avec le code pénal. »

Circulaire n° 2015-139 du 10-08-2015 : Missions des conseillers principaux d'éducation

« De par leurs missions spécifiques, les CPE apportent une contribution à la connaissance de l'élève et la font partager. Ils travaillent en étroite collaboration avec les enseignants et les autres personnels, notamment sociaux et de santé, en échangeant des informations sur le comportement et l'activité de l'élève, ses résultats, ses conditions de travail, et en recherchant en commun l'origine de difficultés éventuelles pour lui permettre de les surmonter. »

(...) « Dans le cadre de l'action éducative de l'établissement, les CPE travaillent avec les personnels sociaux et de santé, les conseillers d'orientation-psychologues et les partenaires extérieurs pour lutter, notamment, contre les risques psychosociaux (notamment les conduites à risques, les signes d'addiction, les troubles

anxieux, les situations de stress) l'absentéisme et le décrochage scolaire. Au sein de l'équipe éducative, ils contribuent à la meilleure connaissance possible de l'adolescent et de son environnement familial et social. Ils apportent une contribution spécifique à la prise en charge globale des élèves. »

(...) « Les CPE entretiennent un dialogue constructif avec les familles des élèves ou leurs représentants légaux et participent à l'instauration, dans la durée, de la relation entre les intéressés et l'établissement scolaire. Ces actions sont menées en lien avec les équipes pédagogiques et notamment les professeurs principaux.

En lien avec les personnels enseignants et d'orientation, ils aident les familles ou les représentants légaux des élèves à l'élaboration et à l'accompagnement du projet personnel de chaque élève.

Les CPE contribuent à mieux faire connaître le fonctionnement de l'institution scolaire et en explicitent les règles et les attentes aux familles, en portant une attention particulière à celles qui sont les plus éloignées de l'école. »

Circulaire n° 2016-114 du 10-8-2016 : Orientations générales pour les comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté

« La loi n° 2013-595 du 8 juillet 2013 d'orientation et de programmation pour la refondation de l'École de la République dispose qu'« au titre de sa mission d'éducation à la citoyenneté, le service public de l'éducation prépare les élèves à vivre en société et à devenir des citoyens responsables et libres, conscients des principes et des règles qui fondent la démocratie ».

L'École, dans une démarche de coéducation, sans se substituer aux familles, a pour tâche de transmettre aux jeunes les valeurs fondamentales de la République. Pour y parvenir, elle mobilise l'ensemble des acteurs de la communauté éducative à travers la mise en place du parcours d'éducation à la santé, défini par la circulaire n° 2016-008 du 28 janvier 2016, et du parcours citoyen de l'élève défini par la circulaire n° 2016-092 du 20 juin 2016. Ces parcours permettent à l'élève de développer, dans les situations concrètes lors des temps scolaires, périscolaires et extrascolaires, son aptitude à vivre de manière autonome, à participer activement à l'amélioration de la vie commune et à préparer son engagement en tant que citoyen. Inscrits dans la continuité et la progressivité des temps de l'élève, ils lui donnent l'occasion d'acquérir la capacité à juger par lui-même et le sentiment d'appartenance à la société.

À tous les échelons, le comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté (Cesc) est une instance particulièrement adaptée, donc à privilégier, pour définir et impulser les actions à même de faire vivre concrètement ces objectifs de l'École. »

(...) « 4. Au niveau de l'établissement

Les quatre missions du Cesc sont définies à l'article R. 421-47 du code de l'éducation :

- contribuer à l'éducation à la citoyenneté ;
- préparer le plan de prévention de la violence ;
- proposer des actions pour aider les parents en difficulté et lutter contre l'exclusion ;
- définir un programme d'éducation à la santé et à la sexualité et de prévention des comportements à risques. »

(...) « Dans le cas d'un Cesc interdegrés, des représentants d'enseignants du premier degré, des directeurs d'École et d'inspecteurs de l'éducation nationale en charge de la circonscription du premier degré participent au Cesc. »

(...) « Le renforcement du rôle des parents dans l'École est inscrit dans le décret n° 2006-935 du 28 juillet 2006 et réaffirmé par la loi n° 2013-595 du 8 juillet 2013 modifiée d'orientation et de programmation pour

la refondation de l'École de la République.

C'est dans ce cadre, qu'à partir de problématiques identifiées, le Cesc doit être en capacité, sans pour autant traiter de situations individuelles, de proposer aux parents, par exemple en s'appuyant sur l'espace parents, des actions leur permettant d'accompagner la scolarité de leurs enfants. Ces actions s'inscrivent nécessairement dans une démarche partenariale, travaillées avec les fédérations de parents d'élèves et s'appuient, en tant que de besoin, sur les différents dispositifs existants, notamment dans le cadre de la politique de la ville ou des réseaux d'écoute, d'appui et d'accompagnement des parents (REAAP).

Une attention particulière est portée aux élèves en situation de grande pauvreté en s'appuyant sur les analyses et recommandations du rapport Grande pauvreté et réussite scolaire de l'inspection générale de l'éducation nationale de mai 2015. Il est essentiel de mobiliser tous les acteurs sur le renforcement de la solidarité, sur l'enjeu de l'inclusion et sur la lutte contre les mécanismes de ségrégation sociale comme territoriale afin de relever le défi de la réussite de tous les élèves.

Pour cela, il est souhaitable d'engager des réflexions et actions pour améliorer la connaissance concrète des conditions de vie défavorisées, encourager le développement d'actions en faveur d'une alimentation suffisante et équilibrée, ou pour tenir compte des conditions de vie des familles pour définir le travail personnel attendu des élèves.

Lorsque l'établissement se situe dans le champ de l'éducation prioritaire, ces actions s'articulent nécessairement avec le programme de réussite éducative déployé dans le réseau d'éducation prioritaire (Rep/Rep+). »

3.3 La prévention dans les rapports et autres supports de référence en protection de l'enfance entretient l'ambivalence entre prévention universelle et prévention ciblée

Les rapports institutionnels ou de personnalités qualifiées dans le domaine de l'enfance ont une acception variée de la prévention, qui ne permet pas de pallier l'absence de référentiel.

3.3.1 Rapport de Madame Gouttenoire sur les besoins fondamentaux (2014)

Le rapport du groupe de travail présidé par Mme Gouttenoire : « *Protection de l'enfance et adoption, 40 propositions pour adapter la protection de l'enfance et l'adoption aux réalités d'aujourd'hui* » (février 2014) reprend à son compte la classification de l'OMS. Il indique, s'agissant de la prévention du syndrome de l'enfant secoué, que :

« Trois niveaux de prévention pourraient être envisagés :

- *la prévention primaire : limiter l'incidence par une action sur l'ensemble de la population ;*
- *la prévention secondaire : limiter l'incidence par une action sur une population cible présentant des risques majorés ;*
- *la prévention tertiaire : limiter les conséquences et éviter les récurrences dans la population déjà atteinte par ce risque. » .*

La principale action de prévention prévue par le rapport à l'appui de cette classification porte sur une campagne nationale d'information auprès des personnes susceptibles de garder un nourrisson (soit la quasi-totalité de la population), sur la dangerosité des secousses, cette information « *devant*

pouvoir être un frein au passage à l'acte » et la conscience du caractère maltraitant de cet acte devant être « *utilisée avant l'acte comme cible principale de la prévention* ».

La prévention prend donc ici principalement la forme d'une information/sensibilisation (prévenir au sens proverbial d'informer et surtout alerter quelqu'un : « *un homme averti...* »).

3.3.2 Rapport du Sénat « Meunier-Dini » sur la protection de l'enfance (2014)

Le rapport du Sénat « Meunier-Dini, 2014 » sur la protection de l'enfance contient un chapitre développé sur la prévention. Il rappelle en introduction que « *La loi de 2007 a entendu **faire de la prévention l'un des axes forts de la protection de l'enfance**. L'objectif recherché est d'éviter le développement des situations à risque, ou tout du moins, de limiter l'aggravation de ces situations* ». Il indique ensuite que « *quatre dispositifs de prévention primaire intervenant en direction des parents et des enfants à des moments jugés clefs de leur évolution* » ont été mis en place (l'entretien du quatrième mois de grossesse, l'action médico-sociale post natale réalisée à la demande des parents ou avec leur accord à la maternité ou à domicile, le bilan de santé assuré par la PMI pour les enfants de 3 à 4 ans et les bilans de santé réalisés dans le cadre de la scolarité au cours des sixième, neuvième, douzième et quinzième année). Mais, outre que la deuxième mesure relève de la prévention secondaire (accompagnement des parents en difficulté), le rapport rappelle que, par le biais de ces visites, « *les **professionnels de la PMI et de la santé scolaire sont ainsi appelés à identifier le plus tôt possible (...)** les signes de souffrance physique et/ou psychique qui peuvent apparaître chez les enfants nécessitant une mesure de protection et, dès lors, à contribuer à la mise en place d'une prise en charge adaptée* ». La prévention est donc prioritairement mise au service du repérage et de la prise en charge avant d'être un moyen d'évitement, ce qui, une fois encore, la place dans un registre de prévention secondaire ou ciblé.

Cette constante ambiguïté sur ce qui relève de la prévention primaire conduit les rapporteuses à souligner que « *Malgré l'importance capitale que lui a conféré la loi, **l'approfondissement du volet « prévention » de la protection de l'enfance n'a pu véritablement être suivi d'effet en pratique, faute de moyens et d'une véritable vision partagée de ce que doit être l'accompagnement à la parentalité*** ».

Mais plus fondamentalement, le rapport met l'accent sur le fait que les missions de la PMI se sont considérablement élargies au cours des dernières décennies alors que leurs moyens se sont au contraire réduits si bien que, de fait, « *La mission de prévention de la PMI, alors même qu'elle était entendue comme un axe phare de la loi de 2007, est passée au second plan* ». Ceci conduit le rapport à appuyer une recommandation antérieure de la Cour des comptes, visant à « *mobiliser les services départementaux de PMI autour d'objectifs précis fixés par l'État, tenant compte des caractéristiques de chaque territoire* ».

3.3.3 Rapport DGCS sur le champ non sanitaire de la PMI (2016)

Selon ce rapport, l'action de prévention des PMI « *met en œuvre un principe d'universalisme proportionné garantissant un accès de tous, tout en portant une attention particulière aux personnes en situation de vulnérabilité* ». Elle est qualifiée de « *prévention prévenante* ⁵⁸», la prévenance consistant à être attentif aux singularités individuelles, sans schémas prédictifs. Ainsi, la PMI met en œuvre des **mesures de prévention** d'ordre médical, psychologique et social en faveur des futurs parents et des enfants de 0 à 6 ans d'une part, et des actions d'accompagnement psychologique et social des femmes enceintes, des jeunes mères, particulièrement celles qui sont les plus démunies d'autre part. Par ailleurs, son action est « *positionnée sur l'ensemble des milieux de vie de l'enfant, dans le cadre de sa mission de prévention générale de la PMI : cadre familial, lieux de socialisation, modes d'accueil, école maternelle* ».

Le rapport met l'accent sur la dimension préventive en rappelant que « *Au-delà des conseils prodigués par les professionnels de la PMI sur les soins à apporter à l'enfant, ses besoins, sa sécurité, se met en place un véritable travail d'accompagnement de la relation père-mère-enfant et du développement du bébé. Ce travail de prévention très précoce, délicat, réalisé par la PMI est mal connu. Il peut être menacé lorsque les liens entre le prénatal, le séjour à la maternité et le post-natal immédiat (programme d'accompagnement au retour à domicile -PRADO-) ne sont pas suffisants. Il peut être également mis à mal, si les familles et les professionnels médicaux ne voient la PMI qu'à travers le prisme du repérage de la maltraitance.* ». Conscient de la nécessité de valoriser les effets préventifs des actions telles que les visites à domicile, le rapport préconise d'identifier dans les statistiques annuelles « **ce qui relève de la prévention précoce et du soutien à la fonction parentale dans les statistiques d'activité des professionnels de PMI et recenser les actions y concourant** ».

Au final, toutefois, le rapport indique que « *le développement de la prévention recherché par la loi de 2007 reste limité et les professionnels de PMI se sentent globalement fragilisés dans l'exercice des missions de prévention* ». Les équipes sont décrites comme devant en pratique traiter en priorité les informations préoccupantes, avec pour conséquence un surcroît de travail et une **confusion des rôles entre prévention et évaluation sociale** les mettant en difficulté lorsqu'elles sont sollicitées pour effectuer des évaluations auprès des mêmes familles qu'elles suivent par ailleurs dans une relation de soutien. Le rapport conclut à la nécessité de séparer les fonctions d'évaluation des missions de prévention, de soin ou d'accompagnement social ou éducatif.

⁵⁸ Cette notion de prévention prévenante apparaît dans la circulaire ministérielle du 7 février 2012 lorsqu'elle définit les actions de soutien à la parentalité : « *elles ont pour spécificité de placer la reconnaissance des compétences parentales comme fondement du bien-être et l'éducation de l'enfant et (...) elles privilégient **une prévention « prévenante** » attentive aux singularités individuelles, sans schéma prédictif, évaluatif ou normatif. Elles utilisent comme levier la mobilisation des parents qui ne sont pas seulement des bénéficiaires de l'action mais qui en sont les acteurs* »

3.3.4 Rapport du haut conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge (HCFEA) sur la mise en œuvre de la convention internationale des droits de l'enfant (février 2018)

La défenseure des enfants souligne la nécessité d'une stratégie nationale de santé dédiée aux enfants avec, notamment, **une priorité à la prévention** :

- « *Le renforcement de la prévention fait l'objet du titre premier de la loi de modernisation de notre système de santé, et devrait être l'une des priorités de la prochaine stratégie nationale de santé. Le HCSP a pour sa part recommandé d'adopter une « approche vie entière » (...) qui conçoive la stratégie de prévention de manière à réduire les inégalités de santé, selon le « concept d'universalisme proportionné ».*

Mais le rapport soulève les difficultés qu'il y aura lieu de lever pour mettre les pratiques en conformité avec les objectifs fixés car :

- « ***Force est de constater que la dimension préventive de la politique de santé a toujours été insuffisamment développée dans notre pays, mal coordonnée et financée. Elle fait de surcroît l'objet de peu d'évaluations.*** Entre les discours, les orientations législatives et la réalité de terrain, on constate un réel décalage, les acteurs ayant du mal à s'impliquer autant que nécessaire dans des actions préventives, faute de moyens et au regard de la multiplicité des tâches et des urgences à gérer ».

Le rapport souligne en particulier la situation inquiétante dans laquelle se trouve la PMI dans de nombreux départements en raison des contraintes budgétaires et des manques d'effectifs :

- « *Certains services de PMI sont dès lors contraints de réduire le périmètre de leur action, et de devoir faire des priorités en **abandonnant des pans entiers des actions de prévention primaire**, par exemple les bilans de santé en école maternelle, ou en limitant le suivi aux enfants de moins de deux ans (...) Les actions de prévention, d'accompagnement à la parentalité, de promotion de la santé, finissent par ne plus être assurées correctement.* »

3.3.5 Feuille de route du CNPE pour 2017

Dans une feuille de route intitulée « *prévention et repérage précoce* », le CNPE part d'emblée du constat que « *La prévention et ses effets sont méconnus alors même que la prévention a été renforcée par la loi du 14 mars 2016⁵⁹. **L'identification des actions de prévention et leur articulation avec les dispositifs de protection de l'enfance et de soutien à la parentalité sont parfois difficiles à repérer et peu évaluées*** ».

Le CNPE considère que les enjeux stratégiques sont « *de prévenir au plus tôt les situations de risque de danger ou de danger en repérant les facteurs de vulnérabilité des enfants et de leurs familles et de faire évoluer les pratiques préventives face aux nouveaux enjeux de société. **Il s'agit également de rendre plus lisibles la prévention et ses effets*** ». Il se situe donc dans une approche ciblée ou secondaire de la prévention, concentrant ses efforts sur les publics en difficulté ou vulnérables. Il appelle en outre à une clarification du concept de prévention, ce qui se traduit dans sa feuille de route par le souhait de « **proposer un socle commun de références dans le domaine de la prévention en protection de l'enfance** ».

⁵⁹ Article L. 112-3 du CASF dans sa rédaction issue de la loi de 2016 : la protection de l'enfance « comprend des actions de prévention en faveur de l'enfant et de ses parents ».

3.3.6 Stratégie nationale de santé (SNS)

La nouvelle SNS pour 2018-2022 fait de la prévention sa première priorité : « *Mettre en place une politique de promotion de la santé, incluant la prévention dans tous les milieux, tout au long de la vie* ». L'ensemble des actions prévues à ce titre ont vocation à s'appliquer aussi aux enfants. S'agissant toutefois des priorités spécifiques à la politique de santé de l'enfant, de l'adolescent et du jeune, la SNS prévoit en particulier de :

- accompagner les parents dès la période prénatale dans la réduction des risques pour la santé des enfants ;
- développer dès le plus jeune âge l'éducation pour la santé et les compétences psychosociales ;
- prévenir les violences et les maltraitements sur les enfants.

Ces axes sont déclinés en actions dont certaines relèvent d'une approche développementale, d'autres d'une approche corrective ou réparatrice. La volonté de promouvoir tout à la fois une politique de promotion de la santé (prévention primaire ou universelle selon la classification retenue) et des actions de prévention axées sur des difficultés spécifiques (prévention secondaire ou ciblée selon la classification retenue) pourrait une fois de plus contribuer à brouiller les cartes et entretenir le flou sur la prévention. Cela rend d'autant plus nécessaire de préciser le cadre de ce qui relève de la prévention et des lieux et modalités les plus appropriés pour en connaître.

3.4 La doctrine institutionnelle ne permet pas non plus de clarifier l'approche de la prévention qu'il convient de privilégier

3.4.1 La prévention dans la loi de 2007 vue par l'ONED (2007)

L'ONED a fait paraître en 2007 un document résumant « *les 7 enjeux de la loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance* ». Il rappelle en premier lieu que la philosophie du dispositif français est inchangée. Le second paragraphe, consacré au deuxième enjeu, porte sur la « *volonté de développer la prévention* ». A ce titre, il ne cite que les dispositions relatives à la PMI.

A l'instar de nombreux documents commentant cette loi, l'ensemble des missions dévolues à la PMI sont présentées comme relevant, sans distinction, de la prévention primaire. Cependant, la mise en place de l'entretien systématique au quatrième mois de grossesse est décrite comme ayant « *vocation, au regard du suivi très médicalisé des grossesses, à permettre un suivi social et le repérage d'éventuelles difficultés pouvant perturber l'établissement du lien entre parents et enfant* ». De même sont citées les actions de suivi à domicile post natales qui, par définition, sont destinées à des parents confrontés à des difficultés. Enfin, les rendez-vous médicaux des neuvième, douzième et quinzième années sont décrites comme visant à « *détecter le plus précocement possible les souffrances psychiques ou des comportements à risque pour mettre en place des prises en charge adaptées* ».

La lecture du paragraphe fait apparaître une assimilation du caractère systématique et universel de ces visites médicales à la prévention primaire alors que les deux notions ne se recouvrent que partiellement.

3.4.2 La prévention dans la loi du 14 mars 2016 vue par l'ONPE (2016)

L'ONPE a fait paraître en mars 2016 une note d'actualité consacrée à la loi du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfance. Selon l'observatoire, aux termes de cette loi « *Le périmètre de la protection de l'enfance est également précisé et clarifié par l'article 1^{er}. Il distingue ce que nous pourrions appeler quatre seuils d'intervention : les « actions de préventions en faveur de l'enfant et de ses parents », « l'organisation du repérage et du traitement des situations de danger ou de risque pour l'enfant », les « décisions administratives » et enfin celles « judiciaires » prises « pour sa protection ».*

L'ONPE propose donc une approche séquentielle dans laquelle les mesures d'accompagnement administratives ne sont pas des mesures de prévention, ces dernières étant *a priori* situées dans le temps en amont du repérage et du traitement, au travers d'actions en faveur des enfants et des parents. Toute référence à des difficultés semble ici écartée, la prévention étant apparemment entendue au sens de prévention primaire.

3.4.3 Guide de prévention de l'ONPE (2012)

L'ONPE a fait paraître en 2012 un guide sur la « Prévention en faveur de l'enfant et de l'adolescent ». Celui-ci entend se situer **en amont des dispositifs de protection, « depuis la prévention primaire jusqu'à la lisière des actions préventives à domicile de l'ASE »**. S'appuyant sur la loi de 2007, il aborde successivement trois axes d'actions :

- la prévention périnatale ;
- la prévention des difficultés éducatives parentales ;
- la prévention en direction des enfants et adolescents.

Ce guide décrit les actions de prévention apportées par la loi de 2007 mais ne définit pas la prévention. Il rappelle ainsi que la loi « **donne une base légale à des actions de prévention primaire, qui s'adressent à toute une population, partant du principe que des risques de mise en danger de l'enfant peuvent apparaître quel que soit le contexte social, culturel ou familial** ». L'usage de la locution *prévention primaire* fait l'objet d'une simple note de bas de page qui la définit de manière très succincte : « *Le terme de prévention primaire est habituellement employé dans le champ sanitaire. Elle a pour objectif d'empêcher la survenue d'un événement défavorable et de ses causes lorsqu'elles sont connues* ». Cette définition n'est pas accompagnée d'une réflexion sur sa signification, les nécessaires adaptations et implications de ses possibles déclinaisons dans le champ particulier de l'enfance. Elle est en outre déconnectée de toute référence à la prévention secondaire et tertiaire dans ce même champ, ce qui autorise et conduit à qualifier, à notre sens hâtivement, de très nombreuses actions d'actions de prévention primaire.

Le guide semble osciller en permanence entre une vision et une vocation universelles de la protection de l'enfance et une réalité administrative centrée prioritairement sur les enfants en difficulté. Ainsi, un paragraphe de l'introduction intitulé « *Des principes de base pour agir dans un objectif commun : la protection de l'enfant* » (vision universaliste laissant présager une approche primaire), débute par l'affirmation selon laquelle : « *Que ce soit au titre d'un dépistage, d'un suivi, ou d'un accompagnement, il est essentiel que parents et enfant puissent identifier et saisir le rôle du professionnel qui intervient* » (vision institutionnelle axée sur les dispositifs en direction des personnes en difficulté : dépistage, suivi, accompagnement).

La suite du guide met en fait en évidence une répartition de la prévention entre deux types d'action :

- **Les actions d'information et de sensibilisation.** Celles-ci sont destinées à tous et rejoignent l'approche universaliste de la prévention, entendue dans l'acception étymologique de verbe *prévenir* au sens *informer, donner des conseils* (prévenir quelqu'un...). Ces actions peuvent être assimilées à de la prévention primaire dans la mesure où « *les bonnes informations au bon moment* » sont de nature à éviter l'apparition de certains risques, par exemple au moment de la naissance de l'enfant (cf. tableaux *infra*). Elles ne sauraient toutefois, loin s'en faut, couvrir le spectre beaucoup plus large de la prévention primaire au sens de l'OMS.
- **Les actions d'accompagnement.** Celles-ci sont destinées aux enfants et parents rencontrant des difficultés avérées ou prévisibles. Ces actions relèvent par nature de la prévention secondaire ou tertiaire (Cf. tableaux *infra*).

Au final toutefois, en ne citant jamais explicitement la prévention secondaire et tertiaire et en se référant en revanche régulièrement à la prévention primaire, le guide laisse entière la question de savoir ce qui relève de l'une et de l'autre et ne permet ni discrimination ni hiérarchisation des actions. N'évoquant par ailleurs pas du tout les mesures, actions éducatives ou placement administratif ou judiciaire, en milieu ouvert ou fermé (AEMO...), le départ entre prévention et protection semble se jouer à la jonction des mesures de protection stricto sensu et les mesures de prévention. Faut-il conclure de cet ensemble que les premières sont assimilées à de la prévention secondaire et tertiaire, tandis que toutes les actions d'accompagnement situées en amont, seraient de la prévention primaire, ce qui ne semble pas conforme à l'esprit de la typologie de l'OMS ?

Tableau 3 : Typologie de la prévention périnatale telle qu'elle résulte du guide ONPE

La prévention périnatale		
La grossesse	La naissance	Le retour de maternité
<p>Finalité préventive : « <i>Avoir accès aux informations utiles, au bon moment, suffit bien souvent à répondre à la plupart des interrogations qu'ils (les parents) se posent</i> » (prévenir = informer).</p> <p>En cas de difficultés des futurs mères et pères, un accompagnement pendant la grossesse (prévenir = accompagner).</p>	<p>Finalité préventive : Faire passer les messages essentiels, répondre aux questions des parents (prévenir = informer).</p> <p>En cas de repérage de difficultés, le pédiatre, et/ou la sage-femme, peut mettre en place une HAD ou prévenir le service de PMI, notamment lors de la visite à la maternité (prévenir = accompagner).</p>	<p>Finalité préventive : Répondre à l'ensemble des questions qui surviennent dans les premiers jours (prévenir = informer).</p> <p>En cas de difficultés, accompagnement adapté, dès les premiers jours qui suivent le retour de la maternité (mère isolée, dépression post partum sévère...) (prévenir = accompagner).</p>
<p>Nature de l'action : Entretien du 4^{ème} mois de grossesse. Accompagnement à domicile par PMI (par sage-femme s'il s'agit de renforcer la surveillance médicale et assurer un suivi social pendant la grossesse ; par puéricultrice pour préparer la venue de l'enfant à naître lorsque la femme enceinte</p>	<p>Nature de l'action : Deux consultations obligatoires du nouveau-né (à la naissance et à la sortie de maternité ou le huitième jour).</p>	<p>Nature de l'action : Visites à domicile. Actions collectives (lieux d'accueil...).</p>

<p>fait part de ses difficultés, et notamment ses doutes sur ses capacités à s'occuper de son futur bébé) Actions de prévention - médico-sociale. Préparation à la naissance et la parentalité. Staffs de parentalité...</p>		
--	--	--

Tableau 4 : Typologie de la prévention des difficultés éducatives telle qu'elle résulte du guide ONPE

La prévention des difficultés éducatives parentales et l'accompagnement des familles	
Accompagner les parents dans l'exercice des responsabilités parentales	Accompagner parents et enfants dans les situations de crise ou de conflit
<p>Finalité préventive : Au regard des difficultés qu'ils rencontrent, les parents doivent pouvoir : Accéder à des informations (prévenir = informer) ; Bénéficier d'un soutien pour assurer leur rôle et leurs responsabilités parentales. Les actions d'accompagnement proposées sont communément désignées sous le terme de « soutien à la parentalité » (prévenir = accompagner).</p>	<p>Finalité préventive : Eviter la rupture des liens entre parents et enfant, proposer une aide aux parents, mais aussi à l'adolescent, avec pour finalité de renouer des relations plus apaisées (prévenir = accompagner).</p>
<p>Nature de l'action : Information, conseil, orientation. Accompagnement soutenu. Action individuelle (à domicile ou parrainage de proximité...) Action collective (REAAP, lieux d'accueil, groupes de parole...).</p>	<p>Nature de l'action : Médiation familiale: en situation de conflit conjugal. Espace de rencontre : droit de visite déporté.</p>

Tableau 5 : Typologie de la prévention médico-sociale telle qu'elle résulte du guide ONPE

Prévention médico-sociale en direction des enfants	
La prévention en direction des enfants	La prévention médico-sociale en direction des adolescents
<p>Finalité préventive :</p> <p>Répondre aux diverses questions des parents qui ne sont pas seulement d'ordre médical. Le pédiatre, le médecin de PMI, le médecin de l'Éducation Nationale ou le généraliste s'inscrivent dans une politique de prévention soucieuse du développement de l'enfant : dépistage, conseils préventifs, conseils d'éducation à la santé (prévenir = informer).</p> <p>Dépistage des troubles d'ordre physique, psychologique, sensoriel et de l'apprentissage. Orienter, le cas échéant, l'enfant vers les professionnels de santé et les structures spécialisées. (prévenir = repérer et accompagner).</p>	<p>Finalité préventive :</p> <p>Favoriser l'émergence d'un dialogue avec les adultes et faciliter la parole de l'adolescent (prévenir = accompagner).</p> <p>Favoriser l'information, en collaboration avec les enseignants, les infirmiers et les partenaires concernés sur la sexualité, les conduites addictives, la violence, la prévention du surpoids et de l'obésité, la maltraitance, la parentalité, etc. (prévenir = informer).</p> <p>Repérer les situations de danger et s'assurer de leur prise en charge (prévenir = repérer).</p> <p>Accompagner les adolescents en risque de rupture avec leur famille, l'école, la société (prévenir = accompagner).</p>
<p>Nature de l'action :</p> <p>Bilan de santé à 3-4 ans par PMI.</p> <p>Médecine scolaire.</p> <p>Concours des services sociaux des départements dans des écoles maternelles et élémentaires.</p>	<p>Nature de l'action :</p> <p>Actions de prévention au collège et au lycée.</p> <p>Hors école, lieux d'écoute pour adolescents (PAE), centres de planification familiale, maison des adolescents...).</p> <p>Accueil de 72 heures.</p> <p>Accueil de jour.</p> <p>Dispositifs de réussite éducative...</p> <p>Prévention spécialisée.</p>

En conclusion, tant les dispositions légales que les textes de référence qui pourraient permettre leur interprétation questionnent le modèle de prévention que les acteurs de la protection de l'enfance entendent défendre et privilégier. Ces questionnements resteraient théoriques s'ils n'avaient pas une incidence sur la définition des priorités, l'organisation de l'offre de service départementale et la structuration des équipes intervenantes formalisées notamment dans les schémas départementaux de protection de l'enfance (cf. annexe 4 et § 1.4 du rapport).

ANNEXE 4 :

LA PREVENTION DANS LES SCHEMAS DEPARTEMENTAUX DE PROTECTION DE L'ENFANCE ET DANS LES REPONSES AU QUESTIONNAIRE ADRESSE AUX DEPARTEMENTS

Le schéma départemental de protection de l'enfance, bien que non explicitement désigné sous ce terme dans le code de l'action sociale et des familles⁶⁰ (CASF), est un document prévu par l'article L. 312-5 de ce même code, établi par le président du conseil départemental. Feuille de route pluriannuelle, il comprend généralement un diagnostic, une analyse des besoins dans le département et un plan d'action programmatique articulé autour d'axes prioritaires assortis de fiches-action.

La mission a examiné la manière dont la prévention était abordée dans ces schémas⁶¹. Cet examen a porté sur les documents auxquels elle a eu accès sur les sites internet des conseils départementaux, soit plus de 70.

A la date de l'examen (septembre 2018), certains schémas arrivaient ou étaient déjà arrivés à échéance, sans nécessairement avoir été relayés par un nouveau plan ; certains venaient d'être adoptés tandis que d'autres enfin étaient en cours d'élaboration. L'échantillon examiné couvre ainsi plusieurs générations de plans et n'est donc pas homogène mais permet de mettre en évidence la manière donc la prévention prend visiblement une place de plus en plus importante dans la stratégie des départements⁶². Elle montre aussi des acceptions très variables de la notion de prévention et une maturation progressive de la compréhension du concept dans les documents les plus récents.

⁶⁰ L'article L. 312-5 du CASF prévoit quatre types de « schémas d'organisation sociale et médico-sociale » : des schémas nationaux établis, par des ministres chargés des personnes âgées et des personnes handicapées, des schémas régionaux établis par le préfet de région, des schémas régionaux établis par le directeur général de l'agence régionale de santé (ARS) et des schémas départementaux établis par le président du conseil départemental pour les établissements relevant de la protection de l'enfance. Le schéma départemental de protection de l'enfance est donc le volet « enfance » du schéma d'« organisation sociale et médico-sociale ».

⁶¹ L'ONED a produit en 2015 un rapport au gouvernement et au parlement sur les schémas départementaux après avoir procédé à leur analyse détaillée. Six thèmes représentant plus de 100 items ont été étudiés. La prévention, bien qu'abordée par le rapport, n'en faisait pas partie (*Les schémas départementaux de la protection de l'enfance : état des lieux, enjeux et perspectives*).

⁶² Selon le rapport annuel 2017 de l'ONPE, en 2016, 12 départements ont renouvelé leur schéma : Alpes-de-Haute-Provence (schéma 2016-2020), Alpes-Maritimes (schéma 2016-2020), Bouches-du-Rhône (schéma 2016-2020), Charente (schéma 2016-2020), Côte-d'Or (schéma 2016- 2018), Creuse (schéma 2016-2020), Eure (schéma 2016-2020), Landes (schéma 2016-2022), Maine-et-Loire (schéma 2016-2020), Meuse (schéma 2016-2020), Seine-Maritime (schéma 2016-2021), Vendée (schéma 2016-2021). À la mi-décembre 2017, 9 départements ont renouvelé leur schéma : Hautes-Alpes (schéma 2017-2021), Finistère (schéma 2017-2022), Hérault (schéma 2017-2021), Loire (schéma 2017-2021), Loire-Atlantique (schéma 2017-2021), Loiret (schéma 2017-2021), Manche (schéma 2017-2021), Territoire de Belfort (schéma 2017-2021), Essonne (schéma 2017-2021).

Enfin, l'examen des schémas a porté respectivement sur : (*inutile d'aller à la ligne*) leur intitulé, leur préambule, leurs orientations stratégiques puis leurs traductions opérationnelles en fiches action.

Au-delà de la sémantique utilisée, révélatrice du niveau d'appropriation et d'appétence des départements à l'égard de la prévention, cet examen permet de percevoir l'écart entre leurs ambitions politiques en matière de prévention d'une part, la nature et la part de l'activité effectivement dévolues à des actions préventives d'autre part.

4 LE CAP SUR LA PREVENTION EST REPERABLE DES L'INTITULE DES SCHEMAS

La prise en compte croissante de la prévention se traduit en premier lieu dans les intitulés des schémas. Faute d'une désignation réglementaire précise, les documents reçoivent des appellations voisines mais néanmoins très variables d'un département à l'autre. Toutefois, de plus en plus de « schémas de protection » ont laissé la place à des « schémas de prévention et de protection ».

La dénomination est parfois neutre, se contentant d'accoler le mot prévention à celui de protection :

- « Schéma départemental de **prévention et de protection** de l'enfance 2014-2018 du Cantal »
- « Schéma de **Prévention et de Protection** de l'Enfance 2016-2020 de Charente »
- « Schéma départemental de **prévention et de protection** de l'enfance 2013-2017 de Charente Maritime »
- « Schéma départemental de **prévention et de protection** de l'enfance de Gironde 2012- 2016 »
- « Schéma landais de **prévention et de protection** de l'enfance 2016 2022 »
- Etc.

Mais l'intitulé est parfois dynamique et entend marquer un continuum ou un changement d'orientation :

- « Schéma départemental enfance-famille 2015-2020 de l'Ain : de la **prévention à la protection** »

L'intitulé peut aussi s'inscrire dans une approche résolument développementale et une logique promotionnelle de la santé, allant jusqu'à faire disparaître le mot protection :

- « Schéma départemental enfance, adolescence, famille 2014-2019 du Cher : **Grandir et s'épanouir** dans sa famille »
- « schéma départemental **en faveur de l'enfance** de Corrèze pour la période 2017-2021 »
- « schéma **Enfance Famille Prévention Santé** 2018 – 2022 des Pyrénées atlantiques »
- « Schéma départemental de l'enfance et des familles de l'Essonne : **Pour l'avenir de ses enfants** 2017-2021 ».

Ces intitulés ne préjugent évidemment pas des contenus mais sont néanmoins révélateurs d'une vision.

1 LE CAP SUR LA PREVENTION EST EXPLICITE DANS LES PREAMBULES ET LES DIAGNOSTICS

Plus riches d'enseignements sont les préambules ou éditoriaux des schémas, généralement signés par le président du conseil départemental. Il en va de même des constats et diagnostics des besoins du territoire. Un nombre important de préambules précisant les orientations politiques affichent clairement la nécessité et la volonté de mettre le cap sur la prévention, permettant de présumer que tel n'était pas le cas avant :

- « *Les professionnels ont pu exprimer ce qu'ils leur semblaient prioritaires dans le cadre d'un schéma unique qui, sans négliger la protection de l'enfance, place la prévention comme objectif principal du schéma famille 2015-2020.* »
- « *La deuxième orientation est novatrice en ce qu'elle amène le Conseil général (...) à intervenir davantage dans une logique de prévention afin d'éviter aussi bien les ruptures de parcours que l'entrée même d'une personne dans un dispositif de prise en charge médico-social.* »
- « *Tout doit être mis en œuvre pour que chacun bénéficie d'un accompagnement lui assurant les conditions de son épanouissement personnel et, à terme, de son insertion socio-professionnelle. Tout doit être mis en œuvre également pour améliorer sans cesse les dispositifs de prévention* »
- « *Le 4e schéma met l'accent sur le rôle essentiel de la prévention et souligne l'importance d'aider les parents, de les soutenir, quand cela est nécessaire, pour comprendre les difficultés de (ou avec) leur enfant, pour l'accompagner et l'aider à s'épanouir* »
- « *Le Département (...) s'est fixé comme priorité le renforcement de la place de la prévention, afin de sensibiliser les familles et les enfants le plus en amont possible* »
- « *(...) D'abord, concernant l'équilibre général des actions menées, le Département renforce la part de la prévention, en affirmant que la précocité des interventions et des repérages doit permettre de limiter l'ampleur et les conséquences des difficultés rencontrées et ainsi limiter les situations qui induiront des mesures plus lourdes ; L'objectif ambitieux est de faire évoluer la politique enfance famille pour passer du prisme de protection subie à celui de prévention active* »
- « *La prévention demeure un axe fort et structurant des interventions à venir du Département* »
- « *La prévention n'est pas un vain mot, c'est la meilleure alliée de notre politique sociale. Nous intervenons ainsi dès les premiers moments de la vie de l'enfant : pour nous la Protection maternelle et infantile est une priorité* »
- « *Le département souhaite orienter son action vers la prévention en renforçant notamment le soutien à la parentalité.* »
- « *Essence de ce schéma, la prévention constitue l'axe directeur de la politique que mènera le Conseil général les 5 prochaines années. Elle se situe à la fois en amont des dysfonctionnements de la relation parents-enfants et tout au long de la prise en charge des enfants et de leur famille.* »

Un département s'émancipe même de l'approche par les risques et dépasse donc le seul cap de la prévention en se référant à la notion émergente *d'investissement social*. Couvrant la période 2017-2021, ce schéma récent semble incarner une nouvelle génération, celle de « *schémas uniques* » rassemblant et mettant en synergie l'ensemble des politiques de solidarité conduites par le département. Une dynamique d'écosystème favorable semble alors vouloir prendre le pas sur les dispositifs cloisonnés par publics et problématiques :

- « *Ce schéma est résolument porteur d'une **politique d'anticipation et d'investissement social**. C'est ainsi qu'il s'articule avec les autres politiques publiques portées par le Département (jeunesse, sport, culture, éducation, ...) et est innervé par 3 grands vecteurs : - 1. le pouvoir d'agir des Manchois, - 2. le renforcement de la prévention pour soutenir le pouvoir d'agir et anticiper les éventuels accidents de la vie en coordonnant mieux les parcours de vie et en aidant les acteurs locaux à mieux coopérer entre eux et avec le Département et les autres acteurs favorables à cette dynamique, - 3. la valorisation des Territoires de proximités* ».

Pour autant, sans entamer le volontarisme des départements, l'urgence du quotidien et la croissance des « situations problème », l'émergence de problématiques nouvelles ainsi que les contraintes budgétaires, sont parfois pointées comme un frein objectif à l'investissement de long terme souhaité dans la prévention :

- « *L'action médico-sociale est encore trop fréquemment dans une fonction réparatrice, malgré une ambition affichée de développer la prévention. Comme trop souvent, **cette fonction de prévention est considérée sous un angle budgétaire**, la faisant apparaître comme une charge, rendant la dimension curative moins sujette à discussion car plus appréhendée sous l'angle de l'obligation et de l'impondérable. Le Département entend au contraire affirmer que **la prévention est un investissement** de nature à permettre une meilleure mobilisation de l'action publique (...) »*
- « ***la prévention demeure un enjeu fort dans notre Département, mais force est de constater que d'autres problématiques se posent depuis ces dernières années**, comme notamment la multiplication des prises en charge complexes des mineurs atteints de troubles importants du comportement, l'augmentation constante du nombre de placements (tant en famille d'accueil qu'en établissement) et de droits de visite médiatisée. La question toujours plus prégnante de la prise en charge des mineurs non accompagnés fait également l'objet de toute notre attention, tant lors de leur arrivée sur le territoire que dans l'accueil à plus long terme* »
- « *L'action menée doit permettre, outre de satisfaire les obligations du Département quant à l'accueil des enfants confiés, de dégager, par une adaptation précise de l'accompagnement, des **marges d'interventions indispensables dans le domaine de la prévention*** »
- « *Au-delà des considérations financières, force est de constater que les limites sont ailleurs. **Sans doute les changements attendus, en faveur d'une prévention médico-sociale précoce, étaient-ils grands**. Sans doute également ces changements ne pouvaient-ils résulter de la simple désignation dans la loi du Président du Conseil général comme chef de file de la Protection de l'Enfance. En effet, **la prévention relève d'un champ plus vaste et touche tous les secteurs de la société**. Certes, un accompagnement très précoce des parents, ainsi que la loi le prévoyait en confiant cette mission au service de PMI, est-il sans doute très utile mais insuffisant devant l'accroissement des familles en grandes difficultés sociales, psychologiques, isolées dans leur environnement familial, de quartier, sans points de repère éducatifs* ».

Certains préambules mettent en garde contre les amalgames, les confusions et les illusions de la prévention, paraissant même quelque peu désabusés :

- « La prévention, c'est accompagner, faire avec, mettre le parent en position d'acteur responsable. Mais sa définition classique est réinterrogée en permanence, par la réintroduction de notions de contrôle social et de contrainte. La prévention globale crée l'amalgame avec la prévention de la délinquance (...). **Les politiques de prévention ont l'illusion de transformer tous les acteurs en travailleurs sociaux. Avant de développer des offres nouvelles, il vaut mieux optimiser l'existant, car les départements disposent d'une énorme richesse en termes de prévention** ». (...) « Aujourd'hui, la prévention n'est pas toujours dans nos pratiques professionnelles. Lorsque les difficultés auront été repérées, il faudra donner le choix aux parents de la prise en charge la plus adéquate à leurs situations et à leurs souhaits. Ceci illustre le principe que la prévention constitue un service mis à la disposition des usagers, et dont ils se saisissent ou pas ».

Tandis que certains prennent la mesure du caractère protéiforme et par conséquent potentiellement confus d'une prévention « tous azimuts » :

- « Le renforcement des interventions à titre préventif soulève de nombreux enjeux. Devant le caractère protéiforme des actions conduites par les professionnels à cet égard, de la prévention périnatale à la prévention en direction des adolescents en passant par la prévention des difficultés éducatives parentales à tous les âges de la vie de l'enfant, il apparaît indispensable d'apporter une réponse cohérente et coordonnée aux besoins des familles. Le département (...) dispose d'une offre de prévention étoffée, portée par de nombreux acteurs sur le territoire (...). Si un recentrage de la politique départementale de prévention a été opéré, en parallèle des travaux de refonte de la territorialisation, la valorisation des actions de prévention primaire et le développement d'actions collectives ont été privilégiés ».

2 LES ORIENTATIONS OU AXES STRATEGIQUES AFFICHES SONT RESOLUMENT Tournes VERS LA PREVENTION

Les plans d'actions des schémas départementaux, qui découlent du diagnostic des territoires et sont censés traduire les orientations politiques affichées dans leur préambule, sont classiquement déclinés en axes ou orientations stratégiques, eux même précisés dans des *fiches-action* décrivant le contenu et les modalités de déploiement opérationnel des priorités arrêtées.

Le nombre d'axes ou orientations varie entre deux et six selon les départements. Lorsqu'ils sont au nombre de deux, la répartition se fait souvent entre un axe « Prévention » et un axe « Protection ». Dans les autres cas (trois axes et plus), un des axes au moins mentionne souvent explicitement la prévention. L'examen de leur contenu permet d'observer ce que les acteurs rangent respectivement au titre de la prévention et de la protection ainsi que leur conception de la prévention.

Le tableau ci-dessous illustre, parmi un échantillon des schémas départementaux examinés :

- la manière dont le volet préventif est appréhendé dans les orientations stratégiques (1ère colonne) ;
- leur traduction opérationnelle dans les fiches-action (deuxième colonne) ;
- les caractéristiques particulières et le registre majeur sur lequel le volet prévention du schéma se situe lorsque l'on se réfère à la typologie de l'OMS, la plus souvent utilisée (3ème colonne).

Il convient de préciser que, le tableau ne reprenant que les éléments des schémas se référant explicitement à la prévention, il ne fait qu'une restitution partielle de ces derniers et ne prétend pas

rendre compte de leur richesse ou au contraire de leurs lacunes mais dresser une photographie de l'approche préventive du département.

Tableau 6 : Principales caractéristiques des politiques et démarches de prévention inscrites dans les schémas départementaux

Axes ou orientations du schéma explicitement tournés vers la prévention	Nature ou cible des principales actions de prévention associées	Commentaires et mode majeur de prévention au regard de la classification OMS
Orientation n°1 : « Renforcer la prévention , priorité de santé publique pour le département »	« Se doter d'un dispositif de recueil et d'analyse des données de santé publique pour les 0 – 6 ans ». Ajuster la politique de prévention du département et ses priorités en fonction des données de santé publique ». Renforcer l'accès aux soins et aux pôles de services », « Favoriser l'accès à la santé des familles et renforcer le dépistage précoce (enfants de moins de 6 ans et enfants porteurs de handicap) ». Favoriser la coordination des soins des enfants et des adolescents pris en charge par la protection de l'enfance » (transversalité PMI / Protection de l'enfance) ».	Schéma explicitement orienté sur la prévention. Focus sur la santé. Ciblage type « universalisme proportionné ». Préventions secondaire et tertiaire.
4 orientations et 17 actions 2 orientations tournées vers la prévention : ○ « Développement des actions de prévention santé précoces ; ○ Diversification des modes de prévention et de protection de l'enfance en danger ».	- Dépistage des troubles de l'enfant, protocole d'action maternité vulnérable, détection et accompagnement du handicap. - Accompagnement mineurs en grande difficulté, publics relevant ASE, familles fragilisées.	Ce schéma regroupe en un document unique : actions sociale/ enfance, santé, famille/autonomie/insertion... Il se réfère à la prévention mais principalement tournée vers des actions d'accompagnement et de dépistage pour ce qui concerne le volet enfance famille. Préventions secondaire et tertiaire.
Un axe intitulé : « Favoriser par la prévention le maintien de l'enfant dans son milieu familial ».	Priorité : « mobiliser autour de l'équipe accompagnement-prévention un réseau partenarial au service de la prévention ».	Les actions décrites portent beaucoup sur le repérage et l'accompagnement. Préventions secondaire et tertiaire.
Axe stratégique n° 2 : « Accompagner les personnes et leur environnement pour prévenir la dégradation des situations ». Objectifs opérationnel 1 : « améliorer nos pratiques de prévention ».	Objectifs : promouvoir la santé et communiquer autour de la prévention à destination des jeunes et des enfants : conduites à risque : informer le plus grand nombre de jeunes des comportements à risque, favoriser la protection et la contraception,	L'accent est mis sur le dépistage et l'accomplissement des missions essentielles en matière d'aide à l'enfance en danger... A noter toutefois un programme de prévention primaire sur la prévention des comportements à risque (obésité, contraception...) ou sur l'accès à la

	<p>prévenir les violences ; faire régresser l'obésité infantile en favorisant dépistage, prise en charge et éducation à la santé des familles et enfants ; offrir par la consultation itinérante les mêmes services de prévention et d'éducation à la santé aux enfants et familles isolés ; fédérer les partenaires autour de la parentalité et favoriser l'éveil culturel des jeunes enfants : Renforcement des compétences des agents dans la fonction soutien à la parentalité/ Référent REAAP/ ; permettre l'accès à la culture des jeunes enfants (bibliothèques, actions bébés lecteurs, actions de lecture et jeux en PMI).</p>	<p>culture des jeunes enfants (familiariser les publics avec la culture par les jeux et livres, valoriser les diversités culturelles, stimuler l'éveil des jeunes...). Répartition équilibrée au sein de l'axe entre les trois types de prévention.</p>
Orientation 2 : « <i>Renforcer la prévention</i> »	<p>Fiche action n°3 : Développer l'entretien prénatal précoce pour améliorer le repérage. Fiche action n°4 : Favoriser un repérage précoce des situations de risque de danger. Fiche action n°5 : Mobiliser les parents par des actions d'accompagnement à la parentalité.</p>	<p>Focus sur repérage et accompagnement. Prévention secondaire et tertiaire.</p>
Axe 1 : « <i>développement d'actions de prévention et de soutien à la parentalité</i> » dont « <i>Développer des actions de prévenance et de prévention auprès des parents et des enfants</i> »	<p><i>S'appuyer sur les partenaires existants pour établir des propositions d'actions par territoire. Au travers notamment de l'appel à projets du REAAP :</i> <i>soutenir la mise en œuvre de ces actions ; accompagner la création de LAEP ; établir des modalités de collaboration avec l'Éducation nationale pour définir les actions à mener, notamment auprès des établissements du premier degré ;</i></p>	<p>L'axe 1 introduit la notion de prévenance sans la définir ni la préciser plus loin dans le schéma. Elle peut se déduire d'objectifs tels que : « <i>Développer des actions de prévention, à vocation généraliste, en complément d'actions plus ciblées (sommeil et alimentation des jeunes enfants, conduites addictives. Aller au-devant des parents pour mieux les informer sur les services de soutien disponibles. Faciliter l'accès aux services et les développer dans des lieux déjà fréquentés par les parents.</i> » Prévention secondaire et tertiaire.</p>
Orientation n°1 : Consolider et mettre en cohérence la politique de prévention menée en faveur des familles	<p>Faire reposer la prévention dans le cadre de la périnatalité sur un travail en réseau étoffé entre équipes de PMI et maternités. Renforcer la connaissance réciproque des acteurs et l'orientation des publics vers les</p>	<p>Ce schéma d'un grand département comprend peu de développements sur son acception de la prévention. Prévention secondaire et tertiaire.</p>

	<p>ressources de prévention existantes. Permettre le repérage précoce des situations de risque et la mise en œuvre l'accompagnement de prévention. Consolider les réseaux existants dans le champ de la prévention primaire, en s'appuyant sur le cadre défini par les institutions concernées (Conseil départemental, CAF, MSA notamment).</p>	
Axe 1 : développer des actions de prévention	<p>Fiche action n°1 : Élaborer un programme stratégique de développement de la prévention dans le département. Fiche action 2 : Mettre en œuvre les actions de prévention primaire prévues dans le programme stratégique de développement de la prévention. Fiche action 3 : Développer et formaliser les actions de prévention secondaire effectuées avec l'accord ou à la demande des parents.</p>	Le schéma propose une classification de ses actions, propre au département, en primaire, secondaire et tertiaire, ce qui facilite la structuration et la lisibilité de l'offre qui s'ensuit.
4 chapitres : accompagner/ prévenir /adapter l'AED/ travailler à l'autonomie et l'insertion	Le chapitre « Prévenir » contient 4 objectifs : recenser les acteurs de la prévention ; informer les élus et les professionnels ; s'adapter aux problématiques spécifiques des familles ; travailler à l'autonomie et l'insertion.	Plan d'un petit département, peu détaillés mais clair et dynamique. L'intitulé « Grandir et s'épanouir » est clairement axé sur la promotion de la santé et la prévention primaire, ce que son contenu ne traduit toutefois pas. Prévention secondaire et tertiaire
4 orientations stratégiques dont : Prévenir , accompagner et repérer : anticiper les risques par un meilleur repérage des situations à risque ou de danger ; accompagner la vulnérabilité et proposer une offre de services pour tous adaptée aux besoins.	35 fiches actions.	Sont rangées dans la prévention, l'accueil en établissement, l'accueil parents/enfants, l'accueil individuel par assistant familial. Prévention secondaire et tertiaire.
4 axes dont : Favoriser la continuité des parcours de l'enfant, de la prévention à la protection	Fiche action 1 : animer et faire vivre un réseau d'acteurs de prévention dont les objectifs sont : Promouvoir et optimiser les actions de prévention ; favoriser l'accès des publics ;favoriser l'émergence d'actions innovantes; recenser , développer et faire vivre le partenariat ; mutualiser les moyens ; Développer la communication et le travail en	Prévention secondaire et tertiaire.

	réseau ; développer la transdisciplinarité, croiser les regards, partager les diagnostics et se doter d'outils. d'évaluation	
Orientation n°1 : Optimiser et développer les outils de prévention de droit commun.	Fiche-action n°1-1 : Mobiliser l'accueil du jeune enfant comme un outil de prévention primaire à destination des familles.	La notion de prévention de droit commun renvoi à l'universalité et à l'égal à accès de tous aux services. Prévention primaire
Orientation I : Renforcer les actions de prévention des difficultés familiales et de promotion de la santé maternelle et infantile	Axe 1 : Affirmer la place prépondérante de la prévention précoce autour de la santé de la mère et de l'enfant (L'accompagnement des femmes enceintes et du futur enfant (travail en réseau, visites prénatales, appui PMI)). Axe 2 : Soutenir la fonction de parent en renforçant l'aide à la parentalité (L'accompagnement des familles dans le parcours de l'enfant dès son arrivée au domicile (liens avec les maternités, staffs prénataux, repérages...)). Axe 3 : Accompagner l'enfant handicapé et sa famille dans une démarche d'inclusion sociale. Prévenir les risques d'exclusion en renforçant le soutien auprès de l'enfant handicapé et de sa famille.	L'orientation I est consacrée à la prévention et l'orientation II à la protection (accueil) mais la distinction entre les deux n'apparaît pas évidente dans les fiches action. Prévention secondaire et tertiaire
Orientation 1 : Consolider et renforcer la place de la prévention en général et de la prévention précoce en particulier.	Renforcer le positionnement de la PMI sur le volet périnatal et structurer l'offre départementale en termes d'information sur la santé sexuelle ; Activer les leviers pertinents pour développer la prévention précoce sur tout le territoire et mieux prévenir les inégalités sociales de santé ; Renforcer les actions de soutien à la parentalité ; Organiser le repérage des situations de risque ou de danger, auprès de tous les acteurs en contact avec des enfants ; Dynamiser le partenariat avec l'ensemble des acteurs autour de la prévention.	Le schéma prévoit explicitement la mise en place du protocole de coordination de la prévention. Equilibre entre actions de prévention primaire/secondaire/tertiaire.
Quatre axes : la prévention et le repérage ;	Conforter la primauté de la prévention en proximité des familles du territoire sur la base	Le schéma date de 2018 et fait preuve d'une plus grande maturité à l'égard du concept de prévention,

<p>le parcours de l'enfant et de sa famille ; l'accueil et l'accompagnement ; la gouvernance et le pilotage (place centrale à la prévention, afin que les placements hors de la famille ne soient que le dernier recours d'un parcours gradué).</p>	<p>d'objectifs partagés par l'ensemble des acteurs concernés. Consolider le dispositif de repérage et d'évaluation des difficultés familiales et éducatives. Stabiliser les parcours en protection de l'enfance autour de projets individualisés pour l'enfant. Favoriser la continuité du parcours de la prise en charge à l'autonomie. Diversifier et structurer les réponses pour une plus grande adéquation aux besoins des enfants, des jeunes et des familles. Apporter les réponses appropriées aux liens d'attachement des enfants et des jeunes).</p>	<p>notamment primaire, dans les intentions. Mais les mesures qui sont déclinées ensuite sont les mesures classiques à destination des publics en difficulté. Prévention secondaire et tertiaire.</p>
<p>Axe 2 – Prévenir, repérer, sensibiliser, former : Orientation 2.1 – Renforcer la prévention périnatale et de la petite enfance Orientation 2.2 – Inscrire la prévention spécialisée dans la politique de prévention et de protection de l'enfance Orientation 2.3 – Renforcer l'information en direction des jeunes et des familles sur les dispositifs et les différents acteurs Orientation 2.4 – Poursuivre le travail de communication engagé autour du repérage et de la transmission de l'IP Orientation 3.2 – Renforcer l'accompagnement auprès de l'enfant et des parents Orientation 3.3 – Diversifier les modes d'accueil et soutenir les modes d'accueil existants pour les enfants confiés (...);</p>	<p>Généraliser l'entretien prénatal précoce. Accompagner le retour à domicile après la naissance si nécessaire. Prévenir, repérer dès la période postnatale et prendre en charge les troubles de la santé des jeunes enfants. Améliorer l'accompagnement périnatal des parents confrontés à des difficultés médico-psycho-sociales.</p>	<p>Prévention secondaire et tertiaire.</p>
<p>Améliorer la prévention, et le repérage des difficultés (soutien à la parentalité, lutter contre violences infantiles) ; Favoriser l'insertion des jeunes sortant de l'ASE ; Mettre en œuvre la prise en charge garantissant la prise en compte de l'intérêt supérieur de l'enfant.</p>		<p>Le schéma prend la forme d'un prospectus de communication Prévention secondaire et tertiaire</p>

<p>Engagement 3 : Développer les approches en prévention :</p>	<p>Soutenir le développement de la fonction parentale ; Cibler une offre de prévention adaptée aux besoins des enfants selon leur période de vie : la prise en compte de la période périnatale et de la tranche d'âge des 6-11 ans ; porter attention aux problématiques contemporaines de l'adolescence.</p>	<p>La PMI est présentée comme « <i>fortement contributrice à la prévention primaire et secondaire</i> ». Equilibre des actions de prévention primaire/secondaire /tertiaire.</p>
<p>Deux axes stratégiques en matière de prévention : Renforcer le soutien aux familles dans leur fonction parentale ; Repérage et accompagnement des situations d'enfants en situation de risque.</p>	<p>consolider la place de l'éducation nationale en matière de prévention et de signalement ; développer la prévention par une meilleure articulation entre le secteur de la protection de l'enfance et le secteur de la petite enfance.</p>	<p>Prévention secondaire et tertiaire.</p>
<p>Trois axes majeurs traduisent la priorité donnée à la prévention : - Le soutien à la parentalité, de l'éducation à la sexualité à la naissance, en passant par la vigilance autour de la grossesse ; - Le soutien à l'accueil et à la socialisation du jeune enfant ; - La prévention éducative auprès des enfants et des jeunes à travers notamment la redéfinition de la prévention spécialisée.</p>	<p>Les premières étapes du développement de l'enfant, particulièrement sensibles, doivent conduire à l'éducation individuelle, aux informations et actions collectives auprès des jeunes parents. Diversification des modes d'accueil notamment à horaires atypiques et par la poursuite du soutien adapté au développement des Maison d'Assistants Maternels, les financements de temps d'accueil pour la socialisation d'enfants repérés en risque de danger.</p>	<p>A noter le développement de modes d'accueil à horaires atypiques et l'accompagnement au départ en vacances (prévention primaire). Equilibre des actions de prévention primaire/secondaire / tertiaire</p>
<p>Axe 6 : Enfance, famille, jeunesse : développer la prévention, s'appuyer sur le vivre ensemble</p>	<p>6.1 Favoriser les actions développant la parentalité et mobilisant la famille. 6.2 Valoriser le projet pour l'enfant. 6.3 Prendre en compte l'évolution des publics. 6.4 Soutenir la prévention institutionnelle pour maintenir l'enfant en milieu ordinaire (PMI...TISF). 6.5 Accompagner les adolescents et les jeunes adultes.</p>	<p>Schéma unique rassemblant l'ensemble des politiques de solidarité du département (316 pages). La prévention est un des 4 principes fondamentaux du schéma et donne donc lieu à des développements spécifiques dans un paragraphe dédié. Equilibre des actions de prévention primaire/secondaire/tertiaire.</p>
<p>Axe 2 : Prévention et repérage : conforter la primauté de la prévention primaire en proximité des familles ; renforcer les compétences d'évaluation, le repérage des</p>	<p>Développer le soutien à la parentalité et le parrainage en mobilisant les ressources du territoire. Agir aux côtés de l'Éducation nationale pour</p>	<p>Schéma commun avec la préfecture. Prévention secondaire et tertiaire.</p>

<p>potentialités et des difficultés des familles ; promouvoir la santé et favoriser une prise en charge précoce des problématiques de santé.</p>	<p>favoriser un repérage et un accompagnement les plus précoces possibles des enfants et familles rencontrant des difficultés. Positionner la prévention spécialisée au carrefour de l'action préventive et de protection. Actualiser la politique de promotion de la santé de PMI. Développer des modalités de promotion en coordination avec l'ARS et les professionnels de santé. Accompagner les professionnels pour un repérage le plus précoce possible des problématiques de santé.</p>	
<p>Orientation n°1: Renforcer et diversifier les modalités d'intervention en prévention, sur la base de principes partagés par l'ensemble des acteurs concernés</p>	<p>Fiche-action n°1 : Renforcer le maillage partenarial et la transversalité dans le cadre préventif autour de principes communs. Fiche-action n°2 : Favoriser un déclenchement précoce des dispositifs de prévention, en prenant appui sur le repérage des besoins des familles et l'identification de nouveaux facteurs de risque. Fiche-action n°3 : Redéfinir le périmètre d'intervention de la prévention spécialisée.</p>	<p>Le schéma reconnaît avoir une définition extensive de la prévention et est lucide sur les biais qu'elle induit. Prévention secondaire et tertiaire.</p>
<p>Orientation I : Renforcer la prévention et l'accompagnement social et médico-social auprès des familles, sous toutes leurs formes, pour donner sa pleine efficacité au principe de subsidiarité de l'autorité judiciaire. Objectif stratégique n°4 : Soutenir et développer la prévention primaire.</p>	<p>Action 1 : Renforcer la lisibilité / visibilité des moyens et des dispositifs de prévention (diagnostic des moyens, dispositifs de prévention et pratiques professionnelles, au regard des besoins ; Diffuser/actualiser l'état des lieux de l'offre en matière de prévention). Action 2 : Renforcer les actions collectives en faveur de l'enfant et de sa famille. Action 3 : Poursuivre la mise en œuvre, en partenariat avec l'Éducation nationale, du dispositif « référents ». Action 4 : Réaffirmer l'enjeu lié à la mission de prévention dans le champ de la petite enfance.</p>	<p>Prévention secondaire et tertiaire.</p>

<p>Orientation 1 : Renforcer la prévention précoce et consolider le dispositif de repérage des situations de risque et de danger</p>	<p>Fiche action 1 : activer les leviers pertinents pour développer la prévention précoce et la prévention primaire sur tout le territoire et mieux prévenir les inégalités sociales de santé et les risques liés au handicap = Améliorer la coordination entre les acteurs autour des questions de santé ; mieux repérer les situations de vulnérabilité pour accompagner les familles le plus en amont possible. Fiche action 2 : Mieux soutenir les familles dans leur fonction parentale. Fiche action 3 : Dynamiser le partenariat avec les acteurs institutionnels autour de la prévention. Fiche action 4 : Mieux organiser le repérage des situations de risque ou de danger.</p>	<p>Prévention secondaire et tertiaire.</p>
<p>18 objectifs stratégiques dont les 4 premiers axés sur la prévention : objectif N°1: Optimiser et renforcer les dispositifs de prévention précoce en périnatalité ; objectif N°2 : Soutenir l'exercice de la fonction parentale ; objectif N°3 : Promouvoir la santé comme outil global de prévention ; objectif N°4 : réaffirmer le rôle des TISF dans le cadre de la prévention.</p>		<p>Equilibre primaire/secondaire / tertiaire.</p>
<p>Thématique 1 : la diversification des dispositifs de prévention et de repérage des situations à risque 4 principes généraux dont : amener les acteurs de la prévention à travailler en complémentarité et tendre à une plus grande cohérence entre les dispositifs ; adapter les dispositifs de prévention à l'âge de l'enfant ; fonder l'action de prévention sur une relation de confiance entre les professionnels et les familles.</p>	<p>Finalité : Repérer, le plus précocement possible, les familles à accompagner en prévention et en diversifier les dispositifs, afin de prévenir le risque de danger et l'entrée du ou d'un des enfants dans le dispositif de Protection de l'Enfance. Cela suppose, notamment, de sensibiliser les différents acteurs à l'identification du risque de danger et à les soutenir dans la transmission de leurs éléments d'inquiétude (transmission d'une IP-).</p>	<p>Prévention secondaire et tertiaire.</p>

<p>6 orientations, 14 objectifs stratégiques et 51 actions :</p> <p>Orientation 1 : Consolider le dispositif de repérage et d'évaluation des situations d'enfants en danger ou risque de danger.</p> <p>Orientation 2 : Mieux répondre au public et aux problématiques de la prévention spécialisée.</p> <p>Orientation 3 : Moduler l'accompagnement à domicile en fonction des besoins des enfants et des parents</p> <p>Orientation 4 : Adapter et diversifier l'offre d'accueil pour garantir une adéquation des prises en charge aux profils des enfants accueillis.</p> <p>Orientation 5 : Préparer le passage à l'âge adulte à la sortie du dispositif de l'ASE.</p> <p>Orientation 6 : Améliorer la continuité et la cohérence des accompagnements réalisés auprès des enfants et de leurs familles.</p>		<p>Le mot prévention n'apparaît pas une seule fois dans le schéma, entièrement tourné vers le repérage et la prise en charge.</p> <p>Prévention secondaire et tertiaire.</p>
<p>Objectif 1 : Développer une offre territoriale préventive en direction des enfants, des adolescents et des familles.</p> <p>Objectif 2 : Finaliser le dispositif de traitement des IP.</p> <p>Objectif 3 : Renforcer la place des parents et des familles dans l'action éducative.</p> <p>Objectif 4 : Dépassez le clivage entre prévention et protection et renforcer la proximité de l'offre éducative.</p> <p>Objectif 5 : Mieux mutualiser les ressources.</p>		<p>Prévention secondaire et tertiaire</p>

3 NEANMOINS, LA LISIBILITE DU CADRE D'ACTION DE LA PREVENTION EST REDUITE DANS LES SCHEMAS

Cet aperçu montre que la prévention reçoit des acceptions assez lâches et peut accueillir des dispositifs sensiblement différents selon les départements⁶³ si bien qu'il est permis de considérer que le cadre de compréhension du concept de prévention en protection de l'enfance n'est pas homogène sur le territoire national. On constate par ailleurs, quelle que soit la qualification qui en est faite, une forte propension à privilégier, *in fine*, des dispositifs de prévention secondaire ou ciblée.

Les départements qui se sont livrés dans leur schéma à un exercice réflexif sur ce que recouvre la prévention aboutissent à des plans d'action plus clairs, ce qui ne peut que favoriser la lisibilité de l'action ainsi que son sens et sa portée pour les agents comme pour les bénéficiaires. Peu importe alors que la sémantique et la typologie retenues soient discutables ou perfectibles, du moment qu'elles sont partagées par les acteurs, structurantes, permettent d'y ranger des actions pertinentes et font système.

En revanche, en l'absence de vision partagée et robuste de la prévention, les départements lui assignent souvent un périmètre et des objectifs variables, au détriment, on peut le craindre, de la lisibilité et, plausiblement, de l'opérationnalité des plans qui en découlent et de la coordination des acteurs sur le terrain

3.1 Les définitions locales de la prévention sont lâches ou très extensives, au risque de générer un biais pour les plans d'action

La référence croissante à des démarches de prévention dans les schémas départementaux n'est pas purement formelle. Le plus souvent, elle s'ancre à la lecture de la loi de 2007. Elle s'accompagne fréquemment d'une tentative d'adoption d'une définition de la prévention qui s'appuie sur une réflexion propre au département, parfois en se référant à des travaux scientifiques. Cette diversité est riche mais laisse place à toutes les interprétations et révèle parfois un certain désarroi :

- *« La notion de "Prévention" est complexe dans le domaine de la santé et elle peut se définir sous différents aspects. Il convient de présenter plusieurs définitions de ce concept afin de percevoir une définition la plus complète et pertinente que possible. Selon le "Traité de Santé Publique", chapitre 15, Prévention et promotion de la santé, de François BOURDILLON, Gilles BRUCKER, Didier TABUTEAU édition Médecine-Sciences Flammarion, la notion de prévention décrit l'ensemble des actions, des attitudes et comportements qui tendent à éviter la survenue de maladies ou de traumatismes ou à maintenir et à améliorer la santé. Il convient donc de distinguer :*
 - *La prévention dite de "protection" qui est avant tout une prévention "de", ou "contre", laquelle se rapporte à la défense contre des agents ou des risques identifiés ;*

⁶³Il convient de rappeler que le tableau du paragraphe précédent ne restitue que les éléments des schémas faisant explicitement référence à la prévention. Ils ne constituent donc qu'une partie desdits schémas, dont les autres volets, souvent plus volumineux, portent sur les dispositifs institutionnels classiques de l'ASE. Ceci doit conduire à relativiser encore plus le poids réel de la prévention.

- **La prévention dite "positive"** voire universelle, du sujet ou de la population, sans référence à un risque précis, qui renvoie à l'idée de "promotion de la santé"⁶⁴ ;
- « La loi du 5 mars 2007 a inscrit la prévention comme un axe de la protection de l'enfance, sans toutefois la définir. Pour autant, depuis cette date, **la prévention s'est peu développée et est encore trop cloisonnée**. La prévention se définit comme l'action de prévenir, littéralement « venir avant », « aller au-devant pour faire obstacle à ». L'enjeu essentiel de la prévention porte sur la manière dont la collectivité peut articuler volonté de protéger l'enfant et attention aux conditions de vie de sa famille, quand celle-ci est dans une situation de vulnérabilité, en particulier lorsque la famille est dans une situation sociale difficile. **Si prévenir, c'est intervenir au bon moment, il s'agit également de trouver le juste équilibre entre prévention globale et prévention ciblée.** »
- « Elle (la réforme de 2007) **inscrit le principe de prévention comme constitutif de la protection**. Il s'agit de la volonté de pratiquer une prévention réelle, efficace et prometteuse ayant une finalité particulière, celle de mettre en œuvre une prophylaxie active, précoce des troubles de la relation mère/enfant »
- « **La loi articule donc la prévention autour de trois axes majeurs** et insiste sur le fait que ce doit être l'intérêt de l'enfant qui guide l'ensemble des actions de prévention : Des actions de **prévention périnatale**, prévues à l'article L 2112-2 du Code de la Santé Publique (La loi met l'accent sur une prévention précoce autour de la grossesse et de la naissance... Des actions de prévention médicale et médico-sociale en direction des enfants et adolescents. Le service PMI assure des actions en direction des enfants de moins de 6 ans (article L 2112-2 Code (bilan des 3/4 ans.). Des actions de **prévention en direction des parents** qui rencontrent des difficultés dans l'éducation de leur enfant (article L 112-3 CASF) »
- « **La prévention est un terme générique** qui résume la démarche portée par le Conseil général d'intervenir le plus en amont possible, afin d'éviter le passage dans un état de vulnérabilité pour les personnes concernées, déjà fragiles. Sa place est centrale dans le Schéma Enfance, intitulé d'ailleurs Schéma de Prévention et de Protection pour l'enfance, l'adolescence et la famille. »
- « **La prévention, dans le champ social ou sanitaire, est un concept pluriel. Si la loi du 5 mars 2007 met en lumière le rôle fondamental de la prévention, elle n'en donne pas de définition précise** ; Dans le cadre des réflexions menées pour l'élaboration du schéma, la prévention a été entendue de façon très globale dans toutes ses dimensions : sociale, médicale, psychologique, éducative comme un ensemble d'actions variées qui ont pour but de tenter d'éviter de façon précoce que des événements mettant en danger un enfant ne surviennent et de repérer des difficultés ou des vulnérabilités »
- « La prévention vise à **éviter l'entrée d'une personne dans un dispositif d'accompagnement médico-social** que ce soit temporaire ou permanent. Pour ce faire il convient de cibler les personnes susceptibles d'être concernées, d'identifier les difficultés qu'elles rencontrent et ce, même si elles ne le formalisent pas clairement. » ;
- « la prévention c'est anticiper, observer, soutenir de manière partenariale et pluridisciplinaire de façon à mobiliser les ressources et compétences parentales » ;

⁶⁴ A noter que dans la suite du schéma, le département s'oriente en réalité vers une prévention de protection.

- « Cette notion de risque est nécessairement associée à l'idée de probabilité et donc d'incertitude. Le risque zéro n'existe pas et il apparaît nécessaire d'appliquer dans ce domaine sensible le principe de précaution que l'on retrouve aujourd'hui au premier rang des préoccupations sanitaires. Pour **travailler cette question du risque qu'implique le cadre de la prévention**, les professionnels ont été amenés à revisiter leurs pratiques et construire d'autres modes d'accompagnement » (...). L'objectif est alors de « Rapprocher de manière dynamique prévention et protection de l'enfance : en finir avec des logiques de parcours linéaires et dissociés et répondre aux préconisations de l'évaluation de la politique de la prévention ».

Certains départements reconnaissent que leur adoption d'une définition extensive de la prévention génère un biais. En qualifiant de nombreuses actions administratives de préventives, leur activité apparaît prioritairement axée sur la prévention. Mais, s'agissant au mieux d'actions de prévention secondaire et tertiaire, toutes les actions de fond, susceptibles d'éviter le recours à de telles mesures, sont occultées ou apparaissent au second plan. Ce biais est en fait présent dans beaucoup de schémas mais sous-estimé dans ses effets : en surcotant la « prévention administrative », il crée un véritable point aveugle de la prévention primaire, au risque que celle-ci soit sous dotée et que soit surévalué l'impact préventif réel des actions conduites :

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

3.2 Les références croissantes à la classification de l'OMS présentent des limites que certaines typologies alternatives tentent de dépasser

3.2.1 La prévention primaire est de plus en plus souvent citée, avec toutefois des acceptions très variables

Parmi les schémas qui mentionnent explicitement la prévention primaire, certains en donnent au préalable une définition. Celle-ci s'avère alors assez proche de l'esprit de l'OMS, même si, comme on l'a vu, les orientations et les fiches actions qui en résultent ne sont pas nécessairement en adéquation avec la définition retenue :

- « La prévention se comprend ici au sens large et fait référence à des mesures déployées à plusieurs niveaux : **mesures visant à empêcher l'apparition de troubles ou de difficultés dans l'ensemble de la population (prévention primaire)**, mesures de soutien auprès de publics ciblés dits « à risque » pour leur éviter la dégradation de leurs situations (prévention secondaire) et mesures de réinsertion de personnes exclues (prévention tertiaire⁶⁵). »
- « A la suite de l'OMS, on définit la prévention primaire par le fait d'agir pour **éviter la survenue d'une maladie ou d'une difficulté**, et la prévention secondaire par le fait de réduire les effets et d'éviter l'aggravation de cette maladie ou de cette difficulté ».

⁶⁵ Dans ce département, un plan global propose une approche globale (non thématique) coordonnée et décloisonnée de l'action sociale et médico-sociale. Mais les fiches action ne présentent pas de décalage par rapport aux approches classiques

- « **La prévention primaire agit en amont des difficultés** notamment à travers l'information et la promotion à la santé. La prévention secondaire s'engage lorsque des problématiques effectives ont été révélées afin d'accompagner les populations (...). La prévention primaire dépend également du repérage précoce des situations afin d'éviter les situations de danger pour les enfants qui pourraient amener vers des mesures de protection de l'enfance. La prévention secondaire s'articule principalement au sein du service de prévention administrative et sociale à travers la mise en œuvre de mesures individuelles auprès des familles, notamment avec l'intervention d'une (TISF), mais également au travers des mesures d'aide éducative à domicile (AED) et par l'accueil en centre maternel ».

D'autres schémas, plus fréquemment, adoptent explicitement la typologie de l'OMS sans se livrer à un travail préalable de définition. Ils procèdent alors directement à une classification des actions de leur département entre préventions primaire, secondaire et tertiaire. Mais les acceptions de chacune de ces catégories, qui semblent aller de soi pour les auteurs, révèlent des différences d'appréciation sensibles d'un schéma à l'autre. Ainsi dans un département :

- « les interventions dans le domaine de la **prévention primaire** regroupent notamment :
 - les actions de prévention précoce mises en œuvre par la PMI (permanences médico-sociales d'accueil, d'information et de suivi, consultations de jeune enfants, bilans de santé en école maternelle, actions collectives) ;
 - l'activité d'accueil, d'information, d'évaluation, d'aide à l'accès aux droits menée par le service public départemental d'action sociale (SPDAS) ;
 - les interventions réalisées avec les établissements scolaires et les actions menées auprès des jeunes et leurs familles par les éducateurs de prévention ;
 - les actions menées dans le cadre de la politique jeunesse : aide aux vacances, soutien à la parentalité et aux initiatives de jeunes, actions collectives famille et prévention santé ;
 - les actions réalisées par les partenaires subventionnés par le Département dans le cadre de leur mission d'animation et de prévention socio-éducative, notamment les centres sociaux, les associations jeunesse et l'APAPAR".

Les interventions dans le domaine de la **prévention secondaire** regroupent notamment :

- les accompagnements sociaux réalisés par les travailleurs sociaux du service public départemental d'action sociale (SPDAS) seuls ou en binôme avec des professionnels de la PMI ou de l'ASE. Ces accompagnements peuvent faire suite à une action de prévention primaire ou d'évaluation d'information préoccupante ;
- les accompagnements renforcés de la PMI par des visites à domicile régulières des puéricultrices auprès des familles pour apporter un étayage sur le plan éducatif, relationnel avec l'enfant et soins de puériculture ;
- les accompagnements renforcés non contractualisés mis en œuvre par les éducateurs des associations subventionnées.

Les interventions dans le domaine de la **prévention tertiaire** regroupent notamment les AED ».

Mais dans un autre département, le départage se fait entre la vocation par essence universelle de la PMI d'une part et la vocation nécessairement ciblée de l'intervention ASE d'autre part :

- « La prévention regroupe d'une part le travail réalisé par la PMI (**prévention primaire, dans une logique universelle**) et d'autre part, celui réalisé par l'ASE (**préventions essentiellement secondaire et tertiaire, dans une logique ciblée**) et constitue un des enjeux-clés pour le département ».

Certains schémas classent d'autorité (et pêle-mêle) un grand nombre d'actions en prévention primaire :

- « Le département (...) et ses partenaires ont mené une politique volontariste sur le champ de la prévention ces dernières années. Ce volontarisme se traduit par un maillage territorial important assuré par les travailleurs sociaux et médico sociaux du département et **des actions de prévention primaire multiples au bénéfice des enfants et de leur famille** (modes de garde de la petite enfance, permanences sociales, accompagnement dans l'accès aux droits, consultations et visites à domicile par les professionnels de PMI, entretien prénatal précoce, accompagnement à la gestion du budget, actions de soutien à la parentalité, médiation familiale, prévention spécialisée, planification...) » ;
- « les actions collectives favorisent l'insertion de la population et participent à l'amélioration des conditions générales de vie, définies dans le secteur social comme prévention primaire ».

Certains départements n'ignorent pas la difficulté d'agir en prévention primaire mais ne renoncent pas pour autant à pousser des politiques ambitieuses :

- « Plusieurs difficultés compromettent le développement d'actions de prévention : l'évaluation compliquée des impacts, le manque des moyens, les difficultés à mobiliser le partenariat, les difficultés à obtenir l'adhésion des usagers. Toutefois, l'ensemble des acteurs du schéma unique des solidarités s'accordent à souhaiter un **développement des actions de prévention primaire mais aussi secondaire, dans plusieurs domaines jugés prioritaires** ».

Certains schémas enfin, bien que s'y référant, paraissent assez éloignés de la prévention primaire, en situant le départage entre prévention et protection à la césure entre placements administratif et judiciaire. Cette représentation, assez fréquente, se nourrit du fait que dans un grand nombre de cas, la prévention est définie comme « les actions menées avant toute mesure de protection ». Dès lors, tout ce qui est entrepris par le conseil départemental en dehors des mesures judiciaires est schématiquement assimilé à de la prévention primaire :

- « **L'accent est placé sur la prévention, notamment la prévention dite primaire.** Dans le nouveau système de protection de l'enfance, la priorité est accordée à la protection administrative. La protection judiciaire ne doit être mobilisée que lorsque les services départementaux ne sont pas en mesure de remédier à une situation de danger – parce que les mesures déjà tentées ont échoué, et parce que la famille refuse de coopérer, ou encore qu'il n'est pas possible d'évaluer la situation. Cette nouvelle prévalence de la logique de prévention nécessite de mobiliser et de consolider des logiques de coopération 66 (...) ».
- « Orientation n°1 : Mobiliser de manière optimale les outils de **prévention primaire et secondaire** existants au bénéfice des enfants et des familles (...). » Ce qui recouvre « une plus grande visibilité et un meilleur accès aux actions de prévention et de soutien à la parentalité, renforcer l'accessibilité de l'offre d'accueil du jeune enfant dans une logique de prévention (Une offre d'accueil du jeune enfant constituant un outil de prévention essentiel à destination des familles : socialisation des enfants, conciliation vie professionnelle et vie familiale... ».

Parfois, la prévention primaire n'est pas du tout dissociée de l'accompagnement des familles déjà en difficulté :

- « **la prévention primaire** en direction des familles recouvre un domaine très vaste visant à mobiliser les ressources parentales afin d'éviter une dégradation de situations ».

⁶⁶ Cette définition est toutefois issue d'un schéma daté, remplacé depuis par un schéma transversal « d'amélioration de l'accessibilité des services publics du département »

Enfin, si tous les schémas qui recourent à la classification de l'OMS ne paraissent pas en tirer une traduction pratique dans l'organisation de l'activité du département, il arrive que certains d'entre eux en fassent un outil de pilotage de l'activité. C'est le cas de la Loire-Atlantique (délégation de Nantes) où le suivi des familles par la PMI et la charge d'activité du service sont régulés à l'aide d'un outil de classification des suivis dans une file active de puéricultrice par catégorie de prévention. La classification proposée est ici plutôt fidèle à l'esprit de l'OMS puisque la prévention primaire couvre les conseils délivrés à tous les parents indépendamment de toute difficulté ; elle n'a certes pas pour effet d'éviter les risques mais outille les parents pour faire face à des situations courantes qui relèvent de la normalité. La prévention secondaire concerne des situations où des facteurs objectifs de risque (ou critères de vulnérabilité) déclenchent des actions individuelles d'accompagnement tandis que la prévention tertiaire renvoie aux mesures prises « à titre conservatoire » pour soustraire l'enfant d'une situation effectivement dégradée :

➤ « Prévention primaire :

- *Conseils de puériculture sur les soins de base du bébé à de jeunes parents les aidant à décrypter les pleurs et les rythmes de leur bébé.*

Prévention secondaire :

- *Accompagner un risque reconnu comme pouvant favoriser la survenue de maltraitance. Ces risques sont : une grossesse mal suivie ou non déclarée ou non désirée, la prématurité du bébé, les naissances multiples, le handicap chez l'enfant, une mère isolée, une mère dépressive, un parent déficient mental, un conjoint absent ou violent, une situation socio-économique difficile, un logement exigu ou insalubre.*

Cette prévention ne peut être mise en place sans la collaboration des parents (ex: TISF, hospitalisation mère/enfant, VAD puer, crèche...). Elle cible une population d'enfants dits "à risque".

Prévention tertiaire :

En cas de non collaboration de la famille à l'accompagnement proposé ou d'une collaboration médiocre ou préjudiciable à l'enfant, il y a une situation de danger. Dans ce cas, il y a une mesure administrative ou judiciaire afin de protéger l'enfant et de travailler dans le champ du symbolique et du rappel à la loi vis à vis des défaillances parentales. Il s'agit donc d'éviter une aggravation de la maltraitance ».

3.2.2 La qualification des actions de prévention primaire est souvent inappropriée au regard de la définition OMS

Malgré la variabilité des acceptions, la lecture des schémas permet de dégager des représentations récurrentes de la prévention primaire dans les départements :

➤ **La PMI**, en particulier sur le volet santé de son action, est très généralement associée à la prévention primaire en raison de la nature de ses interventions :

- **universalisme** : les examens systématiques s'adressent en principe à tous ;
- **suppression du risque** : certains actes empêchent purement et simplement l'apparition de pathologies pour chaque enfant et au bénéfice de tous (vaccins) ;
- **déconnexion entre l'intervention et tout risque avéré** : certains conseils en prévention, prodigués *a priori* aux parents et futurs parents, même ponctuels, peuvent avoir des effets positifs décisifs sur leur comportement et la santé de l'enfant (gestion des pleurs, etc.) ;

- **précocité des interventions** (quatrième mois de grossesse...) : même si, dans sa fonction de repérage en amont, la PMI peut être conduite à mener des actions individuelles relevant du secondaire ou tertiaire⁶⁷.
- **L'action collective**, en tant qu'elle s'adresse potentiellement à tous, est également souvent rattachée à la prévention primaire (soutien à la parentalité, etc.). L'enjeu est alors d'assurer un égal accès de tous à ces actions et peut-être, en corollaire, un accès privilégié des populations isolées, dans une logique d'universalisme proportionné.
- **L'action précoce** est très souvent assimilée à la prévention primaire, ce qui peut être le cas lorsqu'elle permet d'éliminer les causes conduisant à une mesure plus contraignante et complexe. Mais elle est souvent réalisée dans une optique de détection ou à la suite d'une détection (correction), qui relève en réalité de la prévention secondaire.
- **L'action positive**, qui prône une approche développementale, fait abstraction de toute approche par les risques ou les vulnérabilités : accès à la culture, au sport. Elle est aussi soucieuse de l'égalité d'accès mais est au cœur de la prévention primaire dans la mesure où ne s'inscrit pas dans une logique d'action corrective mais d'environnement propice.

Toutefois, indépendamment de la qualification qu'en font les départements, les schémas défendent majoritairement des modèles de prévention secondaire et tertiaire. Beaucoup d'axes et orientations stratégiques affichent en effet des ambitions de prévention qui, même lorsqu'ils sont qualifiés de primaire, relèvent en mode majeur de la prévention secondaire, voire tertiaire⁶⁸.

Aucun schéma ne propose de rupture décisive avec l'organisation de la protection de l'enfance dans le département telle qu'elle résulte des missions réglementaires de l'ASE, ce que supposerait pourtant un réel développement de la prévention primaire. Une telle rupture, visant à orienter l'action des services sur les déterminants de la prévention, c'est-à-dire vers la création d'environnements propices à l'épanouissement de l'enfant dans une logique d'investissement social, impliquerait une refonte en profondeur de l'organisation des services dans les départements ainsi qu'une réallocation des ressources qui ne pourrait que s'opérer au détriment des missions traditionnelles de protection. Or, et ce point est systématiquement mentionné dans les schémas, celles-ci ne cessent de croître et de se complexifier alors même que les contraintes budgétaires augmentent. Dès lors, les actions de prévention primaire que les départements appellent de leurs vœux ne peuvent que revêtir un caractère limité voire expérimental.

Il s'ensuit que les fiches action des schémas relatives à la prévention présentent un écart inévitable avec les ambitions des préambules et des axes stratégiques, pour se concentrer sur l'optimisation de l'efficacité des mesures de prévention le plus souvent secondaires : repérage et accompagnement des enfants ou parents en difficulté de la manière la plus précoce possible, ce qui passe le plus souvent, dans l'énoncé des fiches, par l'information, la sensibilisation, la coordination des acteurs, la communication, en vue de proposer l'accès à des dispositifs d'appui susceptibles d'éviter ou retarder les mesures administratives contraignantes.

⁶⁷ « Elle (la prévention) se fonde sur les actions conduites par la PMI en matière d'accompagnement périnatal (entretien prénatal précoce, développement de liaisons PMI avec les maternités...) et de prévention précoce à destination des jeunes enfants (dès la sortie de la maternité sur les situations de fragilité repérées, avec les puéricultrices et les médecins de PMI, en dépistage systématique à l'école entre 4 et 5 ans...). **Cette intervention s'inscrit dans une logique de prévention précoce et de prévention secondaire** auprès des familles avec de jeunes enfants, pour prévenir l'émergence et accompagner la résolution des difficultés médico-socioéducatives autour de la grossesse, de la naissance et des premières années de l'enfant ».

⁶⁸ Rappelons que la principale caractéristique d'une action de prévention primaire est de supprimer le risque en s'attaquant aux déterminants de ce dernier.

La prévention est souvent décrite comme la « *bonne intervention au bon moment, auprès de la bonne personne* » ; elle est ciblée et centrée sur le soin dans des situations détériorées. Il est d'ailleurs frappant de constater le recours très fréquent au terme *étayage* pour qualifier les objectifs des actions, utilisé le plus souvent dans le sens d'un renfort/soutien d'une situation bancale. Ce terme semble aussi marquer un positionnement autre du département, qui ne cherche plus à être un « *interlocuteur administratif obligé* » dans une logique de « *face à face* » ou de substitution mais un appui « *aux cotés* » de la famille. Au point qu'il est permis de s'interroger sur l'opportunité de placer systématiquement ce changement de posture sous le signe de la prévention et plus particulièrement de la prévention primaire :

- « **Accompagner** les familles vers leur épanouissement social et professionnel » ;
- « **Aider** les familles à développer leur projet de vie par la mobilisation de toutes les ressources (...) fait partie des fondamentaux du travail social auprès des familles : les professionnels cherchent et développent avec les parents les ressources leur permettant de faire face aux difficultés. **Il s'agit de s'appuyer sur les ressources personnelles des familles ainsi que sur les services leur permettant de les aider dans leur fonction parentale.** Un groupe de travail partenarial a d'ailleurs été chargé de réfléchir à cette question : « comment investir davantage le champ de la prévention primaire ? »

3.2.3 L'assimilation d'une *intervention précoce* à la prévention primaire conduit à des interprétations réductrices de cette dernière

Les acteurs de la protection de l'enfance font un lien fort entre prévention et intervention précoce ou plus exactement entre précocité de l'intervention et efficacité de cette dernière. Cette association va souvent de pair, dans les documents examinés, avec la notion de prévention primaire, réputée la plus efficace. Or, si le lien entre prévention primaire et précocité semble intuitivement évident, il peut être discutable de les assimiler totalement. La prévention primaire consiste en effet à agir à la source, c'est-à-dire à s'intéresser à la cause et donc aux déterminants d'une situation. Elle n'est pas forcément synonyme d'intervention, fût-elle précoce, déclenchée par la détection d'un problème ou même la recherche de son repérage (vulnérabilité).

L'assimilation du dépistage précoce des difficultés en PMI à de la prévention primaire peut ainsi conduire à une lecture réductrice de cette dernière et focaliser l'activité sur le seul repérage :

- « **La prévention primaire** : Les (PMI) jouent un rôle central en matière de dépistage et d'orientation dans le cadre du suivi médico-social des femmes enceintes et des enfants de 0 à 6 ans : les avis de grossesse, fiches de liaison et certificats de santé des 8ème jour, 9ème mois et 24ème mois sont des instruments de repérage précoce des situations de vulnérabilité. les consultations prénatales, tout comme les visites à domicile ont pour objectif de réaliser un dépistage précoce et un suivi renforcé des femmes enceintes en situation vulnérable. Les consultations destinées aux enfants de 0 à 6 ans »

Or, la prévention primaire cherche à « *créer un cadre favorable à...* » (en l'espèce au développement et à l'épanouissement de l'enfant), tandis que l'intervention précoce s'intéresse plus particulièrement au meilleur moment de l'intervention pour éviter la survenue d'un risque ou en limiter les effets. Les deux peuvent se recouvrir mais ne se confondent pas car n'obéissent pas à la même logique :

- « *Toute action publique vise à favoriser le bien-être des populations et à détecter puis traiter les zones de fragilité. Pour être efficaces, **les mesures de prévention doivent s'adresser à un public très large et débiter le plus précocement possible.** Elles doivent préparer l'enfant à devenir un être social en soutenant les parents, premier cercle de prévention. Les actions de prévention précoce débutent dès que les jeunes s'éveillent à la sexualité, prennent en compte la grossesse, les soutiens à domicile, l'éveil de l'enfant et l'accompagnement jusqu'à l'entrée en structure d'accueil ou à l'école »*
- « *Ce schéma de l'enfance et des familles a pour ambition de valoriser la participation des usagers, de **donner une priorité à la prévention la plus en amont possible, ainsi qu'à la promotion de la santé globale** ».*

Pourtant, l'intervention précoce, y compris en PMI, peut bien souvent relever d'une logique de prévention secondaire. Ceci est explicite dans certains schémas, où la prévention est conçue comme une aide et un accompagnement dans une situation néanmoins déjà compromise :

- « *Placer l'action publique sous l'angle de la prévention vise donc à permettre un accompagnement précoce et dans la continuité, primordial pour la personne aidée comme pour son entourage, afin d'éviter une dégradation de la situation ».*
- « *Privilégier la prévention pour éviter à terme la protection » en vue d'avoir « des actions moins curatives au final »*

En résumé, assimiler systématiquement la précocité d'une intervention à de la prévention primaire peut conduire à opérer un raccourci et s'abstenir de réfléchir à une prévention primaire encore plus ambitieuse. Si une information éducative précoce, souvent collective, est de nature à ancrer des comportements durables de prévention chez l'enfant (alimentation, etc.), relevant bien de la prévention primaire, une détection précoce, souvent individuelle, est certes un gage d'efficacité de l'intervention (enrayement d'un processus délétère) mais revêt à ce titre un caractère secondaire.

3.2.4 Le recours à une typologie alternative ou l'absence de typologie permet parfois d'échapper aux impasses de la prévention primaire

Certains schémas, pour qualifier leur approche de la prévention, s'émancipent du triptyque de l'OMS au profit d'une répartition qui reflète une politique et une philosophie d'action alternatives. Ils incluent néanmoins des dispositions qui, sans les avoir qualifiées comme telle, relèvent de la prévention primaire et sont même, paradoxalement, plus proches de son essence. Ne se situant pas dans l'accompagnement de personnes en difficulté mais plutôt dans des logiques **d'universalisme proportionné** et **d'égalité d'accès**, ils entendent embarquer, dans des actions ouvertes et propices à tous, des publics qui pourraient ne pas en bénéficier spontanément :

- « ***Favoriser l'accès des jeunes et des familles aux loisirs, au sport et à la culture. L'accès aux loisirs, aux sports et à la culture est un facteur de développement, de sociabilité de construction du lien social ; il nécessite un accompagnement pour un certain nombre de familles défavorisées et isolées. (...) Afin de lutter contre l'isolement des familles, de prévenir des risques environnementaux chez certains enfants ou adolescents vivant dans un quartier sensible ou dans des zones rurales peu équipées et afin de développer la sociabilité et du lien social, il est recommandé :***
 - *de poursuivre et développer des actions collectives telles que des **séjours éducatifs pour des enfants primo partants, des parcours de découvertes culturelles, ainsi que des actions de développement social local ;***

- de développer les partenariats avec le milieu associatif (TISF, centres sociaux, association familiales, association d'insertion...) en privilégiant les ressources locales ;
 - de développer des actions mutualisées avec les Pôles jeunesse territoriaux autour de ***l'accès aux sports.*** ».
- « Les priorités du nouveau schéma 2016-2021 vont servir de « fil rouge » (...) :
- une aide apportée à toutes les familles : Toutes les familles notamment à la naissance d'un enfant doivent pouvoir bénéficier d'un accompagnement personnalisé si elles le souhaitent. ***Les actions de ce schéma seront toujours orientées vers l'universalité. Elles seront plurielles pour que chaque famille puisse être accompagnée et soutenue selon le degré de difficultés qu'elle rencontre sans se sentir stigmatisée*** ;
 - la recherche d'une prévention la plus précoce possible car nous savons tous qu'il « vaut mieux prévenir que guérir », que plus on tarde à repérer les difficultés, plus elles seront difficiles à résoudre et plus elles entraîneront des « dégâts humains et financiers ».

Plusieurs schémas départementaux introduisent une distinction inédite **entre *prévenance* et *prévention***. Dans ce cas, la prévention est ce qui s'adresse expressément aux seules personnes en situation de fragilité et le schéma départemental ne fait pas de cette dernière un axe en tant que tel puisque toute sa construction est, par définition, censée s'inscrire dans la prévention. Il se veut opérationnel et se concentre sur les situations à risques (séparation des parents, situation périnatale à risque, etc.) :

- « ***Alors que les actions de prévenance s'adressent à tous, la prévention vise des publics ciblés, préalablement repérés comme présentant des risques, et elle doit proposer des actions visant à éviter que ces risques ne dégèrent en situations de maltraitance.*** ».

Une autre approche consiste à distinguer la ***prévention ciblée*** de la ***prévention de droit commun***. L'AEMO, l'accompagnement à domicile, relèvent alors de la première tandis que les actions en direction des futurs parents, des jeunes enfants, de la santé, de la parentalité mais aussi de la prévention spécialisée relèvent de la seconde. D'autres plans se réfèrent à la notion de ***prévention générale*** :

- « ***La prévention générale concerne un ensemble d'actions territorialisées, auxquelles s'ajoutent les actions de médiation familiales, les actions de prévention des ruptures scolaires, ainsi que les actions de bilan et d'orientations spécialisés qui sont mises en œuvre dans le cadre d'un partenariat construit avec l'Éducation nationale et le secteur associatif.*** »

Encadré 3 : Des approches transversales encore peu convaincantes

Des approches transversales tendent à se développer dans des « *schémas uniques* », en particulier dans des départements de petite taille, ce qui peut s'expliquer par un souci compréhensible de mutualisation des moyens et d'économies d'échelle. Elles mobilisent les notions de *soutien, ressources...* et s'inscrivent d'emblée dans une approche *d'égal accès de tous* à des services favorisant la promotion de la santé, l'autonomie, etc. plutôt qu'un traitement des situations par les risques et les publics. Les auteurs escomptent « *une offre plus équitable pour la population* », une « *politique de prévention plus globale et moins segmentée par public/institutions/territoires* ». Au prix toutefois d'une moindre lisibilité des plans d'action et de l'offre de service, ce que l'ONED avait d'ailleurs déjà identifié dans son rapport 2015. Ce d'autant plus qu'en pratique, les solutions proposées dans les fiches actions de ces schémas ne se distinguent pas fondamentalement de l'offre classique : AED renforcées, accompagnement à domicile, préparation améliorée et accompagnement de la sortie de l'ASE des jeunes (16-20 ans).

3.3 Sauf lorsqu'elle est pensée, la partition des actions entre prévention et protection s'avère peu féconde pour définir la prévention

3.3.1 Quand prévention et protection sont opposées

Un certain nombre de schémas définissent la prévention par opposition à la protection. Dans cette acception, « *tout ce qui n'est pas protection fait en quelque sorte prévention* ». Il s'ensuit que le domaine potentiel de la prévention est très vaste et peut contenir pêle-mêle une variété très importante d'actions qualifiées de préventives.

Tirée des évolutions de la loi de 2007, cette lecture conduit à assimiler à de la prévention toutes les actions qui se situent en amont des mesures judiciaires ou sont réalisées en dehors du placement :

- « *La subsidiarité du judiciaire, instaurée par la loi du 5 mars 2007 (...) oblige (...) l'administration à devoir épuiser toutes ses ressources d'action avant la saisine de l'autorité judiciaire. Cette réforme substitue à la notion de maltraitance, celle de danger ou de risque de danger pour l'enfant, qu'elle définit comme la mesure de toute entrave portant préjudice à sa santé physique, psychique, à son développement multiforme ainsi qu'à celle des anomalies éducatives parentales* »
- « *Une politique de prévention à redéfinir* » : « *Même si depuis longtemps, les activités des trois services du Département concourent à la prévention des difficultés éducatives, sociales et médico-sociales dans les familles, la loi du 5 mars 2007 lui donne une toute autre ampleur, du fait de l'objectif de « déjudiciariser » et de graduer les réponses apportées aux familles, aux enfants et aux jeunes. **L'action de prévention intervient en amont d'une mesure de protection judiciaire et vise à apporter un mieux-être à l'enfant et à développer les compétences de ses parents.*** »
- « *Au titre de la prévention, l'objectif de travail principal est d'œuvrer pour maintenir les enfants dans la cellule familiale, en mobilisant 2 types d'aides : aides financières aux familles et aides socio-éducatives (TISF, AEMO...)* »
- « *PREVENIR : il s'agit d'amplifier les actions préventives visant non seulement à éviter le placement des enfants mais également à accompagner et consolider des situations de retour en famille après placement. PROTEGER : assurer à chaque enfant accueilli un cadre favorisant la résilience et, dans le même temps, coordonner l'intervention sociale auprès des parents dont l'enfant a été confié afin de réunir les conditions nécessaires à son retour dans sa famille.* »

La prévention apparaît également parfois dans une logique séquentielle, inspirée de la loi, où sont successivement distingués la prévention, le signalement puis, en dernier recours, la prise en charge diversifiée. Dans ce triptyque, la prévention se traduit par tous les types d'actions dont :

- « *La mise en place systématique de l'entretien au 4e mois de grossesse, afin de détecter en amont d'éventuelles difficultés d'ordre psychologique ou social, le contact de la Protection maternelle infantile (PMI) avec les parents à la maternité (avec visite si une difficulté est détectée chez les parents), la généralisation des bilans à l'école maternelle pour les enfants entre 3 et 4 ans, et à l'entrée en primaire, le développement des prestations éducatives d'aide à domicile* » (...) Dans ce schéma, « *les actions développées dans le cadre des REAAP participent aux actions de prévention primaire et généraliste* », tandis que « *La prévention des risques de danger s'effectue dans le cadre du dispositif de recueil, d'évaluation et de traitement des informations préoccupantes* ».

Certains schémas pointent les limites de ce qu'ils considèrent être un clivage nuisible à leur volonté de déployer « *une logique préventive permanente* » même si l'on peine à percevoir les implications pratiques d'une démarche transcendant ce clivage :

- « *Trop souvent, la notion de prévention est opposée à la logique de protection créant ainsi des formes de rupture voire d'irréversibilité. L'enjeu pour les années à venir est de dépasser ce clivage. C'est-à-dire : de diffuser aussi largement que possible la culture, les outils et les pratiques de prévention de la difficulté éducative et de soutien à l'autorité parentale de développer la précocité du soutien éducatif et de maintenir une approche préventive c'est-à-dire confiante dans l'avenir à tous les moments de l'accompagnement, d'irriguer les pratiques de protection à partir des pratiques de prévention plus ouvertes, plus concrètes, plus lisibles, plus territorialisées et plus transversales déjà à l'œuvre sur le territoire, d'établir une continuité lisible et pilotée entre l'intervention éducative conduite en amont des mesures et les mesures administratives et judiciaires elles-mêmes.* »

C. Sellenet, à la faveur d'une étude réalisée auprès des personnes de la PMI de Loire Atlantique, a rappelé la manière dont le terme « protection » était diversement interprété et parfois volontairement écarté en raison des connotations qui lui étaient prêtées. Alors que, parmi un groupe de puéricultrices interrogées pour décrire leurs missions, le mot protection apparaît en deuxième après le mot prévention, le groupe des médecins cite uniquement le mot prévention : « *le premier argumentaire associe le terme protection à celui de contrôle (protéger contre). Protéger serait alors faire barrière, s'opposer aux parents et donc abandonner une lecture compréhensive de la situation globale. Cette mission de protection est donc moins appréciée que celle de prévention. La seconde raison est institutionnelle, elle traduit la crainte que la PMI soit essentiellement perçue comme un service centré sur « ce qui ne va pas », « les cas difficiles »* ».

Cette représentation de la protection peut expliquer pourquoi la prévention, littéralement idéalisée, est citée à de multiples occasions dans le registre sémantique de l'enfance. Plus encore, elle éclaire ce pourquoi, particulièrement à la PMI, l'accent est systématiquement porté sur la prévention primaire ou universelle, au risque de dévoyer la notion et de creuser l'écart entre l'activité de prévention « souhaitée » et, par la force des choses, le travail effectivement « réalisé ».

Or, C. Sellenet rappelle que la protection est d'abord « *une action de protéger, de défendre quelqu'un contre un danger, un mal, un risque mais c'est aussi des moyens mis en œuvre (Ce qui protège, assure contre un risque, un danger, un mal)* » (...) « *Les synonymes du terme protection, nombreux, offrent une belle palette de positionnements possibles auxquels il serait dommage de renoncer : (...) assistance, conservation, défense, restauration, sauvegarde, secours, tutelle (...) asile, bouclier, garantie, refuge, rempart, soutien (...) encouragement, mécénat, parrainage (...). Certes, les dangers auxquels sont exposés les enfants ont en partie évolué, certains ont disparu, d'autres sont propres à notre époque (on pense aux addictions aux nouvelles technologies...), mais la protection reste l'une des dimensions centrales de la PMI* ».

En fin de compte, la répartition des actions à partir d'une césure entre prévention et protection ne se traduit pas par des pratiques d'intervention foncièrement différenciées et ne fournit donc pas une grille de lecture clarifiant le cadre d'action caractéristique de la prévention.

3.3.2 Quand prévention et protection sont articulées

Lorsque, *a contrario*, l'articulation protection/prévention est le fruit d'une réelle réflexion sur la prévention, les orientations gagnent en lisibilité et les fiches-action sont structurantes, rendant le schéma plus explicite. Dans l'exemple ci-dessous, tout ce qui permet d'assurer la continuité

entre la prévention et la protection (dans le temps et entre services), est considéré comme un acte préventif puisque de nature à éviter une prise en charge erratique voire une rupture brutale dans le parcours. :

- *« Orientation n°1 : Mobiliser de manière optimale les outils de prévention primaire et secondaire existants au bénéfice des enfants et des familles : (...) renforcer le partenariat entre les acteurs intervenant dans le champ de la Périnatalité, offrir un étayage aux TISF dans le cadre de leur mission de prévention*
- *Orientation n°2 : De la prévention à la protection : favoriser la continuité des parcours et la prise en compte globale des besoins des enfants et des familles **par le renforcement des articulations entre les accompagnements de prévention et de protection de l'enfance** : (renforcer le travail en transversalité entre les services (service social, PMI, ASE, Psychologues ASMS, éducatrice de prévention), mieux articuler les interventions de chacun tout au long de l'accompagnement.»*

En corollaire, les partenariats, qui apparaissent souvent comme la pierre angulaire des plans d'action, sont perçus comme des actes de prévention. La transversalité et l'exigence de coordination qui en découlent restent entendues comme la mobilisation optimale, au bon moment et le plus tôt possible, des différents outils d'accompagnement des publics en difficulté. Même s'il s'agit de prévention secondaire, il s'agit bien de prévention, dont l'objet n'est pas tant de prévenir les difficultés (elles sont avérées) que la rupture préjudiciable de prise en charge :

- *« En renforçant le travail en matière de prévention et en **faisant jouer les complémentarités entre les acteurs intervenant auprès des familles**, le Département se place dans une logique de prévention des risques éducatifs et se donne pour objectifs de **continuer à réguler, voire réduire les flux en matière de mesures d'accueil au service** ».*

Dès lors, il n'est pas surprenant que dans le département en question, le schéma départemental⁶⁹ fasse de la mise en place du protocole de coordination de la prévention, une pièce essentielle de son dispositif et se fixe pour objectif de « **Réunir l'ensemble des professionnels autour d'une éthique commune de la prévention** ».

Cette préoccupation de la coordination en vue de donner corps et cohérence aux actions de prévention à partir de l'offre existante, se retrouve fréquemment dans les schémas :

- *« Si le précédent schéma revisitait l'offre sociale et médico-sociale, le nouveau schéma 2017-2021 souhaité par le Département, **axe davantage sur le cadre de coopération et de coordination à mettre en place entre les acteurs de terrain, les institutions et avec les familles** »*
- *« Repenser les pratiques pour **faire de la prévention une priorité partagée par tous les acteurs** (départementaux et locaux) et mobiliser l'ensemble des ressources autour des familles rencontrant des difficultés éducatives ».*

⁶⁹ Schéma départemental enfance famille 2017-2021.

3.4 Le virage annoncé de la prévention ne se traduit pas par une modification en conséquence des pratiques et organisations du département dans les schémas

La lecture des plans d'action déclinant les axes stratégiques énoncés dans les schémas révèle un écart entre les intentions affichées en termes de prévention et leur traduction opérationnelle dans les fiches action. Certains départements, plutôt rares, ont pris le parti d'assumer une approche pragmatique en ne cherchant pas à élargir leur palette d'interventions en prévention mais plutôt à optimiser les dispositifs existant, quitte à circonscrire leur dimension préventive.

L'un d'eux, entièrement tourné vers le repérage et la prise en charge, fait même figure d'exception, en ne faisant aucune référence à la prévention :

- ▶ « 6 orientations, 14 objectifs stratégiques et 51 actions :
 - *Orientation 1 : Consolider le dispositif de repérage et d'évaluation des situations d'enfants en danger ou risque de danger ;*
 - *Orientation 2 : Mieux répondre au public et aux problématiques de la prévention spécialisée ;*
 - *Orientation 3 : Moduler l'accompagnement à domicile en fonction des besoins des enfants et des parents ;*
 - *Orientation 4 : Adapter et diversifier l'offre d'accueil pour garantir une adéquation des prises en charge aux profils des enfants accueillis ;*
 - *Orientation 5 : Préparer le passage à l'âge adulte à la sortie du dispositif de l'Aide sociale à l'enfance ;*
 - *Orientation 6 : Améliorer la continuité et la cohérence des accompagnements réalisés auprès des enfants et de leurs familles » ;*

Mais quand, en revanche, ils mettent l'accent sur un renforcement de leur actions dans le champ de la prévention, rares sont les schémas qui en tirent explicitement les conséquences sur leur organisation et les pratiques professionnelles :

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

L'absence fréquente de référence à un nouveau schéma de service susceptible d'accompagner la mise en place d'une politique de prévention, alors que l'avènement de cette dernière est en général présenté comme une rupture ou une évolution majeure, conduit à s'interroger sur la portée réelle de l'évolution annoncée.

4 LA PERCEPTION DES ACTEURS CONFIRME LES CONSTATS OPERES DANS LES SCHEMAS ANALYSES

4.1 Les commentaires des professionnels reflètent les doutes, interrogations et ambivalences sur la prévention

Certains départements profitent de l'élaboration de leur schéma pour interroger leurs pratiques et donnent à ce titre la parole aux professionnels⁷⁰. Les doutes exprimés par ces derniers, le plus souvent dans la partie diagnostic des schémas, reflètent des organisations mises en tension entre les ambitions préventives affichées d'une part, les contingences budgétaires et l'urgence du terrain d'autre part, au risque parfois de les exposer à des injonctions paradoxales :

- « Où commence et où se termine la prévention ? »
- « Il ne faut pas méconnaître les limites et le caractère parfois illusoire de la prévention »
- « La prévention s'adresse à tous les publics, au-delà des publics « captifs » du Conseil général »
- Les professionnels s'interrogent pour résoudre un certain nombre de « contradictions » : prévention / protection ; contractualisation / assistance ; approche globale/ actions ciblées ; actions dans l'urgence/ actions dans la durée »
- « L'articulation entre la prévention et la protection est essentielle selon les professionnels de PMI. Certains regrettent la montée en charge des missions de protection (notamment les évaluations d'informations préoccupantes, les synthèses...) au détriment des actions de prévention pour les puéricultrices »

L'expression des professionnels dans certains diagnostics permet d'apprécier leur propre lecture de la prévention primaire au travers, en premier lieu de ce qu'ils y rangent, en second lieu de ce qui leur donne satisfaction ou au contraire leur paraît dysfonctionner. On y trouve de manière surprenante des actions qu'on s'attendrait *a priori* à retrouver dans le chapitre de la prévention secondaire. Ils rangent de même dans cette catégorie l'accompagnement des familles par les services gardiens, le recueil, le traitement et l'évaluation des informations préoccupantes mais aussi la prise en charge des situations d'enfants en urgence.

- « Les répondants (au questionnaire⁷¹) estiment que les **actions de prévention** primaire réalisées dans le département sont globalement satisfaisantes. Selon eux les 4 principaux points forts actuels de la prévention primaire (dans le département) sont les suivants : Les interventions du service social polyvalent, les visites à domicile des puéricultrices, les consultations réalisées par les centres de PMI, les bilans de santé réalisés en école maternelle. Selon les répondants, les 2 principaux points faibles actuels de la prévention primaire dans le département sont la connaissance des dispositifs par l'ensemble des partenaires impliqués, les actions mises en œuvre dans le cadre de la prévention spécialisée. Viennent ensuite les actions de soutien à la parentalité menées sous l'égide du REAAP, les aides financières en direction des familles et les lieux d'accueil parents enfants et actions collectives des CMS ».

⁷⁰ *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.

⁷¹ Il s'agit d'un questionnaire dispensé par le département dans le cadre des travaux préparatoires du schéma.

4.2 Les réponses au questionnaire adressé aux départements corroborent les constats

4.2.1 Les freins vécus à la prévention

Interrogés sur les principales lacunes et difficultés qu'ils identifient en matière de prévention, les répondants au questionnaire adressé aux conseils départementaux ont produit de nombreux commentaires. Ils convergent pour signaler :

- un manque de temps de l'ASE, concentrée sur l'urgence des situations à traiter, reléguant les actions de prévention au second plan, notamment les actions de protection collective, et sensiblement aggravé récemment par l'accompagnement des mineurs non accompagnés (MNA). A noter, côté PMI, la constance avec laquelle sont rappelés les difficultés de recrutement (médecins en particulier, infirmiers, puéricultrices), conduisant à une concentration de l'action sur les seules urgences et les familles les plus précarisées, au détriment de la vocation universaliste des missions. Plusieurs départements mentionnent, relayés en cela par certaines auditions, la prise en charge croissante par la PMI de consultations de « première ligne » pour pallier l'absence de médecin traitant sur le territoire. Certains départements ont instauré en conséquence des consultations d'infirmiers ou de puéricultrices ;
- un manque de moyens humains et matériels⁷² et des crédits contraints majoritairement orientés vers les actions de protection (décalage entre des ambitions politiques pertinentes (pauvreté, parentalité) et des moyens financiers et humains réduits) ;
- une définition de la prévention et des actions qui en découlent différente selon les acteurs⁷³ ;
- le nombre et la diversité des acteurs (coordination et transmission de l'information) rendant difficile la lisibilité des actions ;
- une difficulté à évaluer l'impact des actions dans le temps⁷⁴ ;
- la disparité, le maillage territorial inégal des dispositifs sur le territoire et leur accessibilité.

On note par ailleurs, plus ponctuellement :

- la connaissance et l'appropriation par les professionnels des ressources de droit commun pour l'accompagnement ;
- l'insuffisante prise en compte des questions budgétaires des familles et plus généralement d'approche globale de leur condition de vie (logement...) ⁷⁵ ;
- la croissance des situations où les troubles psychiques des parents prennent le pas et rendent la prévention limitée ;

⁷² Ce point a aussi été souligné lors des auditions de la mission : manque de matériel informatique, ordinateurs et téléphones portables

⁷³ Un département corrobore les constats de la mission : « La définition de la prévention est imprécise. Elle souffre d'une absence de lisibilité et d'une confusion entre prévention primaire, secondaire et tertiaire ».

⁷⁴ Un département signale même que « le développement des mesures de prévention en ...n'a pas permis de stopper l'évolution des placements, administratifs ou judiciaires ».

⁷⁵ « On se rend compte que les enfants et leurs familles rencontrent des difficultés de plusieurs ordres et souvent cumulées (...) c'est le travail de coordination qui fait parfois défaut »

- l'insuffisance du soutien psychologique (attente d'une année pour un suivi en CMPP), l'absence de diversification des réponses (notamment les thérapies brèves), la nécessaire diversification de l'offre pour une prise en charge très individualisée, l'absence de pédopsychiatrie.

4.2.2 Les démarches considérées comme emblématiques de la prévention

Les difficultés soulevées par les départements ne les empêchent pas de signaler des interventions qu'ils souhaitent faire valoir au titre de bonnes pratiques de prévention.

Il est frappant en premier lieu de constater que beaucoup d'actions valorisées au titre de la prévention ont pour objet le partenariat et le travail en concertation, selon des configurations et des objets variés :

- CAF/CPAM/CD ;
- CAF/MSA/CD ;
- ASE/PMI/secteur/insertion/psychologie ;
- CD/centres sociaux ;
- Justice/État/CAF/MSA/services associatifs/ éducation nationale/prévention spécialisée/CD ;
- Service de psychiatrie/PMI/LAEP, etc.

A signaler également :

- la volonté d'expérimenter une **mesure unique**, en lien avec un référentiel d'évaluation des besoins fondamentaux des enfants, pour raisonner à partir des besoins et non plus à partir d'un système de ratios ou de fréquence d'interventions dans les familles (Loire Atlantique).
- Au sein de la PMI :
 - le suivi des bilans de santé des enfants de 4 ans ;
 - le lien avec les maternités privées ;
 - la réalisation de 95 % des bilans des 3- 4 ans dans un département ;
 - l'écriture du **référentiel PMI** ayant permis aux professionnels de s'exprimer et de réfléchir à leurs pratiques (tous les professionnels du pôle concernés) puis de constituer la feuille de route pour harmoniser les pratiques et rendre équitable le traitement des usagers ;
 - le recentrage des médecins de PMI sur la médecine clinique et le rôle d'expertise et conseil auprès des familles vulnérables, donnant satisfaction aux équipes ;
- Au sein de l'AEMO:
 - en particulier toutes les actions qui, sous des appellations diverses, relèvent de l'AEMO renforcée (interventions et placement à domicile, accueil de jour...)
- Au sein de l'éducation nationale :
 - la présence des équipes de prévention au sein des collèges pour éviter les ruptures éducatives lors de sanctions/exclusions et dans le développement de projets sur différentes thématiques (réseau sociaux, relations hommes/femmes, etc.).

4.2.3 Les définitions de la prévention proposées par les départements

A la question de savoir quelle définition ils donneraient de la prévention en protection de l'enfance, les départements ont, logiquement, répondu avec la même diversité que dans les SDPE. Cette variété ne dément pas, cependant, les traits communs massivement décelés dans les schémas à savoir la place prépondérante de la prévention secondaire, ici lucidement assumée.

Sont ainsi considérés comme relevant de la prévention :

- « Etre à même de **repérer des difficultés potentielles** et orienter les familles vers les services adaptés »
- « Toute action permettant de **prévenir les situations de danger** ou de risque de danger, travaillée en lien avec la famille et l'enfant »
- « **Réduire les risques** avant l'apparition de tous problèmes (...). La prévention se doit donc de dépister les fragilités afin de les traiter par un accompagnement adapté aux besoins de la famille.»
- « **Eviter des situations de maltraitance** en agissant d'abord sur l'environnement immédiat de l'enfant dès lors qu'il y a repérage, en agissant sur les autres facteurs qui peuvent induire chez les parents des comportements inadaptés »
- « **Assurer un détection précoce des carences parentales et des troubles associés** »
- « Actions individuelles et/ou collectives permettant de **prévenir une situation de danger** ou de risque de danger. Elle doit se distinguer de l'ensemble des mesures ou prestations de protection à domicile avec ou sans hébergement »
- « Soutenir et conforter les compétences parentales (...) pour **éviter la dégradation de la situation, à favoriser le maintien des liens familiaux** »
- « Ensemble des mesures et des actions destinées à **aider les familles à résoudre les difficultés qu'elle rencontre** »
- « intervenir pour **éviter l'aggravation de difficultés** notamment éducatives ».

Certains départements privilégient une approche pragmatique consistant à considérer que la prévention s'exerce dans un logique de continuum, même dans le cadre d'une mesure de protection :

- « **Dès lors qu'un professionnel intervient auprès d'une famille il est possible de considérer que l'on entre dans une forme de prévention.** La limite avec la protection pourrait s'établir dès lors que l'enfant est sorti de son milieu naturel, de sa famille, pour être placé. Là encore cependant, la prévention continue de s'exercer auprès de la famille et l'enfant grâce à l'action des différents professionnels qui les entourent. C'est pourquoi **il faudrait voir prévention et protection comme un continuum d'actions** plutôt que comme deux politiques distinctes l'une de l'autre ».

La réponse aux besoins de l'enfant et/ou de la famille, avec une forte composante d'accompagnement, apparait comme un axe fort de prévention de la protection de l'enfance :

- « Toutes les actions du département (PMI, Polyvalence de secteur, développement social, insertion, ...), les collectivités territoriales, la Caf, les associations familiales, les centres sociaux ... **visant à répondre aux besoins des familles**, à les accompagner et soutenir les parents dans leur rôle de parents relève »
- « Mettre en œuvre les soutiens et les ressources permettant à toutes les familles de **trouver réponse à leurs besoins au moment où elles en ont besoin** »

- « *Accompagnement et étayage des familles pour évaluer leur capacité et compétence afin de les conduire vers une autonomie éducative et organisationnelle qui réponde **au besoin de l'enfant** et notamment à sa sécurité* »
- « *Répondre le plus en précocement possible des situations de dangers ou de carences éducatives afin de garantir le développement de l'enfant et son accès aux **besoins fondamentaux*** »
- « *Toute action visant à renforcer le lien d'attachement, les compétences parentales, l'autonomie des familles dans l'éducation de leur(s) enfant(s)* »
- « *Permettre aux parents de **répondre aux besoins de leurs enfants** (...) Elle (la prévenance) doit tenir compte des droits fondamentaux des enfants : sociaux, affectifs ou culturels. Elle concerne l'ensemble des personnels en lien avec les mineurs dans un souci de prévenance* »
- « ***Accompagner**, soutenir les parents dans leurs fonctions parentales* ».

Enfin, la politique de prévention n'est pas dissociée dans certains départements de toutes les autres politiques susceptibles de concourir à la protection de l'enfance. Elle induit des approches globales, territoriales :

- « *La philosophie de la politique de protection de l'enfance (...) est de contribuer à un renforcement massif des actions de prévention en développant en particulier et de manière systématique les **articulations avec les autres politiques publique relevant du droit commun** en direction des familles. Aussi les travaux autour du schéma de la parentalité sont coordonnés avec les objectifs du SEJF, les axes de la PMI en matière de santé publique sont en adéquation avec les objectifs ciblés en termes de petite enfance. La politique d'insertion en direction des bénéficiaires du RSA est aujourd'hui pensée comme pouvant contribuer à améliorer les conditions de vie des familles. La politique du Département en matière de Jeunesse et des Sports est dirigée vers les publics prioritaires de la solidarité. Pour mener à bien la synergie de ces actions, l'organisation territorialisée des services s'est déployée dans la logique d'une plus grande proximité et de transversalité des acteurs au profit des familles. (...). Aussi, pour le Département (...), la prévention constitue la mise en lien de l'ensemble de ses politiques en direction des familles en plaçant l'enfant au cœur des objectifs partagés. **Aussi le défi de la prévention en s'adossant sur la nécessité de faire de la protection de l'enfance une priorité, nécessite la mise en synergie de l'ensemble des politiques publiques par le décloisonnement des pratiques et l'engagement de l'ensemble des acteurs*** ».
- « ***Approche globale** des problématiques rencontrées dans les situations familiales dans les domaines de la **santé, de l'accès aux droits, logement, insertion et précarité**. Toute action permettant de réunir les conditions favorables à l'épanouissement, et au bon développement de l'enfant au sein de sa famille* ».

ANNEXE 5 :

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

1 UNE CLARIFICATION DU CHAMP DE LA PREVENTION EST NECESSAIRE AFIN D'IDENTIFIER LES COMPETENCES RESPECTIVES DES ACTEURS ET DE BATIR DES POLITIQUES PUBLIQUES LOCALES EN CONSEQUENCE

1.1 A la croisée des chemins, les départements se trouvent placés devant un choix décisif

La première question à laquelle il doit être répondu est celle du périmètre de la prévention retenu par le chef de file de la protection de l'enfance qu'est le conseil départemental. Si l'on considère que son champ d'application est celui des mineurs dont le « *développement est compromis du fait des situations adverses auxquels ils ont été confrontés* », le travail du département, en premier lieu de l'ASE, est avant tout de retenir des « *principes pour un cadre de suppléance compensateur structurant* ⁷⁶ ». Si l'on considère au contraire que la mission préventive du département revêt avant tout un caractère universel et a vocation à s'appliquer à tous, sans considération *a priori* de l'existence de difficultés, le travail du département est davantage axé sur l'environnement de l'enfant.

La prévention ne peut être envisagée de la même manière selon le cas. Dans le premier cas, elle est ciblée, centrée sur l'enfant (ou ses parents) et ses / leurs difficultés. Il ne saurait vraiment être question de prévention primaire. On se situe « *au début de la maladie* », pour reprendre la définition de l'OMS, et la prévention sera d'ordre secondaire. L'intervention devra être la plus précoce possible mais cette précocité n'a pas tant pour objet ni pour effet d'éviter les difficultés que de les compenser comme la définition ci-dessus l'exprime bien. Dans le second cas, le champ de la prévention est universel et les actions conduites, souvent de nature collective, s'adressent à tous.

Une voie d'équilibre consiste à défendre l'idée selon laquelle l'universalisme n'interdit pas un réalisme conduisant à concentrer les efforts sur les publics défavorisés, préalablement définis puis repérés, dans le souci de leur donner des chances égales d'accès au développement de la personne. Il s'agit de la notion d'*universalisme proportionné*, impliquant qu'un droit ouvert à tous doit l'être plus particulièrement aux populations les plus vulnérables si l'on tient à ce qu'il soit également accessible à tous⁷⁷. A titre d'illustration, la ville de Lyon a mis en place un système par points, où les demandes de places en crèche offrent plus de poids aux critères sociaux. Les parents obtiennent plus de points s'ils sont en situation d'isolement ou si leur enfant est porteur

⁷⁶ Les besoins fondamentaux de l'enfant en protection de l'enfance, Dr Marie-Paule Martin-Blachais, 2017.

⁷⁷ « *L'ensemble de la population accède aux stratégies de prévention et de soin tout en accordant une attention particulière aux populations les plus vulnérables* » In rapport terra nova.

d'un handicap, mais moins de points s'ils ont des revenus élevés. La mission, qui ne conteste pas la pertinence de cette approche, ne la retient pas à ce stade des travaux. En effet, le concept d'universalisme proportionné permet de décrire et qualifier le point d'aboutissement d'une politique de prévention assumée mais ne constitue pas une grille de lecture suffisante dans le cadre de l'exercice en amont, objet de la présente annexe, consistant à chercher à identifier les leviers et acteurs pertinents de la prévention en protection de l'enfance. En d'autres termes, le recours au concept d'universalisme proportionné trahit la difficulté du préventeur à atteindre les objectifs qu'il se fixe. Il est le résultat, mais ne peut être le fondement, d'une politique de prévention synthétisant le meilleur compromis possible au vu du diagnostic et des moyens disponibles dans l'instant. Il ne peut pas constituer un cadre d'action explicatif *a priori*.

1.2 Opérer une bifurcation en investissant de nouveaux champs ou renforcer les missions clés en se concentrant sur l'accompagnement des enfants confrontés à des difficultés

La prévention en protection de l'enfance souffre des contraintes de la prévention en général, *a fortiori* dans un contexte de moyens contraints et alors que la pression du traitement prioritaire des situations d'urgence se fait ressentir sur le terrain : alors que tout *préventeur* sait que la prévention la plus efficace est, selon la nomenclature retenue, la prévention primaire ou la prévention universelle, il peine à faire la démonstration de l'utilité ou plus exactement du rendement de l'investissement de long terme. De ce point de vue, le retour sur l'investissement de l'action préventive et la part qui lui est attribuable dans l'évolution favorable d'une situation multifactorielle étant par définition difficiles à apporter, il y aurait lieu de mieux documenter le lien entre prévention et réduction des dépenses de l'ASE pour permettre de justifier les nécessaires réallocations des ressources qu'appellerait tout changement substantiel d'orientation d'une politique de prévention. Au-delà des seules réductions de dépenses de protection constatées, dont les effets peuvent au demeurant être tardifs dès lors qu'il s'agit d'agir en profondeur, cela supposerait de sortir du suivi d'indicateurs de court terme et surtout d'indicateurs négatifs (nombre d'informations préoccupantes, de placements...), au profit d'une approche plus qualitative tels que, par exemple, un baromètre du bien-être des enfants, voire des adultes que sont devenus ces enfants⁷⁸.

Pour l'heure, écartelée entre des ambitions universalistes et le pragmatisme requis par les contraintes budgétaires et les évolutions sociétales, la politique de protection de l'enfance doit opérer des choix afin d'identifier quels sont les acteurs les mieux placés, pour quel type de prévention.

Les incitations législatives en faveur de la prévention et les compétences générales du conseil départemental dans le domaine de l'enfance invitent certes ce dernier à préférer promouvoir des actions positives plutôt qu'à se situer et être perçu sur le seul registre de la protection et de l'intervention. La longue expérience des professionnels et leur compréhension des facteurs de

⁷⁸ Dans le champ de la petite enfance, les programmes expérimentaux nord-américains conduits dans les années soixante (Perry Preschool) et soixante-dix (Carolina Abecedarian) ont mesuré les effets à long terme de programmes éducatifs précoces et intensifs en comparant les résultats du groupe testé avec ceux d'un groupe témoin. Dans le premier cas, l'évaluation a porté sur la réussite scolaire à 5 ans et 14 ans, ainsi qu'à l'âge des études supérieures, puis sur la réussite socio-économique, en s'intéressant aux taux d'emploi et d'accès à la propriété. Elle a par ailleurs mesuré l'impact des expérimentations sur la responsabilité sociale à travers le taux de criminalité et la situation familiale à 27ans. Dans le second cas, les enfants ont été suivis jusqu'à l'âge de 30 ans et les résultats ont porté successivement sur leur développement cognitif, leur parcours scolaire, leur réussite professionnelle ou encore la réduction de risques sociaux tels que la grossesse précoce.

danger pour l'enfant renforcent leur conviction de la nécessité d'agir de manière préventive plutôt que curative. Mais cette ambition est contrecarrée, d'une part par la vocation historique du conseil départemental, confortée par les textes, d'assurer une mission de protection des enfants *stricto sensu*, d'autre part par les réalités du travail quotidien des équipes du département, assignées prioritairement à la prise en charge des enfants d'ores et déjà confrontés à des difficultés.

En effet :

- le dispositif normatif en matière d'enfance au sein du code de l'action sociale et des familles (CASF) est principalement orienté sur les publics en difficulté. De manière générale, tout ce qui y est désigné « prévention » dans ce domaine s'apparente, selon la typologie retenue, à de la prévention secondaire voire tertiaire ou à de la prévention ciblée ;
- les dispositions du code de la santé publique en matière de protection maternelle infantile (PMI) se rapprochent plus d'une logique de prévention primaire, en particulier sur le champ sanitaire, mais ne sont pas dissociées d'une logique de repérage et de dépistage de difficultés, amplement renforcée en pratique par les moyens réduits des services qui en ont la charge, contraints de prioriser les publics vulnérables dans une logique à nouveau de prévention secondaire ou ciblée.

Face à ces tensions, l'examen des schémas départementaux a montré que la réponse institutionnelle tend à « *tenir tous les bouts* », c'est-à-dire à tenter de répondre et d'être présent sur tous les registres⁷⁹, au risque de la dilution des efforts et de l'essoufflement. Ce positionnement constitue un écueil car il fragilise d'autant la capacité à évaluer l'impact de la multitude des actions et initiatives conduites. Il paraît intenable dans la durée.

Devant ce dilemme, le département se trouve en quelque sorte placé devant l'alternative suivante.

- Soit s'inscrire résolument dans une démarche universaliste de promotion de la santé et faire de celle-ci l'axe majeur de son intervention. Il s'agirait de rompre avec les dispositifs de protection classiques (mesures administratives et judiciaires individuelles de masse), au profit d'une logique d'investissement dans des politiques de long terme propices au développement de l'enfant. Une telle orientation impliquerait ni plus ni moins qu'une redéfinition des compétences dévolues au département et une acceptation de l'idée selon laquelle celui-ci est l'échelon le plus approprié pour porter une politique décentralisée de prévention universelle. Ce repositionnement radical induirait une réforme politique et législative majeure. En outre, la prévention universelle ne relevant pas de la même temporalité et n'agissant pas sur les mêmes ressorts que la protection, elle appellerait des leviers et moyens d'intervention substantiellement différents. Elle ne pourrait être confiée simultanément à des agents dont la priorité et la logique d'action reposent sur le traitement de situations dégradées, voire d'urgence. C'est ce qu'exprime très clairement un cadre territorial ayant répondu au questionnaire de la mission adressé aux conseils départementaux : « *Pas très facile de redéployer les moyens sur la prévention car il y a un moment où il faudra doubler prévention et protection pour ceux qui n'ont pas pu bénéficier des actions de prévention. Et comme vous le savez on doit tous essayer de garder de la disponibilité d'esprit alors que nous sommes sollicités par la question de l'accueil et de la prise en charge des mineurs non accompagnés, les informations préoccupantes qui embolissent aussi les équipes, pas toujours à bon escient...* ».

⁷⁹ Préventions primaire, secondaire et tertiaire. La synthèse des tensions qui en résulte s'exprime concrètement dans le recours fréquent au concept d'universalisme proportionné.

Les enjeux et conditions de réussite d'une telle option sont rappelés dans le rapport de capitalisation de l'IGAS sur l'accompagnement social⁸⁰, reproduits dans l'encadré ci-dessous.

Encadré 4 : Promouvoir de nouvelles formes de « redevabilité »

« Face au double constat d'un large consensus intellectuel en faveur de l'essor du développement social d'une part, d'une difficulté persistante à transcrire cette orientation dans les pratiques d'autre part, il paraît utile de rappeler ci-après les recommandations formulées par le groupe de travail des EGTS sur le développement social. Le groupe de travail, présidé par M. Michel Dagbert, président du conseil départemental du Pas-de-Calais, avait proposé des leviers d'action pour lever les freins qui entravent l'essor du développement social et du travail social collectif dans notre pays.

Promouvoir de nouvelles formes de « redevabilité »

Dans un contexte de raréfaction des ressources budgétaires, l'intervention publique est – logiquement - de plus en plus assignée à produire des résultats concrets et mesurables dans des délais rapprochés. Cette injonction de l'efficacité est relayée par l'ensemble de la chaîne politique et managériale.

Or, le développement social et les actions collectives s'inscrivent dans un registre différent, voire dissident, par rapport à cette culture gestionnaire : les processus d'empowerment impliquent une part de risque et d'expérimentation, une temporalité parfois longue associée à une échelle le plus souvent modeste, des bénéfices difficilement modélisables, des résultats qui ne peuvent pas toujours s'énoncer a priori sous forme d'objectifs etc. Tout ceci s'inscrit en rupture par rapport aux canons contemporains d'une action publique « moderne » (dispositifs, objectifs, tableaux de bord, transférabilité...). Pour les promoteurs d'actions collectives, il peut dès lors s'avérer difficile d'obtenir le soutien hiérarchique et budgétaire nécessaire. Encourager de telles démarches suppose, de la part des responsables politiques et administratifs, une forme de lâcher prise, et passe par la mise en place de cadres et d'espaces qui acceptent une vision élargie de « l'accountability » (redevabilité).

Le rapport Dagbert suggérait l'expérimentation de collectifs locaux permettant de donner du pouvoir d'agir aux acteurs du développement social. Ces collectifs, dotés d'une autonomie de décision et de fonctionnement, bénéficieraient sous certaines conditions d'un accès à des financements pluriannuels ainsi que d'une mise à disposition sur un temps partiel de professionnels des collectivités à l'origine du projet et membres du collectif».

Source : « L'accompagnement social », Bénédicte Jacquey-Vazquez, IGAS, septembre 2018

- Soit assumer sa vocation prioritairement protectrice, dans une logique de prévention secondaire et tertiaire, et concentrer son action sur l'amélioration des conditions de prise en charge des enfants en difficulté, quitte à renforcer la qualité des dispositifs existants (par exemple recherche de solutions alternatives au placement : AEMO renforcées, placement à domicile...).

Cette option, qui pourrait apparaître comme une forme de repli, n'est en réalité pas dénuée d'ambition et pourrait même conduire à des arbitrages lourds au sein des départements qui l'expérimenteraient en réallouant massivement les ressources financières et humaines affectées

⁸⁰ Rapport de capitalisation Igas « l'accompagnement social », Bénédicte Jacquey-Vazquez, septembre 2018.

au placement classique (en moyenne 70 000 euros par placement⁸¹) à des actions privilégiant des solutions intermédiaires. L'action préventive, bien que de nature secondaire, serait beaucoup plus proactive. Certains départements pourraient être autorisés à expérimenter une bascule massive vers ce type de dispositifs sur la durée de la stratégie nationale en protection de l'enfance, sous couvert d'un dispositif rigoureux d'évaluation de l'impact au regard des résultats des départements n'y recourant pas. Dans ce schéma, les actions de prévention primaire seraient plutôt confiées aux acteurs non spécialisés, dits de droit commun, de l'éducation nationale, de la politique de la ville, de l'accès à la culture et aux sports...

Il y a lieu, pour pouvoir l'instruire et le trancher, d'outiller ce débat structurant par la définition préalable d'un référentiel conceptuel de la prévention.

2 PROPOSITIONS D'ORIENTATIONS POUR UN CADRE CONCEPTUEL DE LA PREVENTION

2.1 Les écueils d'une acception extensive de la prévention

En l'absence de doctrine stabilisée, l'analyse du champ lexical de la prévention utilisé par les départements dans leurs schémas de protection de l'enfance met en évidence des biais. Ceux-ci se traduisent par une acception trop extensive de la prévention en général et un mésusage de la notion de prévention primaire en particulier. Autrement dit, trop d'actions ne relevant pas à titre principal de la prévention sont qualifiées comme telles tandis que trop d'actions décrites comme relevant de la prévention primaire relèvent au mieux de la prévention secondaire. Enfin, nombre d'actions prétendument à vocation universelle relèvent en réalité d'une prévention ciblée.

Ce constat acte un décalage et une tension croissantes entre ce que les départements souhaitent faire et ce qu'ils sont réellement en capacité de faire. Or, ni l'environnement sociétal ni le contexte budgétaire n'invitent à penser que cet écart puisse se réduire dans un délai proche. Le laisser se creuser serait contreproductif car le fait d'embrasser trop largement le champ de la prévention :

- réduit les horizons d'action possibles. Il empêche les départements de penser et déployer véritablement une politique de prévention articulée à celle d'autres acteurs, mieux à même de prendre en charge certaines dimensions de la prévention. Si le département qualifie systématiquement de primaires ou universelles des mesures de prévention secondaire ou ciblée, comment peut-il penser, outiller et laisser une place à de réelles actions de prévention primaire et bâtir en conséquence une politique locale concertée et cohérente ?
- masque et dévalorise implicitement le travail d'accompagnement réalisé au quotidien dans les départements. Or, si la vocation première de ce travail n'est pas la prévention, sa nécessité n'en n'est pas moins grande. Sa portée n'est au demeurant pas dénuée d'une dimension préventive.

⁸¹ Le coût du placement est estimé à 69300 euros par an en 2016 par la DREES. « L'aide et l'action sociale en France, édition 2018 » DREES, p 145.

Encadré 5 : Intervention précoce et prévention primaire : un exemple d'assimilation trompeuse

Les acteurs de la protection de l'enfance font à juste titre un lien fort entre prévention et intervention précoce ou plus exactement entre précocité de l'intervention et efficacité de cette dernière. Mais cette association va souvent de pair, dans les documents examinés, avec la notion de prévention primaire, réputée la plus efficace. Or, si le lien semble intuitivement évident, l'assimilation peut être trompeuse. La prévention primaire consistant en effet à s'intéresser à la cause et donc aux déterminants d'une situation, elle n'est en principe pas forcément synonyme d'intervention, fût-elle précoce, déclenchée par la détection d'un problème ou même la recherche de son repérage (indice de vulnérabilité par exemple). L'assimilation du dépistage précoce de difficultés en PMI à de la prévention primaire peut ainsi conduire à une lecture réductrice de cette dernière et focaliser l'activité sur le seul repérage⁸². Or, si la prévention primaire cherche à *créer un cadre propice* en amont de toute difficulté (en l'espèce le développement et l'épanouissement de l'enfant), l'intervention précoce s'intéresse plus particulièrement au meilleur moment de l'intervention pour éviter la survenue d'un risque ou en limiter les effets. Les deux peuvent se recouvrir mais ne se confondent pas car n'obéissent pas à la même logique. L'intervention précoce, y compris en PMI, relève d'une logique de prévention secondaire lorsqu'elle est conçue comme une aide et un accompagnement dans une situation néanmoins déjà compromise :

« Placer l'action publique sous l'angle de la prévention vise donc à permettre un accompagnement précoce et dans la continuité, primordial pour la personne aidée comme pour son entourage, afin d'éviter une dégradation de la situation ».

En résumé, assimiler « précocité » à « prévention primaire » revient à opérer un raccourci et s'abstenir de réfléchir à une prévention primaire encore plus ambitieuse. Si une information éducative précoce, souvent collective, est de nature à ancrer des comportements durables de prévention chez l'enfant (alimentation, etc.), relevant bien de la prévention primaire, une détection précoce, souvent individuelle, est certes un gage d'enrayement efficace d'un processus délétère mais revêt à ce titre un caractère secondaire.

Une clarification s'impose donc afin d'identifier :

- ce que serait une stratégie complète et articulée de prévention,
- ce qui peut être projeté en termes d'impact attendu,
- ce qui peut être raisonnablement confié au chef de file dans le département,
- ce qui ne peut être pris en charge par lui et les modalités selon lesquelles d'autres acteurs pourraient ou devraient se voir confier les missions qui ne peuvent être portées par les acteurs traditionnels de la protection de l'enfance.

2.2 La nécessité de qualifier les actions en fonction de leur finalité principale pour mieux décrire et valoriser ce qui est fait

Il est crucial, lorsque l'on entend agir en prévention, de savoir ce sur quoi on agit et ce que l'on peut en attendre. Ceci suppose d'avoir conscience de « *ce que je fais quand je fais cela* ». En pratique, beaucoup d'interventions qualifiées de préventives relèvent d'un travail de traitement habituel de situations quotidiennes que l'on placerait plus justement sous le vocable **d'accompagnement social** englobant « *accueil, écoute, soutien, information, orientation, secours*

⁸² « *La prévention primaire : Les (PMI) jouent un rôle central en matière de dépistage et d'orientation dans le cadre du suivi médico-social des femmes enceintes et des enfants de 0 à 6 ans : les avis de grossesse, fiches de liaison et certificats de santé des 8ème jour, 9ème mois et 24ème mois sont des instruments de repérage précoce des situations de vulnérabilité. les consultations prénatales, tout comme les visites à domicile ont pour objectif de réaliser un dépistage précoce et un suivi renforcé des femmes enceintes en situation vulnérable. les consultations destinées aux enfants de 0 à 6 ans* » (extrait d'un SDPE)

*matériel, instruction de dossier, appui à l'élaboration de projet, médiation, etc.*⁸³ ». Toutes ces activités **courantes d'aide** concourent concomitamment à *prévenir* des situations indésirables mais leur finalité première s'inscrit dans une logique de *soutien* et doit être valorisée en tant que telle, sans pour autant en amoindrir l'utilité⁸⁴.

Il est donc souhaitable, pour pouvoir apprécier correctement la portée préventive d'une mesure, de s'attacher à la finalité principale des actes qui la caractérisent. Ceci afin de n'attribuer à la prévention que les actions délibérément conduites en vue non pas d'accéder à un droit, ouvrir une prestation, donner suite à une demande ou résoudre une *situation-problème* mais de détourner le cours d'un évènement qui prend le tour d'une telle situation. Si l'accompagnement social englobe tout ce qui est *réponse à la demande*, la prévention pourra être décrite comme *l'action sciemment conduite par anticipation, en vue d'éviter un écueil pré-identifié*.

Parmi ces actions, une gradation peut être opérée, qui permet, en fonction du registre sur lequel l'action porte, de repérer l'acteur et l'outil les plus à même d'obtenir l'effet attendu (cf. annexe 3).

2.3 La nécessité de penser la prévention pour concevoir l'organisation

Une stratégie de prévention conditionne l'offre de service, les moyens et les compétences requis pour sa mise en œuvre. Ainsi, par exemple, les trois types de prévention répertoriés par l'OMS (primaire, secondaire, tertiaire) n'agissant pas sur les mêmes déterminants (causes, symptômes, effets), ils ne mobilisent pas des outillages identiques et n'appellent par conséquent pas les mêmes technicités, compétences et organisations. Lorsqu'un schéma départemental fixe un cap stratégique, il en découle nécessairement une organisation administrative (projet de service au sein du conseil départemental, composition des équipes, formation, allocation des ressources, modalités de coordination avec les autres acteurs dans le département, etc.). L'ensemble doit être compatible avec les missions de l'institution.

Dans le domaine de la santé publique par exemple, il est admis qu'il ne faut pas fondre les activités de sécurité sanitaire dans celles de promotion de santé et de prévention car « *Ces dernières ont besoin de temps pour se mettre en place ; elles ne doivent pas être « parasitées » en permanence par les crises de sécurité sanitaire chronophages, coûteuses, et qui nécessitent une mobilisation dans l'urgence ; les modes d'action et le savoir-faire dans ces deux champs ne sont pas identiques, même si ces deux activités concourent à une action générale de prévention en santé publique* »⁸⁵.

Ainsi, prétendre confier à un unique opérateur l'exhaustivité des missions de prévention d'une part, l'ensemble des volets gestionnaires et administratifs d'autre part, serait une vue de l'esprit qui ne peut que provoquer des conflits de priorité. De même, dans le seul champ de la prévention, la nécessité d'agir sur tous les déterminants oblige à reconnaître que beaucoup d'entre eux ne relèvent pas d'un seul et même acteur, en l'occurrence le département, et qu'il convient d'identifier les leviers dont chacun dispose en vue de répartir au mieux les rôles et d'allouer les ressources correspondantes (budget prévention, effectifs, dispositifs...). Si l'un des acteurs doit être chef de file, c'est dans un souci d'animation et de pilotage pour assurer la

⁸³ cf. rapport de capitalisation IGAS « L'accompagnement social », Bénédicte Jacquy-Vazquez, septembre 2018.

⁸⁴ Voir également en ce sens, en annexe 2, les propos de C. Sellenet, professeur d'université en sciences de l'éducation, sur la disqualification induite de la notion de *protection* par certains professionnels, préférant se réclamer de la prévention.

⁸⁵ Agences régionales de santé : Promotion, prévention et programmes de santé, INPES, 2009.

coordination, la convergence des actions, la capitalisation et l'évaluation des résultats sur le territoire, afin que chacun puisse agir de manière cohérente et que, dans une logique de parcours, l'ensemble « *fasse prévention* ».

Le passage d'une logique de protection *stricto sensu*, par la prise en charge d'enfants exposés à des risques avérés, à une politique de promotion des environnements favorables à l'épanouissement de l'enfant, constitue un changement substantiel d'échelle et de nature d'activité. Il est difficile d'imaginer le département en mesure, à lui seul, d'améliorer la situation d'enfants dont le sort dépend tout à la fois de facteurs économiques, sociaux, environnementaux et personnels, quand bien même il se lancerait dans une logique interne poussée d'intersectorialité. A fortiori s'il reste en charge dans le même temps de la protection *stricto sensu*.

Les moyens étant limités, les questions d'adéquation et de gestion des ressources, d'efficacité, d'efficacités, de pertinence, d'impact, de bilans coûts/avantages, coûts/efficacité, s'imposent. Définir et délimiter les champs d'intervention permet d'éviter une dilution et un épuisement des ressources en poursuivant en vain des objectifs inatteignables (risques psychosociaux et de désengagement pour les agents, de désenchantement et de rupture avec les bénéficiaires). Certains schémas ou rapports⁸⁶ transcrivent explicitement cette perception d'écart croissant entre les ambitions et le possible : « *on voudrait faire de la prévention primaire mais on est pris par l'urgence : traitement des IP...* ».

2.4 Proposition de repères pour une typologie propre à la protection de l'enfance

Si prévenir consiste à agir sur les facteurs de risques, la typologie qui permet d'identifier ces derniers doit aussi permettre de les classer de telle sorte que les actions de prévention conduites soient appropriées au facteur considéré et assignées au bon opérateur. Disposer d'une typologie robuste permet ainsi :

- d'agir en connaissance de cause et de calibrer les moyens et outils mobilisés aux ambitions de l'action ;
- recenser les actions conduites en fonction de leur nature et de leur finalité ;
- faciliter le travail de capitalisation et d'évaluation de la couverture et de l'impact des actions.

2.4.1 Prévention universelle et prévention ciblée sont un cadre approprié pour penser la prévention en protection de l'enfance

La mission estime que la définition d'un cadre théorique partagé, élaboré dans le cadre d'une concertation approfondie avec les acteurs concernés par la protection de l'enfance, est un préalable indispensable à toute projection stratégique en prévention. Elle permettra de clarifier les rôles et places respectifs de chacun (cf. recommandation n°1 en partie IV du rapport). Dans l'attente, sans présumer du contenu et du résultat de ces travaux, la mission verse au débat les orientations qu'elle privilégie et les prémices de ce que pourrait être à ses yeux un tel cadre.

⁸⁶ Rapport de contrôle ASE Pas-de-Calais, IGAS.

L'approche de l'OMS consistant à distinguer préventions primaire, secondaire et tertiaire tend à se généraliser dans le secteur de l'enfance. Mais elle n'est pas aisément transposable et conduit à une tripartition artificielle. De nombreux éléments montrent ses limites, ne serait-ce qu'au regard des missions et de l'organisation actuelles des conseils départementaux⁸⁷. La mission propose de l'abandonner à ce stade au profit d'une approche opérationnelle distinguant prévention universelle et prévention ciblée. La première catégorie vise à agir sur les « déterminants » principaux de la protection de l'enfance, sans logique de ciblage préalable. La deuxième catégorie comprend les mesures de prévention ciblées agissant sur des familles ou sur des populations identifiées ou repérées par différents canaux comme vulnérables ou « à risque », avérés ou probables⁸⁸.

- Face aux conceptions des acteurs extensives (ou centrifuges) de la prévention, tendant à opérer un glissement impropre des qualifications de l'action vers la prévention primaire, la mission préfère adopter une conception *inclusive* (ou centripète) de la place de cette dernière dans le champ de la protection de l'enfance. Celle-ci consiste à reconnaître la dimension préventive incluse dans tout acte ayant pour objet ou pour effet de retirer un enfant d'une situation dangereuse, y compris donc une décision judiciaire de placement prise dans une situation de danger grave et imminent (violence, etc.). En effet, toute mesure, en ce qu'elle vise à prévenir le palier suivant dans la dégradation de la situation, contient une part de prévention (au sens d'évitement). Mais celle-ci est nécessairement ciblée et sa portée préventive est d'autant plus réduite qu'elle se situe tardivement dans le parcours d'un enfant en difficulté. Elle a donc peu à voir avec la prévention universelle, qui relève d'autres modes d'action et ne réfère pas à des difficultés. Cette approche, en circonscrivant la tendance trompeuse consistant à revendiquer la vocation par nature universelle ou primaire de l'action des services spécialisés de la protection de l'enfance, permet au contraire d'assumer et valoriser le caractère prioritairement ciblé de l'ASE. Dans cette acception, les actions de prévention universelle relèvent plutôt des acteurs de droit commun, à même d'agir sur les déterminants de la santé et du développement de l'enfant (au sens de l'OMS) tandis que la prévention ciblée est plutôt du ressort des acteurs spécialisés du département dont la portée préventive n'est nullement déniée mais incluse dans une finalité avant tout protectrice.
- A titre d'illustration l'opposition courante, dans le champ des interventions à domicile, entre mesures administratives, qui intégreraient une dimension préventive, et mesures judiciaires, qui n'en auraient pas, paraît partiellement infondée au regard de la réalité des pratiques (cf. infra). De même, la mission a considéré que rentrait dans le cadre de ses travaux le dispositif des CRIP, autour duquel s'organise largement le « repérage » et la définition de réponses plus ou moins graduées, à la charnière entre prévention et protection. La mission considère à cet égard que l'enjeu principal est de renforcer la « visée préventive » dans l'ensemble des dispositifs de protection de l'enfance, dans une logique de continuum et de « réponse graduée », à l'opposé d'une logique d'opposition tranchée entre « prévention » et « protection ».

Les éléments ci-dessous proposent quelques repères susceptibles d'alimenter la concertation des acteurs recommandée par la mission.

⁸⁷ Cf. annexes 3 et 4.

⁸⁸ La mission ne conteste pas la notion d'universalisme proportionné fréquemment utilisée par les acteurs du champ mais ne la reprend pas à son compte dans un exercice amont qui ne vise pas à réaliser la synthèse de deux approches mais à clarifier les contours de chacune d'elle afin d'identifier les leviers et les acteurs respectifs qu'elles mobilisent.

2.4.1.1 Ce qui relèverait de la prévention universelle

➤ **L'investissement social**

Dans l'ouvrage paru à la Documentation française « *L'investissement social : quelle stratégie pour la France ?* » l'investissement social dans la petite enfance est, notamment, défini comme, « *une perspective axée sur l'avenir. L'objectif de l'action publique est de promouvoir les conditions pour la réussite à l'âge adulte et, surtout, de casser le cycle intergénérationnel de la pauvreté et de l'exclusion sociale ; l'investissement social génère de la croissance inclusive par une démarche de prévention plutôt que de réparation.* ».

Les travaux convergent pour dire que les enfants placés dans une situation sécurisante à l'âge d'un an présentent de plus grandes facilités d'adaptation, de meilleures performances scolaires et cognitives, des relations sociales plus variées et de meilleure qualité. Agir sur l'environnement social défavorable d'un enfant permet donc de lutter contre l'inégalité des chances de développement.

Le rapport de la fondation Terra nova « *Investissons dans la petite enfance ; l'égalité des chances se joue avant la maternelle* » (2017) se situe résolument dans une logique d'investissement social. Il s'inspire de deux expérimentations nord-américaines⁸⁹ qui présentent la particularité d'avoir été évaluées scientifiquement et sur le long terme, pour démontrer que des enfants issus de milieux défavorisés ayant bénéficié de programmes de préscolarisation intensifs, peuvent échapper aux inégalités et présenter des résultats meilleurs que d'autres enfants d'un groupe témoin :

- « *Les enfants ont été suivis jusqu'à l'âge de 40 ans et les résultats sont saisissants : meilleure réussite scolaire, accès à l'enseignement supérieur plus large, chômage plus faible et meilleurs revenus, meilleure santé, moindre risque de délinquance. Selon le prix Nobel d'économie James Heckman, qui a mené une analyse coûts-bénéfices détaillée de ces programmes, il s'agirait de l'investissement éducatif le plus « rentable » pour la société : les montants considérables investis dans la requalification professionnelle, la lutte contre le décrochage ou la prévention de l'échec scolaire au collège, bénéficieraient davantage aux individus s'ils l'étaient, 10, 15 ou 20 ans en amont, dans des initiatives de haute qualité à destination de la petite enfance* ».

Terra nova en conclut qu'une politique de développement de crèches à haute qualité éducative, accessible aux enfants de milieux défavorisés et ne se centrant pas seulement sur la création de places, constituerait un gage de prévention universelle par excellence. Au-delà de la santé et de la sécurité, du développement psychomoteur et de la socialisation des enfants, la pédagogie éducative qui devrait y être dispensée permettrait de ne pas faire de ces crèches seulement un mode de garde⁹⁰. L'investissement, à ce stade plus qualitatif que quantitatif, résiderait en outre dans les économies résultant à terme d'un moindre recours ultérieur par ces enfants au RSA, allocations chômage, AAH, etc. L'investissement peut en outre être considéré comme réduit dans la mesure où la France dispose déjà d'une infrastructure d'accueils en petite enfance développée.

⁸⁹ Perry Preschool Project et Carolina Abecedarian.

⁹⁰ « *Investir dans la petite enfance aurait de multiples effets bénéfiques : d'une part, la garde des enfants permettrait à la mère de trouver plus facilement un emploi, d'accroître le revenu du ménage et ainsi de diminuer le nombre d'enfants pauvres ; d'autre part, comme on l'a vu à propos des programmes Perry Preschool et Carolina Abecedarian, l'accueil dans des crèches de très bonne qualité éducative favorise une meilleure intégration dans le système scolaire, et in fine sur le marché du travail. En fin de compte, il s'agirait là d'un investissement très fructueux pour la société, et non d'une simple dépense.* » (extrait du rapport terra nova).

Terra nova classe aussi les actions des centre de PMI au rang de l'investissement social : « *ils répondent à une démarche de prévention primaire (promotion de la santé des enfants dès la naissance, avant la survenue de pathologies éventuelles), qui est ancienne mais qui correspond à une logique d'investissement social avant l'heure : les bénéfices de la PMI sont ainsi avérés en matière de santé (augmentation des taux de vaccination des enfants, réduction de la mortalité infantile, dépistage et prévention de certaines pathologie comme le saturnisme infantile, etc.)* ».

La spécificité de cette approche en prévention universelle est donc de permettre un égal accès de tous au développement personnel.

➤ **La promotion de la santé : un environnement propice**

Il s'agit d'une approche par les ressources, les opportunités et non plus les vulnérabilités : un égal accès de tous à la prévention.

Le dossier de presse du comité interministériel sur la santé (*Priorité prévention : rester en bonne santé tout au long de sa vie*, mars 2018), contient un volet sur la santé des enfants et des jeunes dont les objectifs affichés sont de « *renforcer dès les premières années les actions de prévention des inégalités sociales et de santé* » en instaurant un parcours santé des 0-6 ans (dont nouvelles obligations vaccinales). Il est également prévu de prévenir l'obésité chez les enfants en agissant sur les deux déterminants de santé que sont l'activité physique et l'alimentation, ou d'outiller en milieu scolaire enfants, parents et personnel éducatif pour développer une école promotrice de la santé (aller bien pour mieux apprendre). Ces outils, qui ne relèvent pas de la protection de l'enfance, relèvent d'une logique de prévention universelle.

Dès lors, les actions d'information et de sensibilisation en matière de prévention de santé réalisées notamment dans le cadre de la médecine scolaire, mais aussi des enseignements, portant notamment sur l'alimentation, la sexualité, le harcèlement ou les addictions, par leur caractère collectif et éducatif, relèvent de la prévention universelle. Si elles ne suffisent à elles seules à éliminer les risques, elles mettent tous les enfants, ainsi informés, en capacité de ne pas s'y exposer lorsque cette exposition dépend de leur capacité de décision.

➤ **Certaines missions de la PMI**

Tous les travaux tendent à placer la PMI au cœur de la prévention universelle même si, on l'a vu, celle-ci rejoint fréquemment la prévention ciblée à travers le travail de repérage et dépistage des enfants ou familles en situation de risque qu'elle permet de prendre en charge dans la foulée. Mais de par le caractère en principe généralisé et systématique des visites médicales périodiques, par les messages de prévention qu'elle permet de passer à tous et qui peuvent, même en une seule fois, éviter des comportements à risque, ainsi qu'à travers la vaccination, les interventions de la PMI qui agissent sur les déterminants (comportement, barrière virale...) peuvent incontestablement être rattachées à la prévention universelle.

Encadré 6 : La vocation universelle de la PMI, rattrapée par les réalités du terrain

La question de savoir si l'action de la PMI relève de la prévention universelle ou de la prévention ciblée est sensible et régulièrement évoquée⁹¹.

Le CESE dans son avis de 2012 sur « *les enjeux de la prévention en matière de santé* » s'est explicitement inquiété du risque inhérent au ciblage des actions des PMI sur les seuls publics en difficulté, à l'encontre de sa vocation universelle, notamment à l'occasion de la visite du 1er trimestre ou au plus tard du 4ème mois de grossesse:

⁹¹ Cf. analyse des SDPE et des retours du questionnaire adressé aux conseils départementaux en annexe 4.

« Les visites de suivi des jeunes enfants. À cet égard, le CESE souhaite réaffirmer la vocation universelle, c'est-à-dire l'accessibilité à toutes les familles de la PMI et son rôle dans la prévention et l'organisation du système de soins dans le respect du principe d'égalité sur tout le territoire. Certaines PMI, faute de moyens, focalisent leur action sur les publics en situation de précarité. Par exemple, les PMI ont pour mission d'intervenir dans les écoles préélémentaires. Dans les faits, faute d'une priorité intégrée dans les schémas départementaux de PMI par les conseils généraux, les médecins de PMI peuvent être amenés à cibler leurs interventions. Or, les PMI jouent, pour les parents notamment, un rôle de première importance en matière de prévention à toutes les étapes de la petite enfance ».

La DGCS dans son rapport de 2016 sur la PMI tente de réaliser une synthèse en indiquant qu'elle « intervient en effet sur tous les déterminants de la santé, sur le contexte général de vie des enfants et permet d'apporter une réponse en termes de santé globale et de soutien à la fonction parentale » au motif que « les parents qui sont soutenus à l'occasion d'accueils, de consultations, d'entretiens, de visites à domicile, d'actions collectives, sont eux-mêmes les acteurs-clés de prévention auprès de leurs enfants, par la confiance gagnée en leur propre capacité de contribuer à la bonne santé et au développement de leur enfant dans tous ses milieux de vie (...) Le dispositif de PMI, préventif en amont de la protection de l'enfance, est également un "rempart" contre le débordement des situations (ex. prévention du bébé secoué...) et évite dans certains cas la transmission mal fondée d'informations préoccupantes ».

De manière générale, la recommandation 1959 (2011) du parlement européen sur les politiques de prévention en matière de santé dans les États membres du Conseil de l'Europe, appelle ces derniers à intégrer un volet prévention de la santé dans toutes les politiques : « faire en sorte que la promotion de la santé et le comblement des retards en matière de santé constituent un objectif partagé par tous les secteurs d'action des pouvoirs publics et à incorporer dans le processus d'élaboration des politiques de tous les secteurs et agences une réflexion sur les impacts pour la santé, en adoptant l'approche de la « perspective santé dans toutes les politiques » et plus spécifiquement s'agissant des enfants : « à favoriser un bon départ dans la vie pour les familles et les jeunes enfants, en renforçant les soins préventifs avant la grossesse ainsi que les soins aux mères et aux nourrissons dans des centres de soins pré- et post-natals, pédiatriques et scolaires, et également par l'amélioration du niveau d'instruction des parents et des enfants ».

2.4.1.2 Ce qui relèverait de la prévention ciblée

Typiquement, la prévention ciblée en protection de l'enfance s'appuie sur une analyse des risques potentiels ou avérés. Elle se fonde donc sur le repérage des vulnérabilités (indices prédictifs) ou des risques constatés (l'équivalent du dépistage et du diagnostic en maladie) puis sur l'intervention graduée, surtout individuelle mais aussi potentiellement collective (l'équivalent du soin et du traitement en maladie).

En se centrant sur les « risques de danger »⁹², le CASF se focalise en définitive sur l'identification des sources d'exposition au danger c'est-à-dire les situations intrinsèquement dommageables et préjudiciables pour l'enfant. L'objet est d'anticiper et d'évaluer afin de pouvoir décider c'est-à-dire convenir d'une intervention appropriée parmi la palette des outils qui sont à la disposition des services du département. Ces outils sont gradués et l'anticipation permet de retarder voire éviter le placement ou plus généralement la dégradation de la situation. De fait, l'immense majorité des dispositifs mobilisés par le département dans sa mission de protection de l'enfance découlent d'un repérage, d'un dépistage, d'un signalement, d'une saisine ou d'une demande et relèvent à ce titre de la prévention ciblée.

⁹² On notera au passage, qu'aux yeux du préventeur, en raison des définitions rappelées à l'annexe 1, la locution « risque de danger » figurant dans le CASF constitue à tout le moins une contradiction dans les termes, illustrative des confusions susceptibles de résulter d'une moindre appropriation de la sémantique de la prévention...

Le 119, service national d'accueil téléphonique de l'enfance en danger (SNATED), est également un dispositif relevant de la prévention ciblée. Il permet de recueillir 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 les appels relatifs à des enfants confrontés à une situation de danger : violences (psychologiques, physiques, sexuelles) ou autres problématiques de danger (jeux dangereux, délaissement, errance, racket...). Portant sur une situation dégradée constatée ou soupçonnée, le signalement est par définition tardif et la réponse, par nature brève et ponctuelle, ne peut qu'être à visée « corrective » (soutien, conseils, informations, orientations de parents en difficulté éducative vers des services de proximité en l'absence de repérage d'éléments de danger) ou à visée interventionnelle « réparatrice » (signalement à la Cellule de recueil des informations préoccupantes (CRIP) ou mise à l'abri par contact des services de première urgence).

Le fait que 60 % des enfants repérés par le 119 soient inconnus des services sociaux n'a pas pour effet de faire de ce service un dispositif de prévention universelle. De même, le fait de réaliser une campagne périodique d'information sur l'existence du 119 n'est pas une action de prévention universelle. La possibilité d'intervenir dans une situation inconnue dans un cas, d'augmenter le nombre de signalements dans l'autre, augmente le taux de couverture des bénéficiaires et permet d'agir avant qu'il ne soit trop tard mais ne modifie pas la nature ciblée de l'action préventive. **Le 119, dispositif de recueil d'appels, n'a pas pour objet d'agir sur les déterminants du risque.**

2.4.1.3 Le départ entre prévention universelle et prévention ciblée induit aussi une répartition naturelle des rôles

Dans ce débat, il n'est pas exclu de devoir acter que les lieux et les acteurs de déploiement privilégiés de la prévention universelle et de la prévention ciblée ne sont pas les mêmes, les premières devant se jouer dans tous les milieux de vie. Le champ des acteurs de la prévention en protection de l'enfance ne se limite naturellement pas aux spécialistes de la protection de l'enfance, mais doit, dans le cadre d'une réelle prévention à visée universelle, intégrer de nombreux acteurs de « droit commun », en charge des différents domaines de l'action publique (éducation, santé, logement, culture, sport, insertion...).

Ainsi par exemple, sur le plan sanitaire, conformément à l'article L. 1411-1-1 du code de santé publique, introduit récemment par la loi de santé, « *les actions de promotion de la santé reposent sur la concertation et la coordination de l'ensemble des politiques publiques pour favoriser à la fois le développement des compétences individuelles et la création d'environnements physiques, sociaux et économiques favorables à la santé.* ». Ces actions ont vocation à être déployées dans tous les milieux de vie, dont, naturellement, les établissements d'enseignement. La loi complète, par ailleurs, le code de l'éducation en précisant que cette mission de promotion de la santé « *est conduite, dans tous les établissements d'enseignement (...) conformément aux priorités de la politique de santé* ». La contribution potentiellement majeure de l'école aux politiques de santé appelle de fait une articulation optimale au niveau national et académique/régional, rendue d'autant plus nécessaire par la perspective d'une politique de santé de l'enfant globale et concertée.

Encadré 7 : Médecine scolaire : l'éducation nationale parmi les acteurs majeurs d'une politique globale de prévention

En 2011, le rapport parlementaire citait la direction générale de la santé, pour laquelle il importait de « resituer » les objectifs de la médecine scolaire « *dans une politique générale de santé publique, l'enfant – élève seulement une partie de son temps – étant considéré dans sa globalité* » et il notait que, faute d'avoir insuffisamment pris en compte les impératifs plus globaux de santé publique, le ministère de l'éducation nationale n'était toujours pas en mesure ni de transcrire les ambitions affichées par la politique sanitaire en objectifs organisationnels permettant d'y répondre, ni de fédérer l'action des personnels de santé autour de priorités sanitaires clairement déterminées. Les parlementaires réaffirmaient donc que « *les solutions à la crise actuelle (de la médecine scolaire) sont à rechercher dans le cadre d'une politique globale de renforcement de la prévention autour de l'enfant* », qui requérait notamment l'institution d'« *une instance nationale interministérielle chargée de définir les axes d'une politique de santé et de prévention des risques sanitaires en faveur des enfants* ».

Source : *Rapport IGAS-IGEN sur la santé scolaire*)

Il s'agit de cibler l'effort de la santé scolaire, soit sur certaines populations, renonçant alors pour tout ou partie à l'universalisme, soit sur certaines missions, renonçant cette fois à certaines facettes du rôle de promotion de la santé.

Tableau 1 : Proposition de repères pour la définition d'un cadre partagé

Registre de prévention	Finalité	Déterminants et leviers	Acteurs et milieux	Modalités/dispositifs (exemples)
Prévention universelle (logique anticipatoire)	Amélioration des conditions générales de la population/ développement social Promotion de la santé Autonomie des personnes	<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"> ➤ Education de la population générale (amélioration de l'information, de la sensibilisation et montée en compétences des personnes au contact, à quelque titre que ce soit, des enfants et des parents) 	<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 ➤ Crèche ➤ CAF 	<p>Actions de nature souvent collective</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Accueil petite enfance (crèches et lieux de garde 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 numérique⁹³

⁹³ Réseaux sociaux, utilisation des données, harcèlement, pornographie, radicalisation, addictions aux jeux...

<p>Prévention ciblée (logique compensatoire: priorisation et efficacité)</p>	<p>Réduire les facteurs de risque ou leurs effets</p> <p>Eviter l'aggravation de la situation</p> <p>Accompagner/soutenir/ réinsérer</p>	<p>Intervenir de manière précoce sur des risques dont la probabilité est plus importante dans certaines situations ou populations</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ 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) 	<p>Acteurs spécialisés :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Conseil départemental (ASE, prévention spécialisée, service social) ➤ Ministère de la justice <p>Acteurs droit commun :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ PMI, maternités, médecine de ville, école, CAF... 	<p>Actions de nature souvent individuelle</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Outils de veille, de repérage, de diagnostic et de coordination⁹⁴ ➤ Dispositifs d'étayage⁹⁵ ➤ Recueil et accompagnement d'un risque reconnu (119...) ➤ Accompagnement renforcé adapté, mesures administratives et judiciaires ➤ Communication ciblée, conseils et orientation
---	--	---	---	--

⁹⁴ Vigilance partagée, signaux faibles, signalements, indicateurs de vulnérabilité pondérés...

⁹⁵ Médiation familiale de la CAF, aide à domicile (TISF/AVS...), soutien à la parentalité (lieux d'accueil parents-enfants...).

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

Le défaut de connaissance quantitative et qualitative des besoins, des populations et des parcours en protection de l'enfance a déjà été pointé par divers rapports. Récemment, le rapport Dini-Meunier⁹⁶ de 2014 relevait « une connaissance insuffisante de la population des enfants protégés qui appelle une optimisation du dispositif d'observation de la protection de l'enfance ». Le rapport du CESE⁹⁷ de 2018 réitère le constat. Cette carence concerne à la fois les données de suivi sur les mesures, les déterminants du placement et les parcours. Cette annexe détaille les constats du rapport en partie 2.4.2.

1 L'ORGANISATION DE L'OBSERVATION DE LA POLITIQUE ET DU SUIVI DES MESURES EST CENTREE AUTOUR DE DEUX ACTEURS PRINCIPAUX, LA DREES QUI PRODUIT DES DONNEES ET L'ONPE QUI LES CONSOLIDE

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

La principale source de données concernant les mesures de protection de l'enfance est l'enquête Aide sociale de la DREES. Depuis le milieu des années 1980, la DREES recueille chaque année auprès des conseils départementaux des informations sur les bénéficiaires des aides sociales, les personnels techniques de ces collectivités, et les dépenses relevant de l'aide sociale départementale. Concernant les bénéficiaires de l'aide sociale à l'enfance, les informations collectées portent sur :

- le type de mesures mises en place (action éducative à domicile ou en milieu ouvert, placement),
- le nombre d'enfants confiés à l'ASE,
- le type de placements (famille d'accueil, établissement, etc.).
- les dépenses.

⁹⁶ « Protection de l'enfance : améliorer le dispositif dans l'intérêt de l'enfant », Rapport d'information de Mmes Muguette DINI et Michelle MEUNIER, fait au nom de la commission des affaires sociales, juin 2014.

⁹⁷ Op.cit.

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

Notons que les ressources affectées à la protection de l'enfance à la DREES sont de l'ordre d'un ETP à un ETP et demi. Un si petit effectif est absorbé par la production de statistiques et ne peut exploiter la totalité des sources.

1.2 Le rôle de consolidation de l'ONPE

Créé par la loi n°2004-1 du 2 janvier 2004 relative à l'accueil et à la protection de l'enfance, l'observatoire national de la protection de l'enfance (ONPE) a pour mission principale la mise en cohérence de données chiffrées portant sur la protection de l'enfance. Selon le code de l'action sociale et des familles⁹⁸ (CASF) : « L'observatoire national de la protection de l'enfance contribue au recueil et à l'analyse des données et des études concernant la protection de l'enfance, en provenance de l'État, des collectivités territoriales, des établissements publics, des fondations et des associations œuvrant en ce domaine. Il contribue à la mise en cohérence des différentes données et informations, à l'amélioration de la connaissance des phénomènes de mise en danger des mineurs. » En matière d'information statistique, l'activité de l'ONPE comporte une publication annuelle sur les chiffres clés en protection de l'enfance et des travaux de méthode faisant le point sur l'information disponible sur certains sujets.

Publiés sous double timbre ONPE DREES, les chiffres clés sur la protection de l'enfance⁹⁹ comportent :

- Une estimation du nombre de mineurs et de jeunes majeurs pris en charge par la protection de l'enfance. Cette estimation est calculée à partir des données de la DREES sur les mesures en protection de l'enfance, de la direction de la protection judiciaire de la jeunesse (DPJJ) et du ministère de la Justice concernant l'activité civile des tribunaux pour enfants. Ces sources sont mises en cohérence et retraitées de façon à obtenir un nombre d'individus (sachant qu'un même individu peut faire l'objet, au cours d'une année, de plusieurs mesures).
- Une estimation du nombre de mineurs ayant fait l'objet de la saisine d'un juge des enfants en protection de l'enfance, à partir de données du ministère de la Justice.
- Une estimation du nombre de mineurs décédés de mort violente au sein de la famille. Cette estimation repose sur une base du Service statistique ministériel de la sécurité intérieure (SSMSI) qui propose une estimation du nombre de victimes mineures dont l'enregistrement par les forces de sécurité est associé à des infractions d'homicides intentionnels et de violences suivies de mort sans intention de la donner.
- Une estimation des dépenses en protection de l'enfance. Ces données reposent sur l'enquête annuelle de la DREES auprès des conseils départementaux sur l'aide sociale à l'enfance.

Outre cette synthèse annuelle (la publication de l'année N concerne les données N-2), l'ONPE remet chaque année, un rapport au Gouvernement et au Parlement. Il comprend des statistiques relatives aux mineurs pris en charge en protection de l'enfance et une analyse qualitative de l'évolution des dispositifs de protection de l'enfance.

⁹⁸ Article L. 226-6.

⁹⁹ https://www.onpe.gouv.fr/system/files/publication/note_chiffres_cles_janvier_2018.pdf

L'ODAS s'est retiré du champ à la suite de la création de l'ONPE sans que son analyse exhaustive des signalements (aujourd'hui « informations préoccupantes ») ne soit reprise.

Jusqu'à la création de l'observatoire national de l'enfance en danger (ONED) en 2007, parallèlement à ses régulières enquêtes concernant la protection de l'enfance, l'Observatoire national de l'action sociale (ODAS) produisait une enquête annuelle sur les signalements (les ancêtres des « informations préoccupantes »). Cette enquête nationale de référence était menée auprès de l'ensemble des départements et permettait de mesurer le nombre de signalements ainsi que leur évolution. Pour cela, elle s'appuyait sur une typologie élaborée par l'ODAS distinguant parmi les enfants en danger « enfants en risque » et « enfants maltraités ». Même si cette enquête souffrait d'un défaut de robustesse, cette approche a permis de mieux connaître les raisons des signalements et les suites données aux informations signalées.

1.3 Au niveau local, les ODPE ont trop peu de ressources pour jouer un véritable rôle dans la production de données et l'éclairage des politiques

Instauré par la loi du 5 mars 2007, l'ODPE a pour missions, en matière d'observation statistique :

- de recueillir, examiner et analyser les données relatives à l'enfance en danger dans le département,
- d'être informé de toute évaluation des services et établissements intervenant dans le domaine de la protection de l'enfance,
- de suivre la mise en place du schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale prévu à l'article L312-5 du Code de l'action sociale et des familles et de formuler des propositions et avis sur la politique de protection de l'enfance dans le département.

Les trois quarts des 49 départements ayant répondu au questionnaire de la mission déclarent avoir mis en place un ODPE. Dans la plupart des cas il n'a pas de ressources propres et l'agent affecté à l'ODPE a souvent en charge d'autres dossiers si bien que le plus souvent l'effectif de l'ODPE est compris entre 0,20 et un ETP. Seuls deux départements déclarent que leur ODPE comprend plus de deux ETP. On comprend donc que les observatoires départementaux peinent à centraliser toutes les données utiles sur la protection de l'enfance et, encore plus, à participer à l'élaboration d'un diagnostic solide sur ces questions.

2 LE SYSTEME D'INFORMATION CONCERNANT LES ACTIONS MISES EN ŒUVRE EST SOUVENT PEU DETAILLE

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

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

des départements envoient leurs trois certificats de santé et les taux de couverture moyens nationaux atteignent respectivement 60 %, 30 % et 30 %¹⁰⁰.

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

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

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

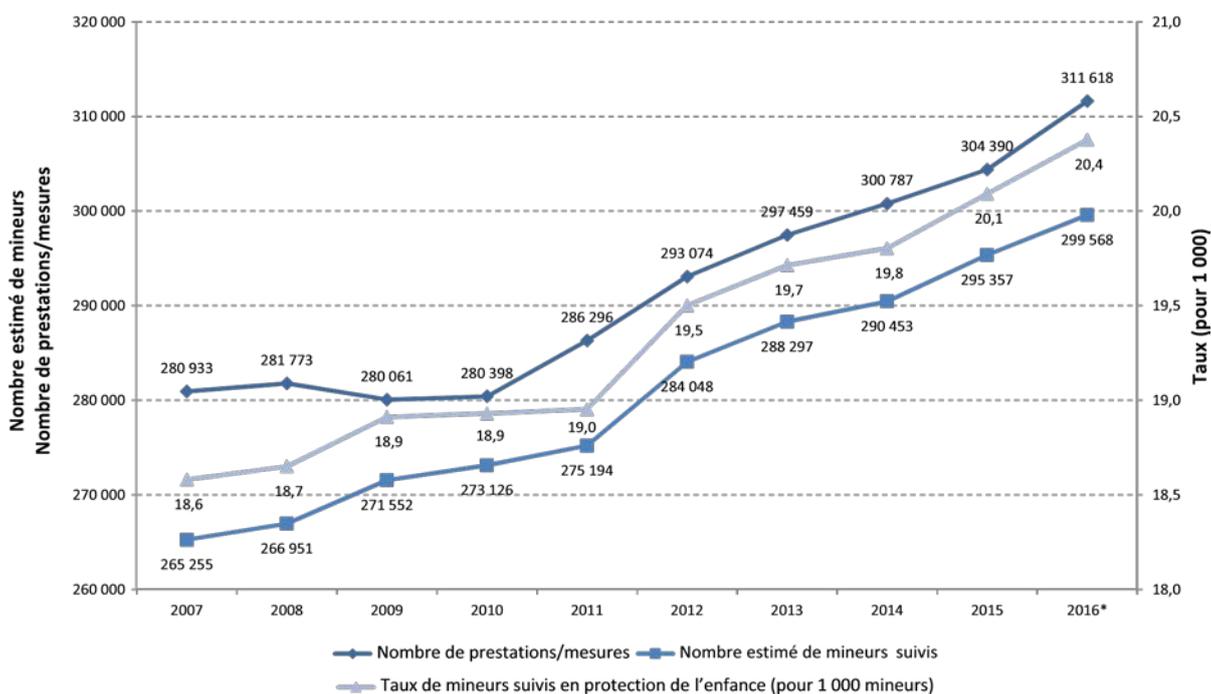
2.2 Le suivi des mesures fournit les grandes données de cadrage mais manque de détail

L'unité de compte étant la prestation/mesure au 31 décembre, un enfant peut être comptabilisé plusieurs fois puisqu'il peut bénéficier de plusieurs prestations/mesures. Concernant la description des mesures, les données sont solides mais peu détaillées et un flou subsiste concernant les points suivants :

- La typologie des mesures n'a pas intégré les nouvelles modalités d'accueil : les nouveaux dispositifs dont certains sont issus de la loi de 2007 comme le placement à domicile, les AEMO renforcées, l'accueil modulable ou séquentiel ne sont pas identifiés et on ne sait s'ils sont comptabilisés et, si c'est le cas dans quelle catégorie.
- Le nombre de mesures de TISF et AESF n'est pas correctement recensé même si les dépenses associées sont censées apparaître parmi les dépenses totales d'ASE, amalgamées dans les « autres dépenses » (qui sont toutefois hors dépenses de personnel).
- Un léger doute subsiste sur le décompte des MNA dans les mesures de placement.

¹⁰⁰ Les taux de couverture des certificats de santé sont calculés en rapportant le nombre de certificats remplis reçus et saisis par les PMI, dont les données sont transmises à la DREES aux effectifs d'enfants concernés (données INSEE sur les enfants domiciliés).

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



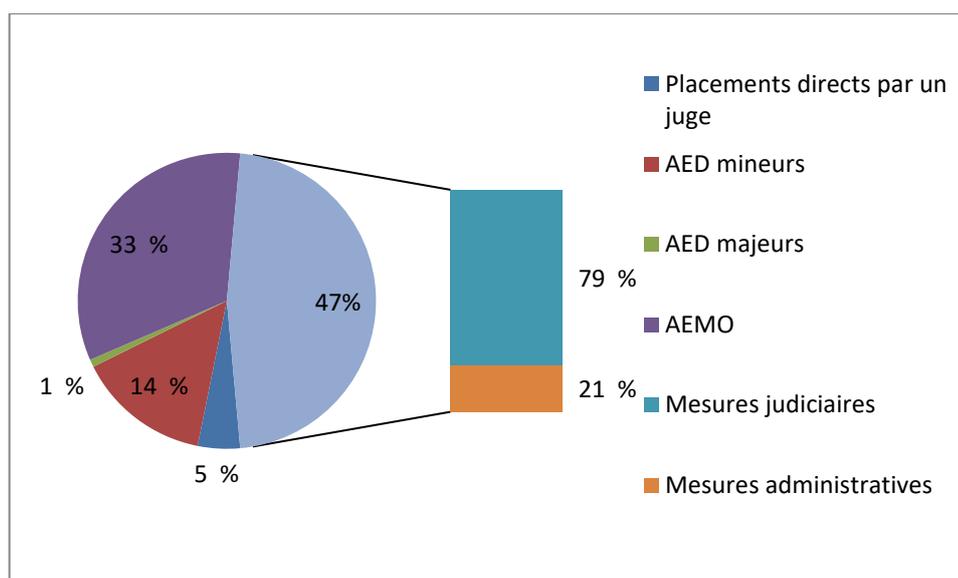
Source : Drees, DPJJ, Insee (estimation de population au 1^{er} janvier 2016, résultats provisoires arrêtés fin 2016), ministère de la Justice, calculs ONPE

Ces données publiées sous double timbre ONPE DREES ne constituent pas les seuls résultats de l'exploitation de l'enquête Aide sociale dans son volet ASE. Cette enquête fournit également des éléments descriptifs sur les mesures et leurs bénéficiaires.

► Un état des lieux des mesures d'aide sociale à l'enfance et de leur évolution

Ces plus de 300 000 jeunes bénéficiaires de mesures correspondent à 334 000 mesures en 2016 et 340 000 mesures en 2017¹⁰¹. Ces mesures sont, à quasi-part égale, des actions éducatives et des placements : fin 2017, on dénombrait 176 000 placements et 164 000 actions éducatives. Au cours du temps, la part relative des placements a diminué, passant de 54 % en 2006 à 52 % en 2017. Parmi les actions éducatives, les AEMO représentent plus deux tiers des mesures contre un tiers pour les AED. Pour les placements hors placements directs, la part des mesures judiciaires est majoritaire (79 % en 2017).

Graphique 3 : Répartition des mesures d'aide sociale à l'enfance au 31 décembre 2017



Source : DREES, Etudes et résultats 1090, octobre 2018 341000 mesures d'aide sociale à l'enfance en cours fin 2017

Les placements connaissent une évolution particulièrement dynamique entre 2016 et 2017, avec une croissance de 4,2 % que la DREES attribue en partie à la hausse du nombre de MNA accueillis sur le territoire.

Graphique 4 : Mesures d'aide sociale à l'enfance de 2013 à 2017

	2 013	2 014	2 015	2 016	2017 (p)	Evolution en %
						2016-2017 (p)
Ensemble des mesures	318 990	322 050	325 170	333 460	340 770	2,2
Mesures d'accueil (placements)	159 590	161 720	163 790	169 110	176 240	4,2
Enfants confiés à l'ASE	143 070	145 640	148 070	153 290	160 650	4,8
Mesures administratives, dont :	34 960	34 190	33 760	34 110	33 510	-1,8
pupilles	2 270	2 380	2 450	2 490	2 660	6,8
accueil provisoire de mineurs	14 230	13 480	12 910	13 570	13 200	-2,7
accueil provisoire de jeunes majeurs	18 450	18 330	18 400	18 040	17 650	-2,2
Mesures judiciaires, dont :	108 110	111 450	114 310	119 180	127 140	6,7
délégation de l'autorité parentale à l'ASE ¹	3 160	3 320	3 060	3 060	3 270	6,9
tutelle	4 210	4 700	5 280	5 930	7 650	29,0
placement à l'ASE par le juge	100 740	103 430	105 940	110 190	116 220	5,5

		Placements directs par un juge²	16 530	16 080	15 720	15 820	15 590	-1,5
		Actions éducatives	159 400	160 330	161 380	164 350	164 530	0,1
		Actions éducatives à domicile (AED) dont :	50 460	50 230	50 950	51 310	52 240	1,8
		AED en faveur des mineurs	47 190	47 120	48 060	48 540	49 430	1,8
		AED en faveur des majeurs	3 260	3 120	2 890	2 760	2 810	1,8
		Actions éducatives en milieu ouvert (AEMO)	108 950	110 100	110 430	113 040	112 290	-0,7

Source : DREES *ibidem*

L'hébergement en famille d'accueil est plus fréquent que le placement en établissement :

Tableau 5 : Répartition des enfants placés selon le monde d'hébergement (en %)

	2013	2014	2015	2016	2017 (p)
Familles d'accueil	51,9	51,6	50,4	48,9	47,1
Établissements	38,5	37,5	37,7	37,6	36,8
Adolescents et jeunes majeurs autonomes¹	3,7	4,1	4,7	5,3	6,6
Autres²	5,9	6,8	7,3	8,2	9,5
Total enfants confiés	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Source : DREES *ibidem*

➤ **Une estimation des dépenses de protection de l'enfance**

Concernant les dépenses, l'estimation est hors dépenses de personnels. De plus, la prévention n'est pas correctement fléchée.

Tableau 6 : Dépenses d'ASE des départements (en millions d'euros courants) hors dépenses de personnel

	2012	2013	2014	2015	2016	Part dans l'ensemble des dépenses brutes d'aide sociale en 2016
Dépenses brutes	7 360	7 593	7 552	7 741	7 825	20 %
Enfants accueillis à l'ASE (y compris placements directs), dont :	5 639	5 747	5 834	6 067	6 150	16 %
<i>placements en établissements</i>	3 578	3 652	3 704	3 887	3 957	10 %
<i>placements en familles d'accueil</i>	1 914	1 984	2 030	2 079	2 104	5 %
<i>autres dépenses de placement</i>	147	112	100	101	88	0 %
Actions éducatives	434	438	455	465	473	1 %
Dépenses d'allocation	361	362	353	348	324	1 %
Prévention spécialisée	268	265	259	261	252	1 %
Autres dépenses (participations, subventions et autres)	659	780	651	600	626	2 %
dépenses nettes	7 177	7 403	7 353	7 510	7 582	-

Source : DREES. NB : ces dépenses sont issues de l'exploitation des comptes administratifs des départements par la DREES et ne tiennent pas compte des frais de personnel, à l'exception de ceux liés aux assistants familiaux. Ces chiffres diffèrent légèrement de ceux publiés dans « L'Aide et l'action sociale en France » DREES oct. 2018 p 136 qui ont été redressés différemment mais nous avons préféré ceux-ci car ils contiennent le détail des composantes de la dépense de placement en évolution.

2.3 Peu d'éléments existent sur les déterminants conduisant au placement

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

➤ L'analyse des raisons des signalements repose sur des données anciennes et à la méthodologie peu solide

En 2007, l'ODAS avait publié une analyse des signalements adressés aux départements en 2006. Cette étude par enquête auprès des départements portait sur les raisons du signalement, les suites données, les caractéristiques des enfants (âge, sexe).

Tableau 7 : L'origine du danger ayant conduit au signalement en 2006 selon l'ODAS

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

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

Si la méthodologie était peu explicitée (taux de non-réponses non renseignés, concepts insuffisamment définis), il est dommage que la mise en place de l'ONPE et le retrait corrélatif de l'ODAS de ce champ aient fait disparaître l'analyse de l'ensemble des signalements. En effet, aujourd'hui les seules sources disponibles sont très partielles.

► Les analyses récentes reposent sur des sources partielles

- L'analyse des appels au 119

Le Service national d'accueil téléphonique pour l'enfance en danger (Snated), dénommé le 119, recueille des données sur les appels traités relatives au profil des appelants, aux caractéristiques socio-démographiques des enfants en danger, aux auteurs présumés du danger, à l'objet de l'appel, à la nature, à la forme des mauvais traitements et à la réponse qui a été apportée par le conseil départemental pour les cas où l'appel a abouti à la transmission d'une information préoccupante. Le Snated produit à partir de ces données une analyse qui contient notamment des éléments sur la répartition des différents types de dangers (cf. rapport graphique 2). Comme dit plus haut, l'analyse ne porte que sur les informations préoccupantes (IP) passant par le 119 et rien ne permet d'affirmer qu'elles sont représentatives de l'ensemble des IP. Le Snated estime la proportion des IP dont il est l'émetteur à environ 15 à 20 % de l'activité totale des CRIP¹⁰². En outre, la présentation de ces données prête à confusion : les deux modalités d'action du Snated (conseil/transmission au conseil départemental) ne sont pas clairement distinguées dans l'analyse. Et là encore la robustesse des résultats est difficile à évaluer.

- Le bilan des CRIP

L'ONPE a entrepris de faire un bilan national de l'activité des CRIP à partir de remontées départementales. Les variables que les départements transmettent aux ODPE et à l'ONPE ont été définies par décret de 2011¹⁰³. Cependant, l'ONED dans son septième rapport annuel au

¹⁰² Cette estimation provient des échanges du groupe de travail sur le socle commun d'activité des CRIP conduit par la SNATED et auxquels des départements étaient parties prenantes.

¹⁰³ Décret n° 2011-222 du 28 février 2011 organisant la transmission d'informations sous forme anonyme aux observatoires départementaux de la protection de l'enfance et à l'Observatoire national de l'enfance en danger

gouvernement et au parlement remis en mars 2012 a alerté sur la difficulté d'organiser des transmissions homogènes à partir de ces variables et a préconisé une démarche de consensus en vue de clarifier ces variables d'observation. La DGCS et la DPJJ, avec le soutien de l'association des départements de France (ADF), ont mis en place une telle démarche qui a abouti à un rapport¹⁰⁴. Celui-ci a permis de faire le tri dans le trop grand nombre de variables prévues par le décret¹⁰⁵. Les conseils départementaux ont commencé à transmettre des éléments chiffrés et/ou des rapports d'activité relatifs aux IP reçues. Il ressort de l'analyse des données alimentant le rapport de l'ONPE de 2016¹⁰⁶ que, malgré le travail réalisé à partir des variables du décret, ces données sont très hétérogènes selon le département et par conséquent difficilement interprétables tant que les définitions des variables remontant des conseils départementaux ne sont pas stabilisées. Parmi les principales difficultés, on peut citer :

- La définition même de l'IP n'était pas homogène selon les départements : certains réalisent une primo-qualification des informations reçues à leur arrivée dans les services avant de les considérer comme des « IP » tandis que d'autres nomment « IP » l'ensemble des informations entrantes.
- Les départements n'adoptent pas les mêmes conventions pour dénombrer les IP multiples se rapportant à une même situation : dans certains cas, on compte une seule IP, dans d'autres plusieurs.
- Certains conseils départementaux vont jusqu'à considérer comme IP les demandes d'aide des familles.
- Les variables d'analyse ne s'expriment pas dans la même typologie selon les départements (par exemple, les classes d'âge ne sont pas partitionnées de façon identique).
- L'origine de l'IP n'est pas toujours renseignée et, quand elle l'est, chaque département a sa propre typologie.
- Les informations sur les suites de l'IP reposent sur des nomenclatures différentes.
- Le motif de l'IP n'est renseigné que dans la moitié des départements et, quand il l'est, l'information est codée dans une typologie propre à chaque département.

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

2.4 L'analyse des parcours au niveau national est embryonnaire

La difficulté à recueillir des données de longue période sur les parcours explique ce relatif désintérêt de la recherche en sciences sociales. Les quelques études existantes reposent sur des monographies d'un échantillon plus ou moins large.

¹⁰⁴ Le comité d'experts indépendants, présidé par Michel Legros, professeur à l'EHESP (15), a procédé les 13 et 14 mai 2013 à l'audition de l'ensemble des acteurs concernés et remis le 2 juillet 2013 son rapport et ses préconisations à Dominique Bertinotti, ministre déléguée chargée de la famille.

¹⁰⁵ Le rapport distingue quatre types de variables : - les variables prioritaires, immédiatement accessibles, décrivant la population et les mesures mises en œuvre ; - les variables relatives à l'environnement de l'enfant ; - les variables nécessitant le recueil d'informations provenant d'autres acteurs, nécessitant un croisement de données ou un recueil approfondi ; - les variables contestées soit pour leur pertinence soit pour la fiabilité de leur recueil

¹⁰⁶ ONPE, « Enfants en (risque de) danger, enfants protégés : quelles données chiffrées ? Onzième rapport au Gouvernement et au Parlement Octobre 2016 »

Pour pallier ce manque, l'ONPE s'est vu confier la mise en place d'un système d'information analysant les parcours : « Observation longitudinale, individuelle et nationale en protection de l'enfance » (Olinpe). Les travaux préparatoires¹⁰⁷ conduisent à s'interroger sur la possibilité de construire un système d'information concernant les parcours des enfants, en raison de l'extrême hétérogénéité des SI et des données recueillies dans les départements déjà évoquées plus haut.

Au niveau local, la mission voudrait souligner un travail éclairant qui n'est pas à proprement parler une étude de parcours mais qui fournit des éléments sur le parcours rétrospectif des enfants placés : il s'agit d'une étude conduite par le département du Var portant sur la prise en charge avant la mesure de placement. Cette étude met en évidence plusieurs résultats :

- Les motifs conduisant au placement sont, au premier chef, les problèmes de prise en charge de l'enfant, carence éducative, hygiène (44 % des situations), puis les problèmes de santé physique ou psychique d'un ou des parents (35 % des situations). La précarité (dont le logement) est citée dans un quart des cas.
- Près de la moitié des enfants sont connus des services de l'ASE depuis moins d'un an dont 22 % depuis moins d'un mois mais un enfant sur cinq est connu des services de l'ASE depuis plus de cinq ans.
- 81 % des enfants ont été sujets d'au moins une information préoccupante avant leur premier placement. La part des enfants ayant fait l'objet de plusieurs IP est relativement importante : 37 %
- Plus d'un enfant sur deux (52 %) a bénéficié d'au moins une mesure éducative avant son premier placement.

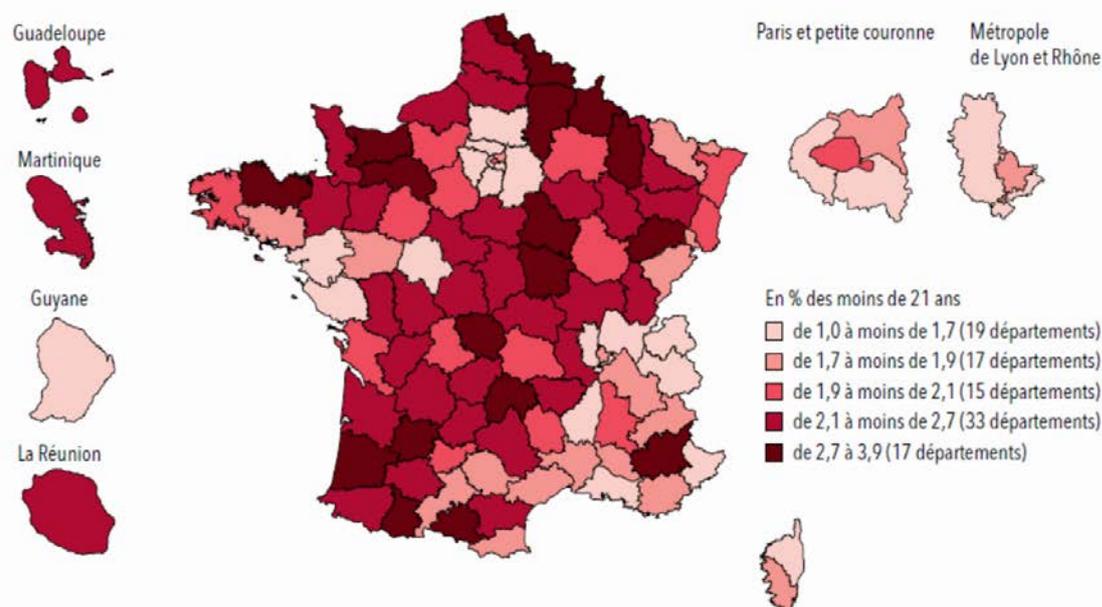
¹⁰⁷ https://www.onpe.gouv.fr/system/files/publication/premier_rapport_olinpe.pdf

ANNEXE 7 : QUELQUES ILLUSTRATIONS DES DISPARITES TERRITORIALES

1 LES TAUX D'INTERVENTION EN PROTECTION DE L'ENFANCE ET LA NATURE DE CES INTERVENTIONS SE CARACTERISENT PAR DE FORTES DISPARITES DEPARTEMENTALES

Selon la DREES¹⁰⁸, les taux de mesure d'ASE dans la population des moins de 21 ans varient entre 1 et 3,9 % des moins de 21 ans ; la moitié des départements se situant entre 1,7 et 2,4 %. Les taux les plus faibles sont observés dans les départements du quart sud-est, les départements d'Île-de-France et les Pays de la Loire.

Carte 1 Taux de mesures d'aide sociale à l'enfance, au 31 décembre 2016



Note > Les départements sont répartis par classe selon la méthode de Jenks (« seuils naturels », au sens où les départements de valeurs proches sont regroupés dans la même classe).

Lecture > Au niveau national, au 31 décembre 2016, le taux de mesures d'aide sociale à l'enfance est de 1,9 pour 100 habitants de moins de 21 ans.

Champ > France métropolitaine et DROM (hors Mayotte).

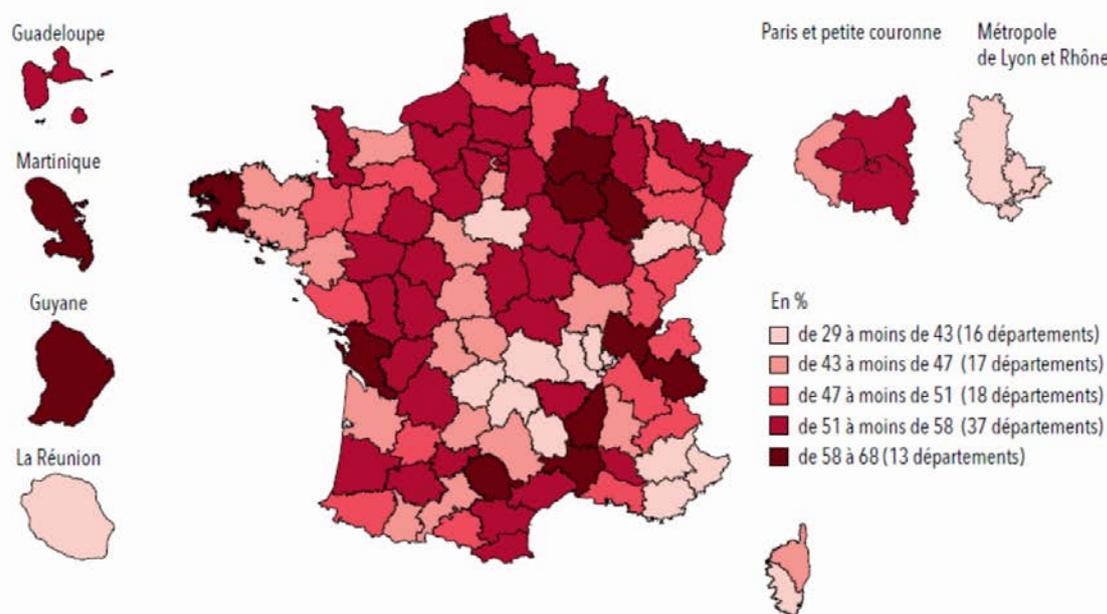
Sources > DREES, enquête Aide sociale 2016 ; Insee, estimations provisoires de population au 1^{er} janvier 2017 (résultats arrêtés fin 2017) ; ISD n° ASE06.

La répartition entre placements et actions éducatives connaît elle aussi de fortes disparités départementales. La répartition moyenne assez équilibrée (autour de 50 % de placement) cache de grandes différences entre des départements où le taux de placement tombe à moins de 40 %

¹⁰⁸ Source : DREES, L'aide et l'action sociale édition 2018, fiche 22 du volume et données xl afférentes.

ou dépasse les 60 % (29 % pour le minimum et 68 % pour le maximum). Toutefois, dans plus de la moitié des départements, la part des placements est entre 40 et 60 %.

Carte 2 Part des mesures de placement dans l'ensemble des mesures d'aide sociale à l'enfance, au 31 décembre 2016



Note > Les départements sont répartis par classe selon la méthode de Jenks (« seuils naturels », au sens où les départements de valeurs proches sont regroupés dans la même classe).

Lecture > Au niveau national, au 31 décembre 2016, la part des mesures de placement parmi les mesures d'aide sociale à l'enfance (placements et actions éducatives) est de 51 %.

Champ > France métropolitaine et DROM (hors Mayotte).

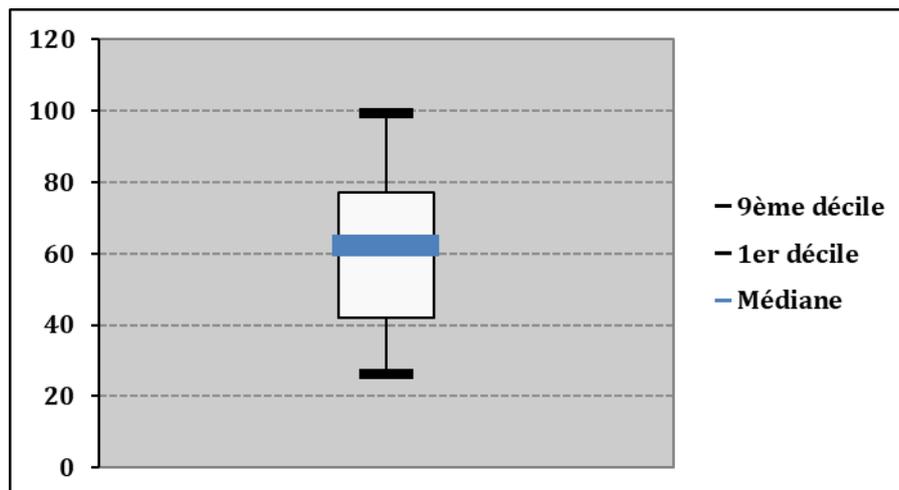
Source > DREES, enquête Aide sociale 2016 ; ISD n° ASE06.

2 L'IMPLANTATION DES DISPOSITIFS DE SOUTIEN A LA PARENTALITE SE CARACTERISE PAR DE FORTES DISPARITES DEPARTEMENTALES ET INFRA-DEPARTEMENTALES

En 2015 on comptait un LAEP pour 3 380 enfants de moins de six ans (1 453 LAEP selon le site de la CAF monenfant.fr). Ceux-ci sont inégalement répartis sur le territoire. L'étude des implantations territoriales des LAEP réalisée par la mission d'évaluation de la COG CNAF, à partir des données de la CNAF, a mis en évidence de fortes disparités territoriales. En effet, en considérant qu'un enfant de 0 à 5 ans est couvert par un LAEP dès lors que celui-ci est situé dans son intercommunalité, on obtient un taux de couverture géographique national de 72,3 % mais avec des écarts importants entre départements tandis que la médiane (50^{ème} département le mieux couvert) s'établit à 62,5 % d'intercommunalités couvertes. Un quart des départements ont un taux de couverture géographique inférieur à 41,8 % et un quart un taux supérieur à 77,2 % ; on trouve même 10 % des départements sous le seuil des 26,2 % de couverture.

Ces disparités entre départements masquent également des disparités à l'intérieur même des départements, certaines zones étant surchargées en LAEP tandis que d'autres zones en sont dépourvues.

Graphique 1 : Dispersion des départements en termes de taux de couverture géographique



Source : Rapport d'évaluation de la COG CNAF déjà cité.

ANNEXE 8 : PRINCIPAUX RESULTATS DU QUESTIONNAIRE ADRESSE AUX CONSEILS DEPARTEMENTAUX

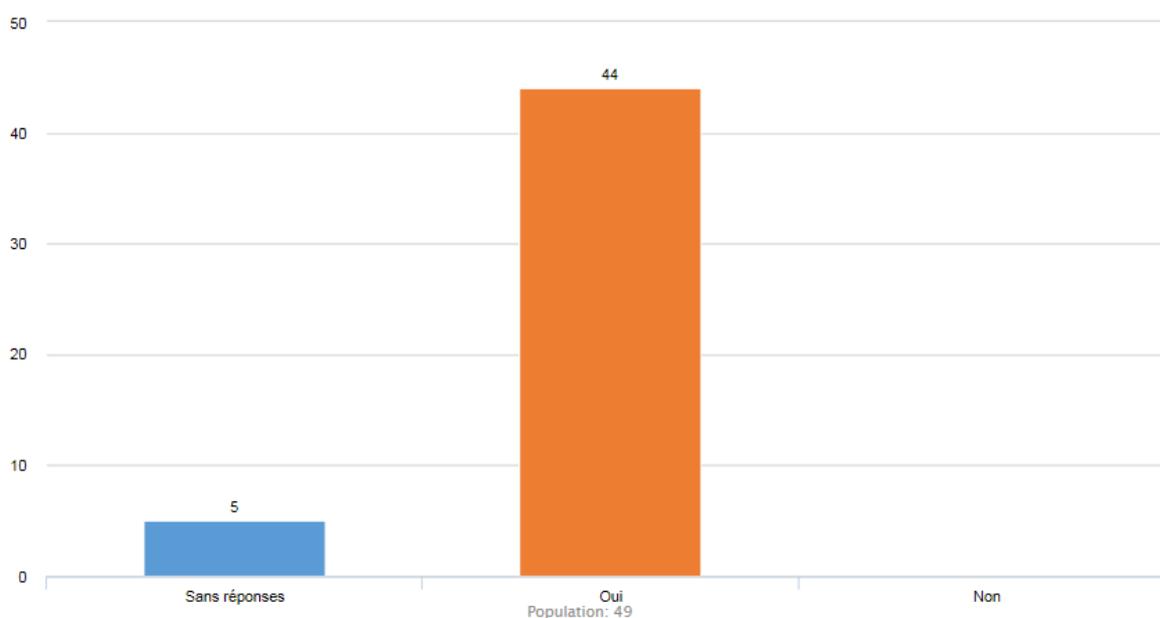
Le questionnaire réalisé par la mission a été adressé aux conseils départementaux en juillet 2018. Quarante-neuf d'entre eux ont répondu. L'annexe 8 présente une partie des résultats et s'organise en cinq sous-rubriques :

- Vue globale de la prévention en protection de l'enfance
- La PMI
- Les mesures d'actions éducatives et interventions à domicile
- La prévention spécialisée
- Les informations préoccupantes

1 VUE GLOBALE DE LA PREVENTION EN PROTECTION DE L'ENFANCE

1) Le schéma départemental de l'enfance et de la famille comporte-t-il un ou plusieurs axes explicitement consacrés à la prévention ?

1) Le schéma départemental de l'enfance et de la famille comporte-t-il un ou plusieurs axes explicitement consacrés à la prévention ?

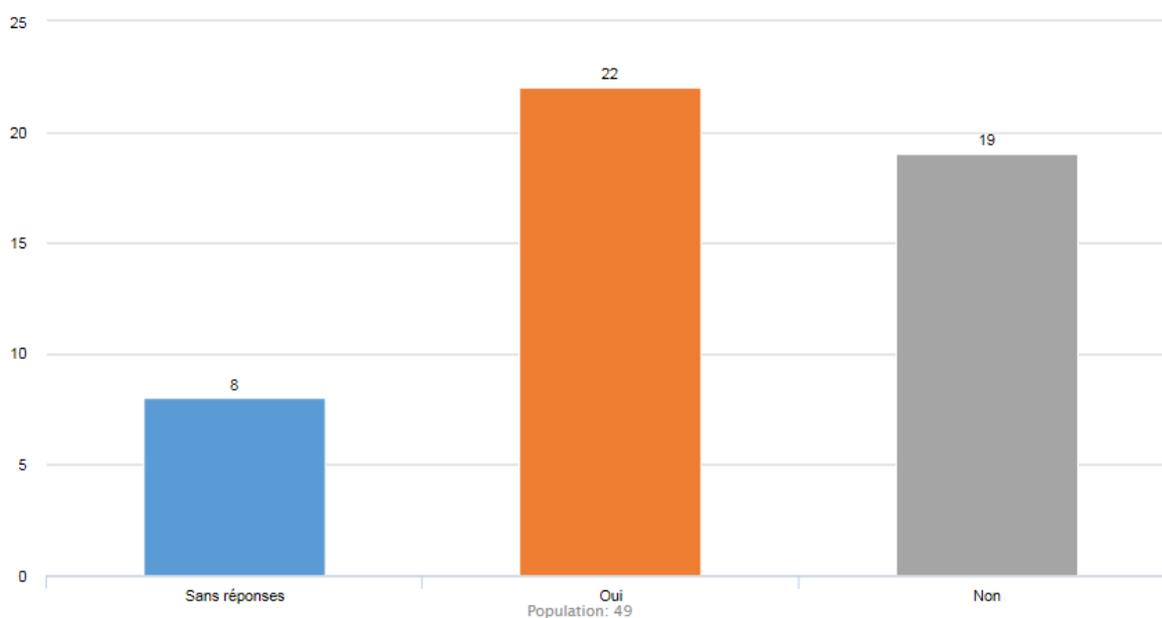


Libellés	Nombre de réponses	Pourcentages
Sans réponse	5	10,2 %
Oui	44	89,8 %
Non	0	0 %

Population: 49

2) Les actions en matière de prévention sont-elles adossées à un diagnostic formalisé des vulnérabilités?

2) Les actions en matière de prévention sont-elles adossées à un diagnostic formalisé des vulnérabilités?

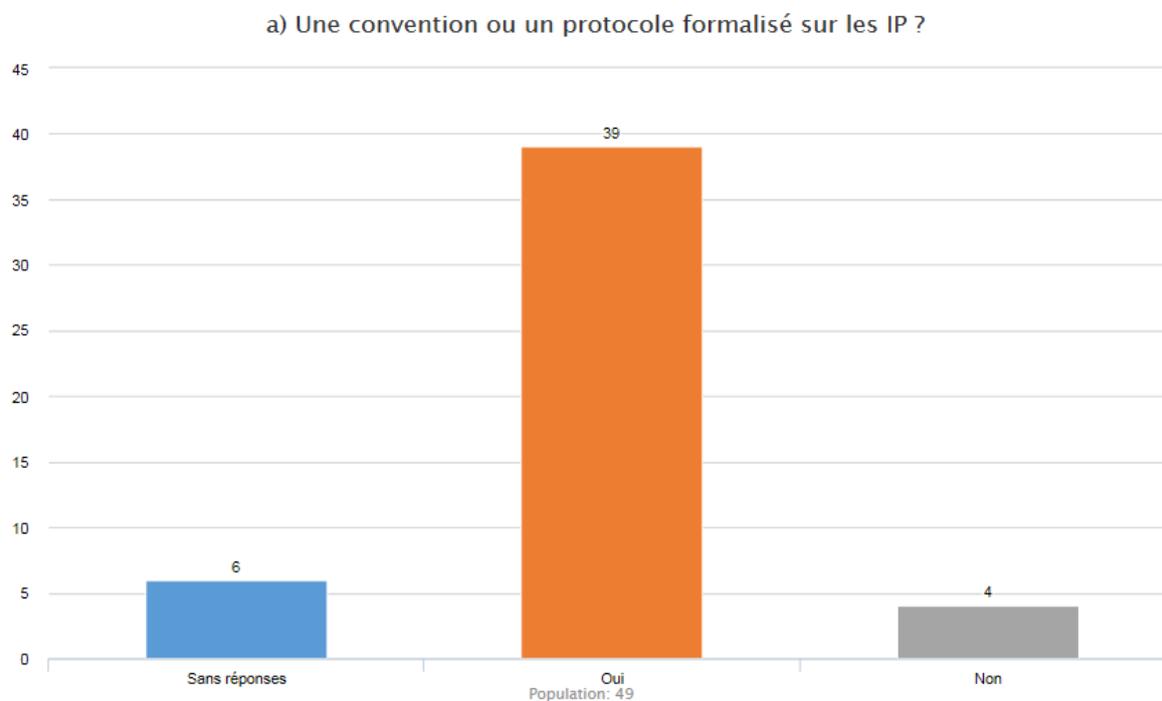


Libellés	Nombre de réponses	Pourcentages
Sans réponses	8	16,3 %
Oui	22	44,9 %
Non	19	38,8 %

Population: 49

3) Comment se traduit le partenariat avec l'Éducation nationale ?

a) par une convention ou un protocole formalisé sur les IP ?



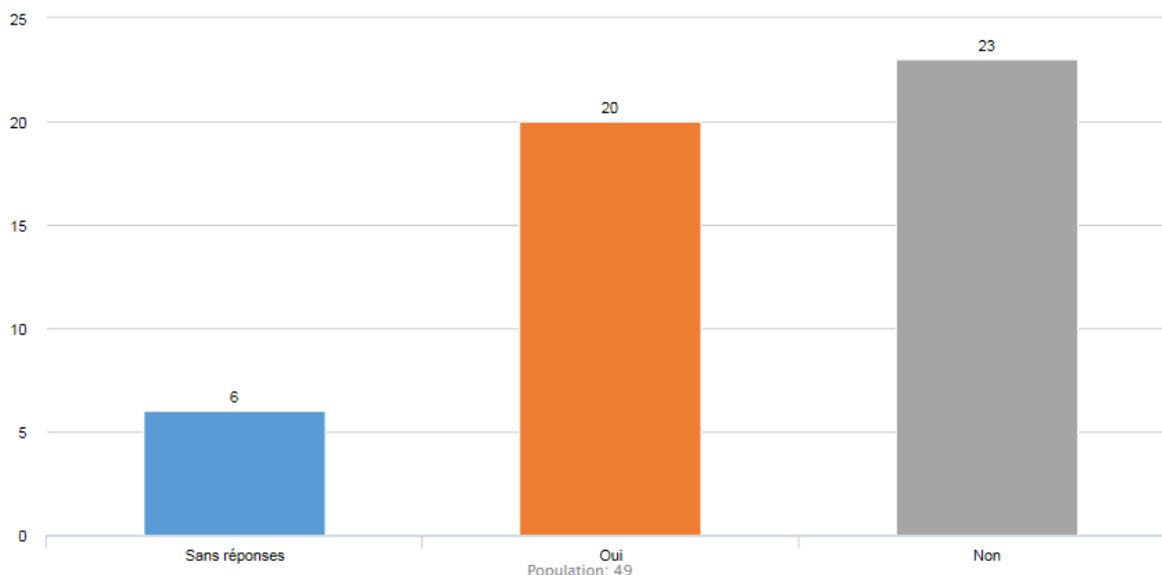
Données

Libellés	Nombre de réponses	Pourcentages
Sans réponses	6	12,2 %
Oui	39	79,6 %
Non	4	8,2 %

Population: 49

b) Par une convention ou un protocole formalisé qui dépasse le traitement des IP et organise la coopération entre les réseaux (par exemple traitement des situations complexes, organisations d'actions collectives, formations conjointes) ?

b) Une convention ou un protocole formalisé qui dépasse le traitement des IP et organise la coopération entre les réseaux (par exemple traitement des situations complexes, organisations d'actions collectives, formations conjointes)

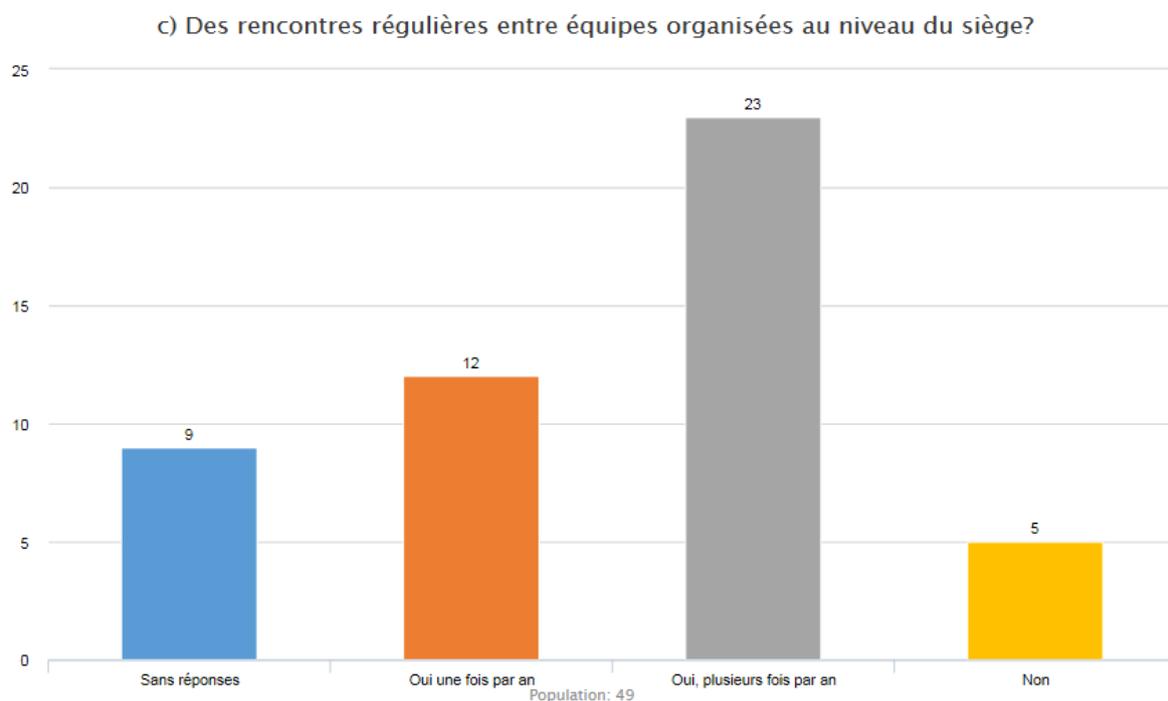


Données

Libellés	Nombre de réponses	Pourcentages
Sans réponses	6	12,2 %
Oui	20	40,8 %
Non	23	46,9 %

Population: 49

c) Par des rencontres régulières entre équipes organisées au niveau du siège ?

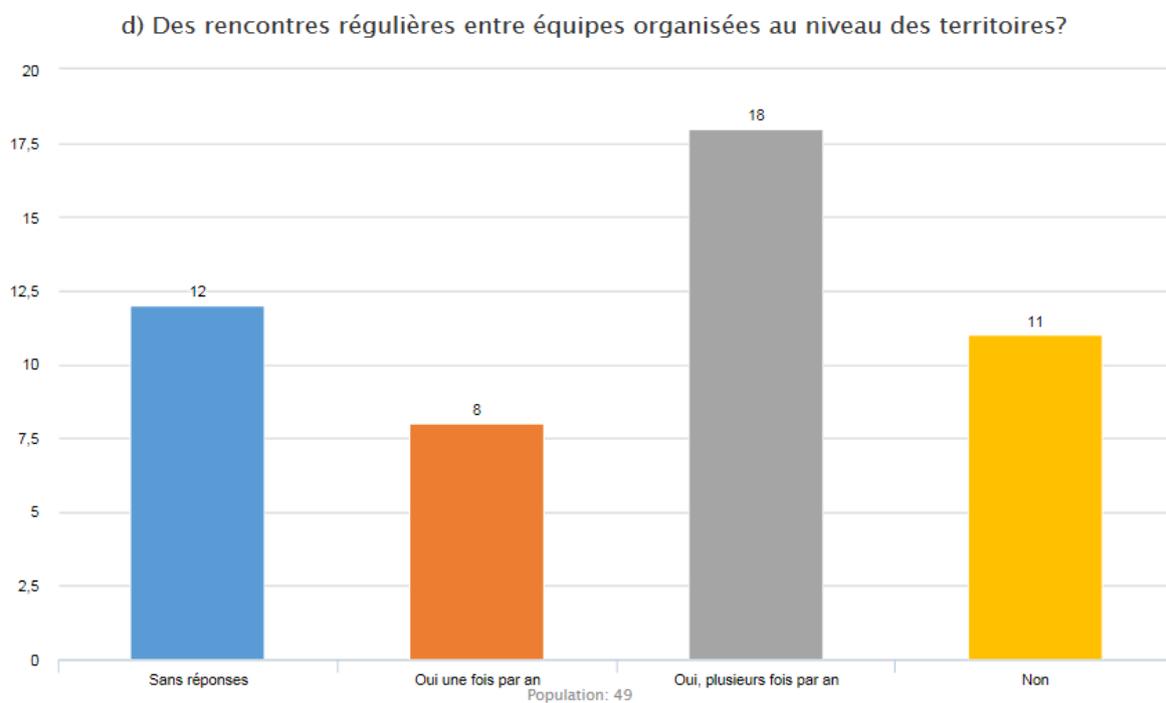


Données

Libellés	Nombre de réponses	Pourcentages
Sans réponses	9	18,4 %
Oui une fois par an	12	24,5 %
Oui, plusieurs fois par an	23	46,9 %
Non	5	10,2 %

Population: 49

d) Par des rencontres régulières entre équipes organisées au niveau des territoires ?



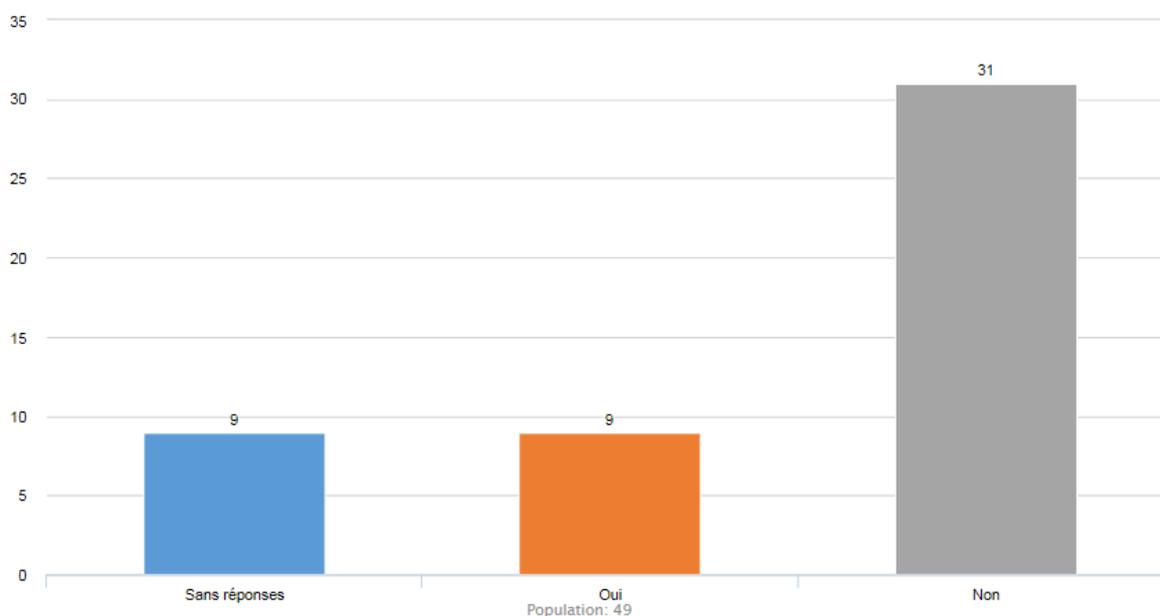
Données

Libellés	Nombre de réponses	Pourcentages
Sans réponses	12	24,5 %
Oui une fois par an	8	16,3 %
Oui, plusieurs fois par an	18	36,7 %
Non	11	22,4 %

Population: 49

e) Par la présence d'agents du département (travailleurs sociaux, éducateurs - hors PMI) dans les établissements scolaires du 1er ou 2nd degré ?

e) La présence d'agents du département (travailleurs sociaux, éducateurs – hors PMI) dans les établissements scolaires du 1er ou 2nd degré ?



Données

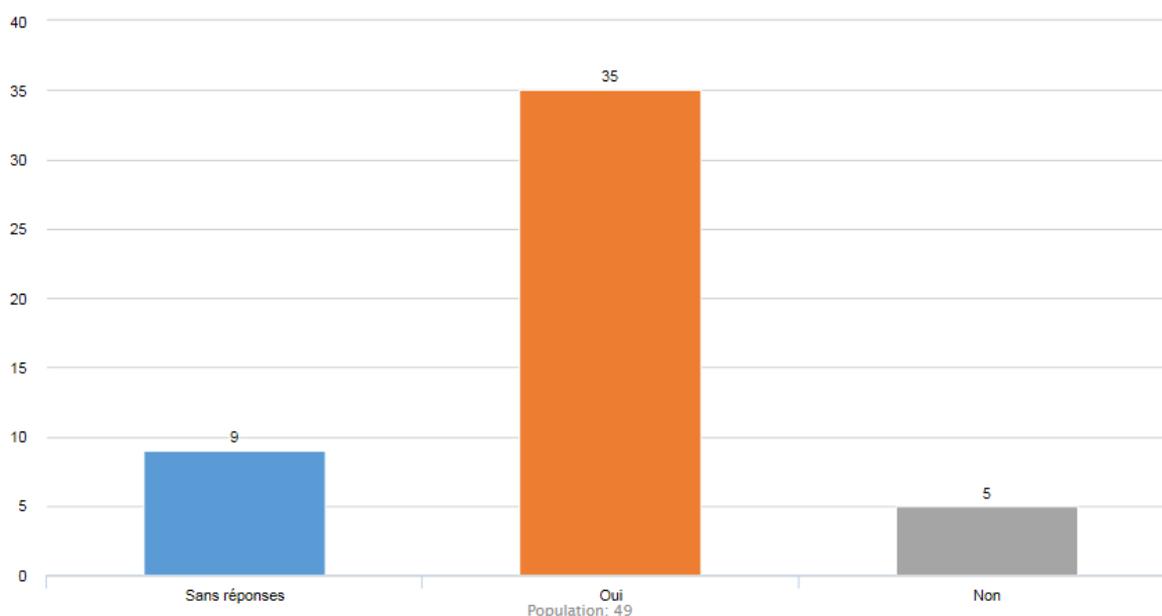
Libellés	Nombre de réponses	Pourcentages
Sans réponses	9	18,4 %
Oui	9	18,4 %
Non	31	63,3 %

Population: 49

4) Concernant le partenariat avec la CAF, au-delà de l'examen conjoint des demandes de financement y a-t-il :

a) Un diagnostic partagé écrit sur les besoins et une cartographie d'implantation des structures de soutien à la parentalité ?

a) Un diagnostic partagé écrit sur les besoins et une cartographie d'implantation des structures de soutien à la parentalité ?



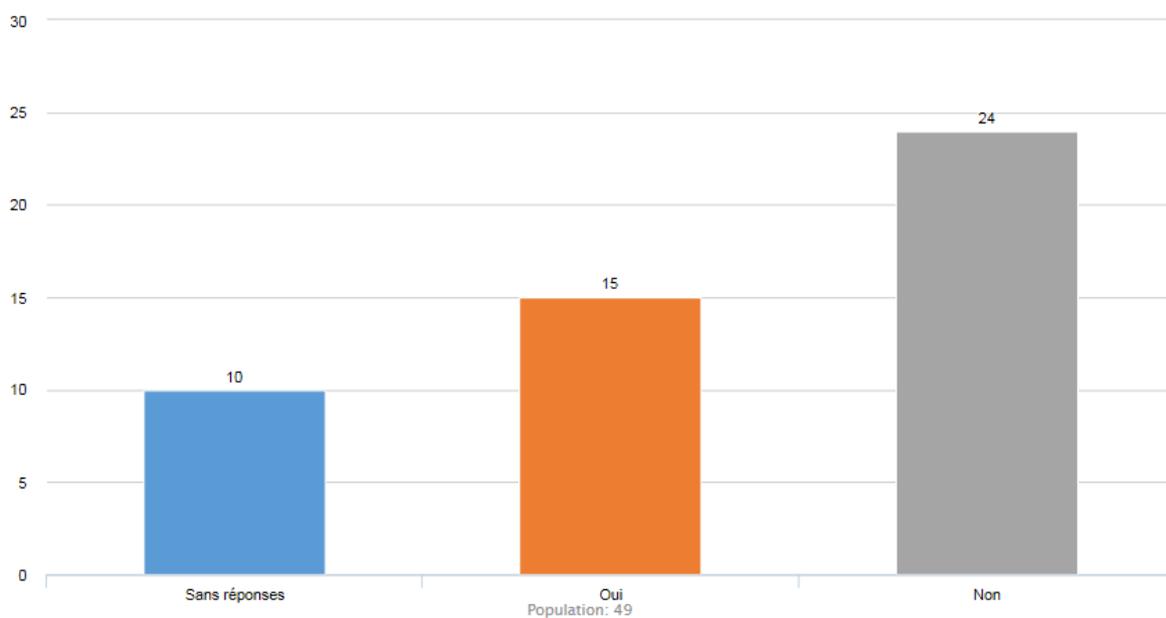
Données

Libellés	Nombre de réponses	Pourcentages
Sans réponses	9	18,4 %
Oui	35	71,4 %
Non	5	10,2 %

Population: 49

b) Un cahier des charges ou référentiel conjoint intégrant la question de la prévention en direction des LAEP ?

b) Un cahier des charges ou référentiel conjoint intégrant la question de la prévention en direction des LAEP ?



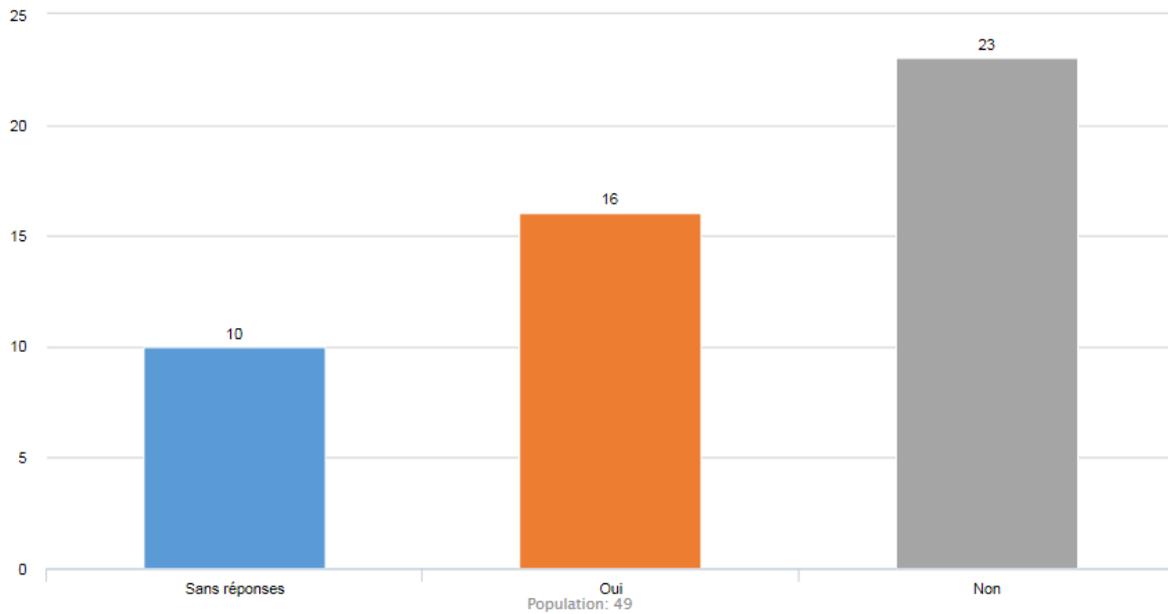
Données

Libellés	Nombre de réponses	Pourcentages
Sans réponses	10	20,4 %
Oui	15	30,6 %
Non	24	49 %

Population: 49

c) Un cahier des charges ou référentiel conjoint intégrant la question de la prévention en direction des REAAP ?

c) Un cahier des charges ou référentiel conjoint intégrant la question de la prévention en direction des REAAP ?



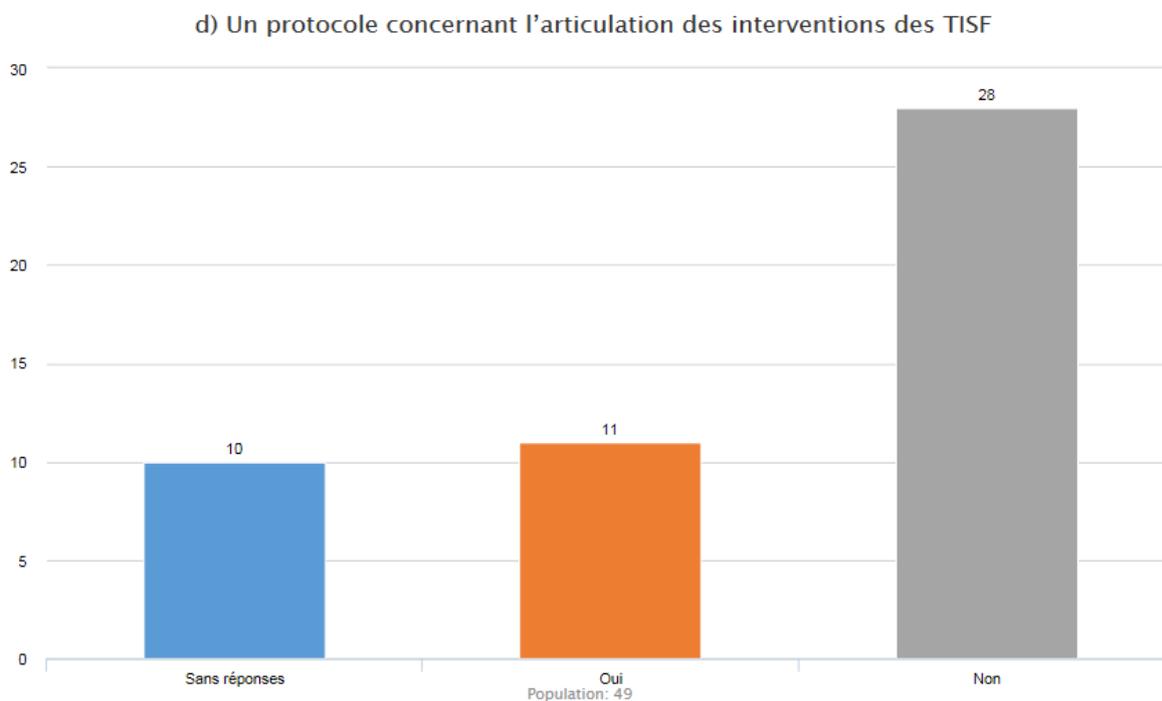
Données

Libellés	Nombre de réponses	Pourcentages
Sans réponses	10	20,4 %
Oui	16	32,7 %
Non	23	46,9 %

Population: 49

d) Un protocole concernant l’articulation des interventions des TISF ?

Graphique



Données

Libellés	Nombre de réponses	Pourcentages
Sans réponses	10	20,4 %
Oui	11	22,4 %
Non	28	57,1 %

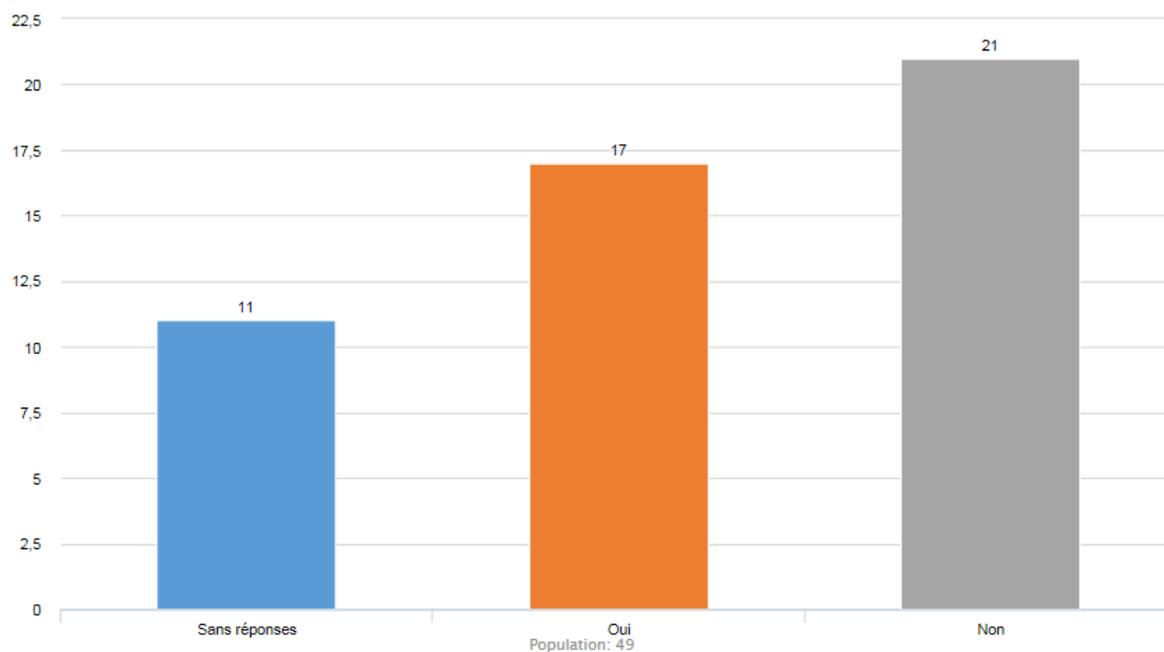
Population: 49

5) Existe-t-il des partenariats formalisés ou contractualisés avec des villes et EPCI sur des questions ?

a) De petite enfance ?

Graphique

a) De petite enfance ?



Données

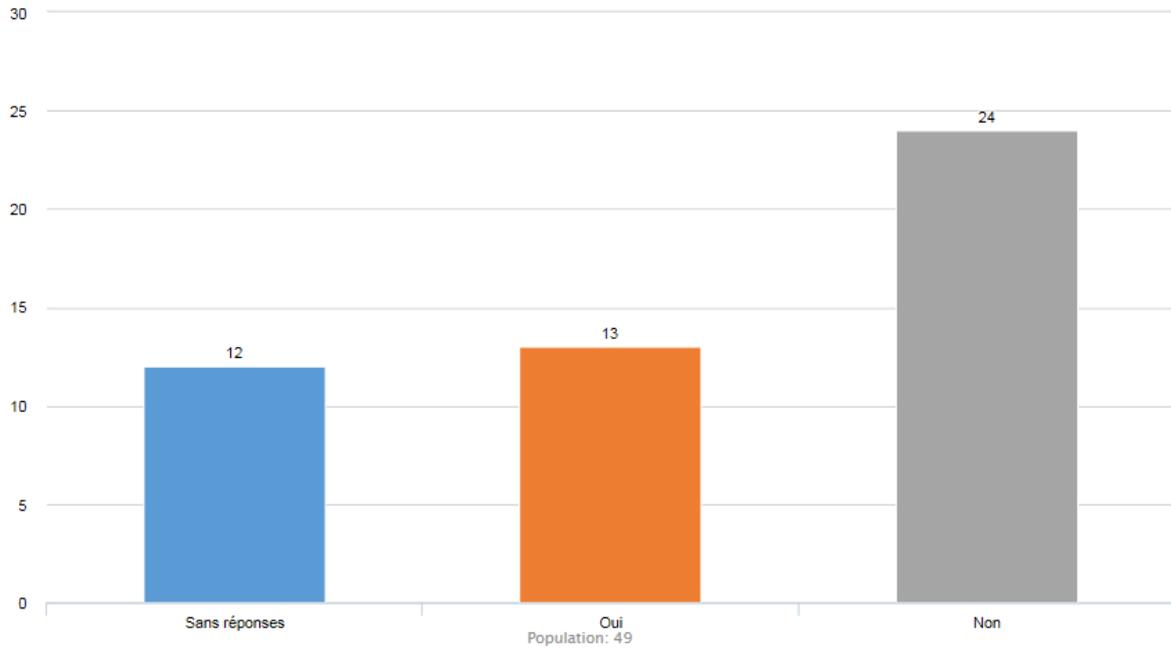
Libellés	Nombre de réponses	Pourcentages
Sans réponses	11	22,4 %
Oui	17	34,7 %
Non	21	42,9 %

Population: 49

b) De parentalité ?

Graphique

b) De parentalité ?

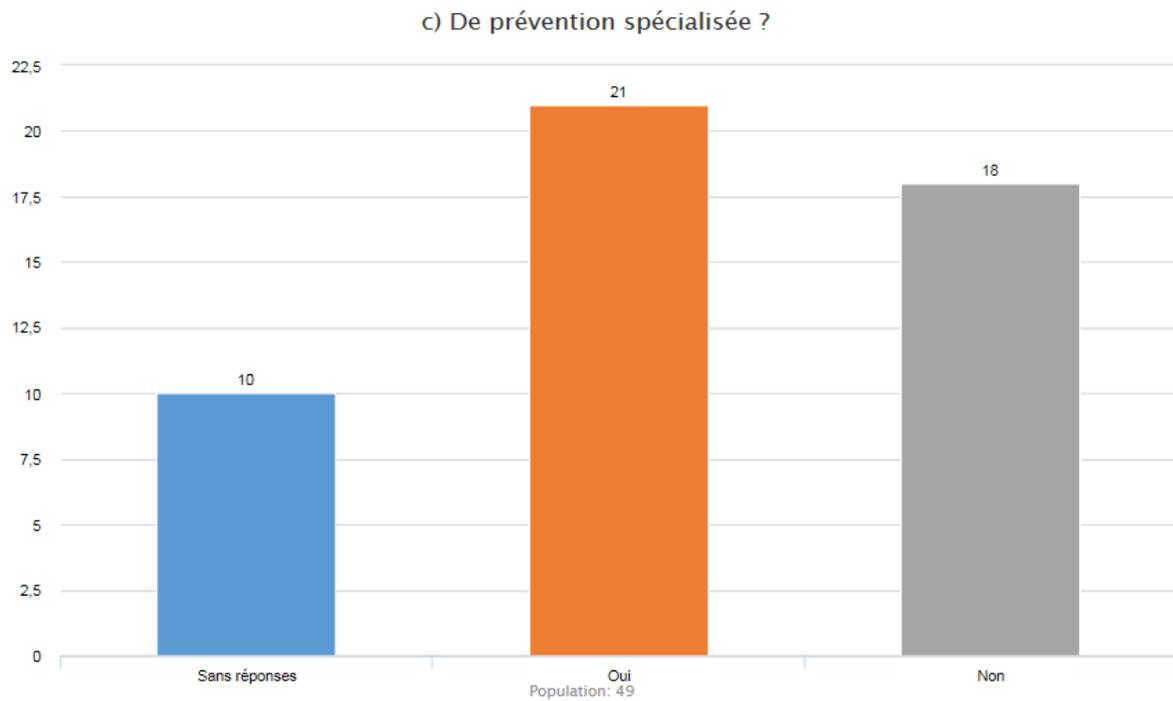


Données

Libellés	Nombre de réponses	Pourcentages
Sans réponses	12	24,5 %
Oui	13	26,5 %
Non	24	49 %

Population: 49

c) De prévention spécialisée ?



Données

Libellés	Nombre de réponses	Pourcentages
Sans réponses	10	20,4 %
Oui	21	42,9 %
Non	18	36,7 %

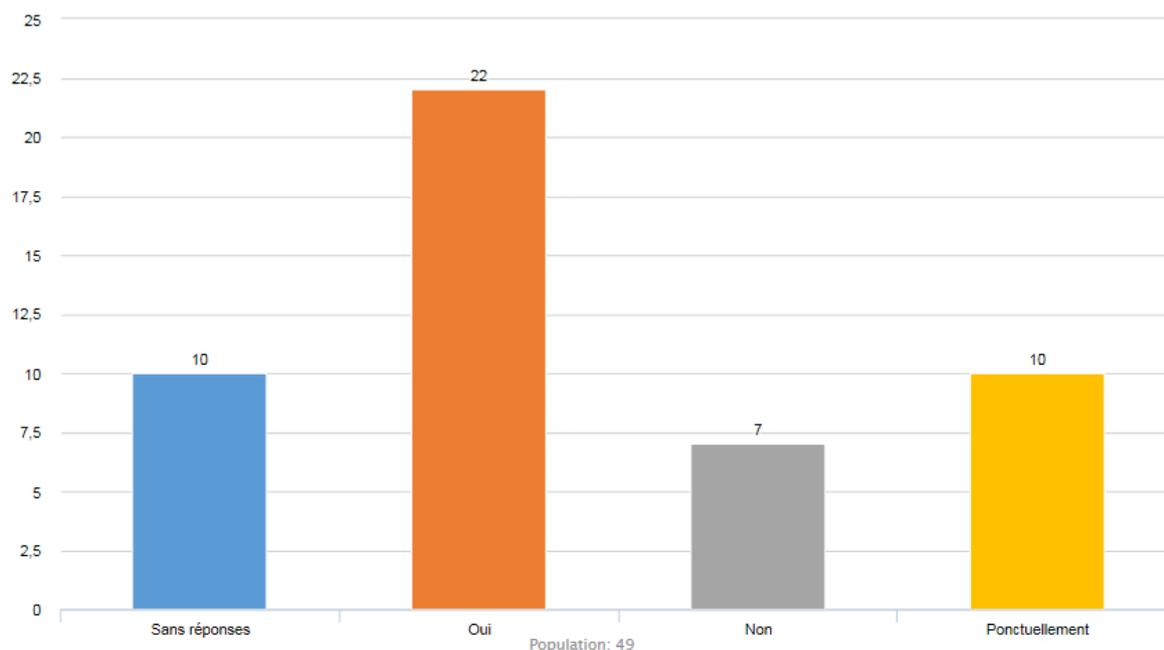
Population: 49

6) Existe-t-il, au sein du département, des coopérations en matière de prévention entre le service enfance famille et :

a) Le service en charge des personnes handicapées ?

Graphique

a) Le service en charge des personnes handicapées

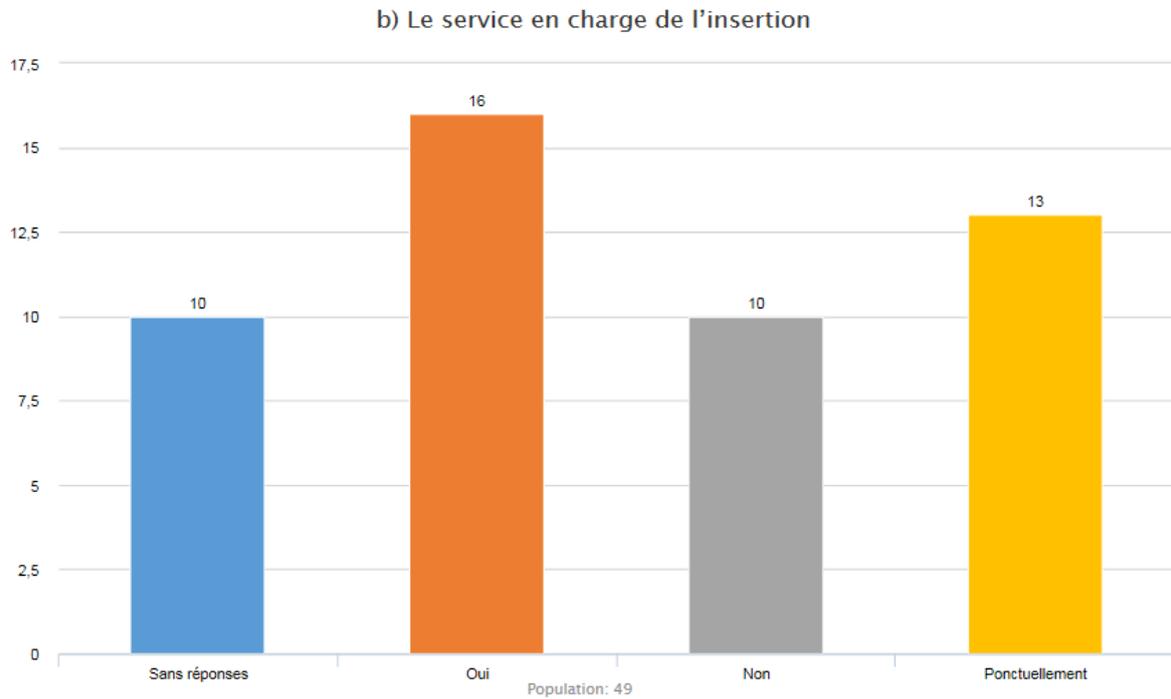


Données

Libellés	Nombre de réponses	Pourcentages
Sans réponses	10	20,4 %
Oui	22	44,9 %
Non	7	14,3 %
Ponctuellement	10	20,4 %

Population: 49

b) Le service en charge de l'insertion ?

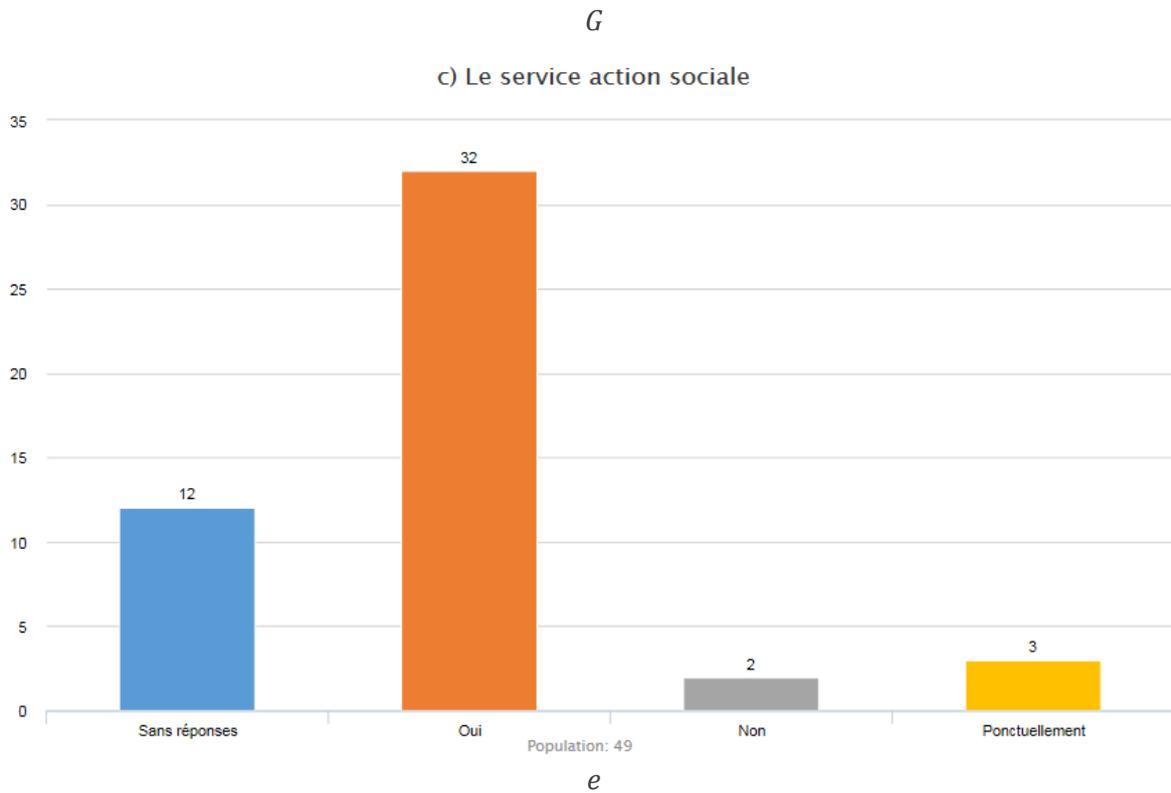


Données

Libellés	Nombre de réponses	Pourcentages
Sans réponses	10	20,4 %
Oui	16	32,7 %
Non	10	20,4 %
Ponctuellement	13	26,5 %

Population: 49

c) Le service action sociale ?

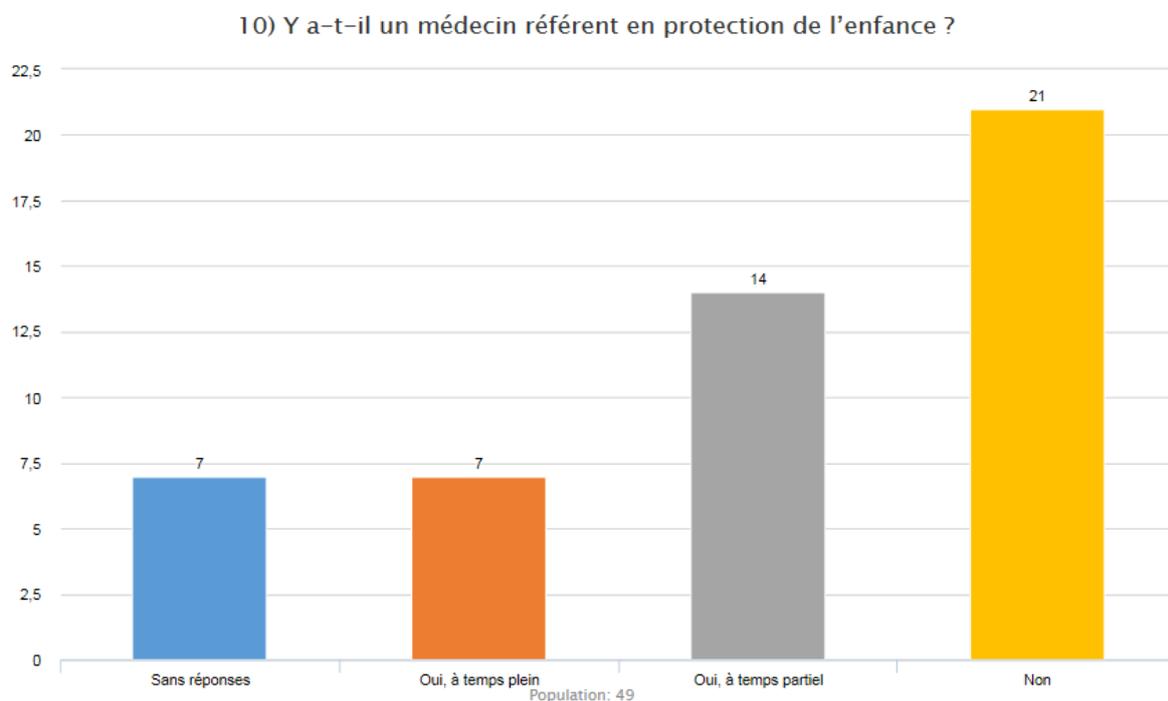


Données

Libellés	Nombre de réponses	Pourcentages
Sans réponses	12	24,5 %
Oui	32	65,3 %
Non	2	4,1 %
Ponctuellement	3	6,1 %

Population: 49

7) Y a-t-il un médecin référent en protection de l'enfance ?



Données

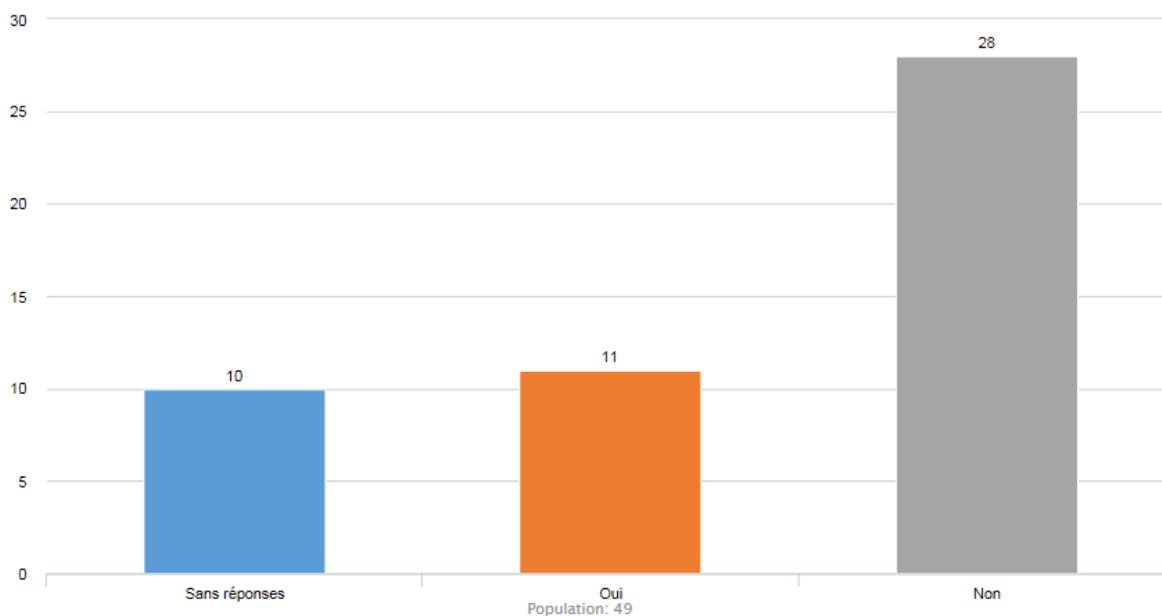
Libellés	Nombre de réponses	Pourcentages
Sans réponses	7	14,3 %
Oui, à temps plein	7	14,3 %
Oui, à temps partiel	14	28,6 %
Non	21	42,9 %

Population: 49

8) Le protocole de coordination en prévention prévu par la loi de 2016 est-il en cours de réalisation ?

Graphique

11) Le protocole de coordination en prévention prévu par la loi de 2016 est-il en cours de réalisation ?

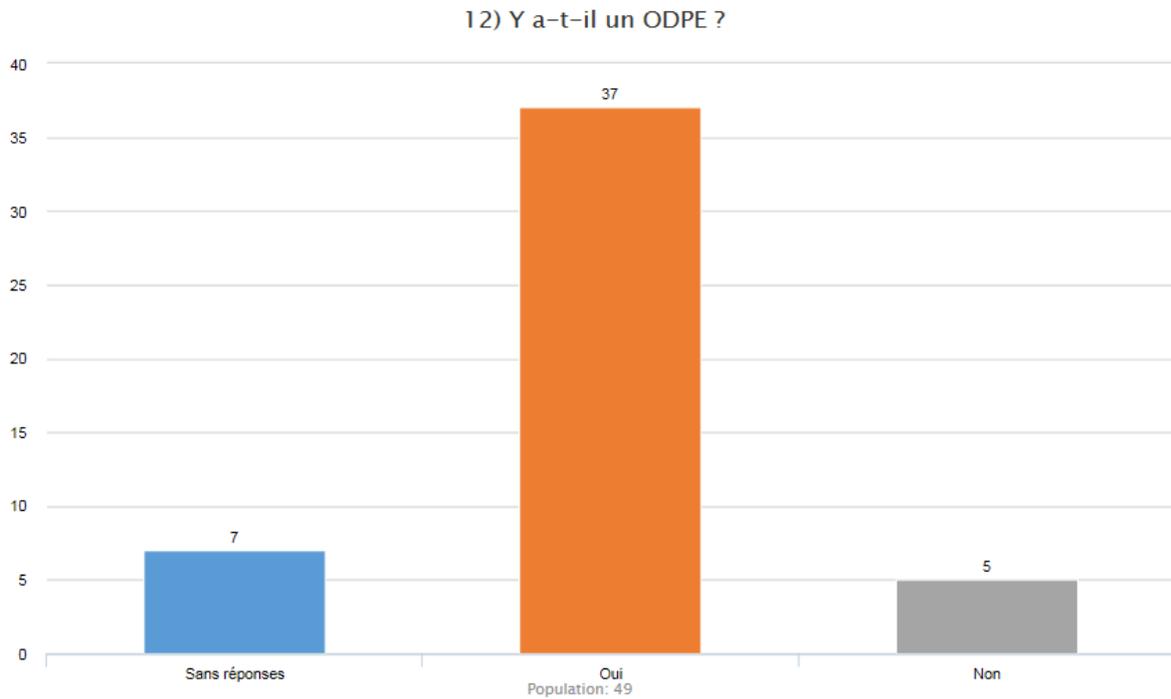


Données

Libellés	Nombre de réponses	Pourcentages
Sans réponses	10	20,4 %
Oui	11	22,4 %
Non	28	57,1 %

Population: 49

9) Y a-t-il un ODPE ?

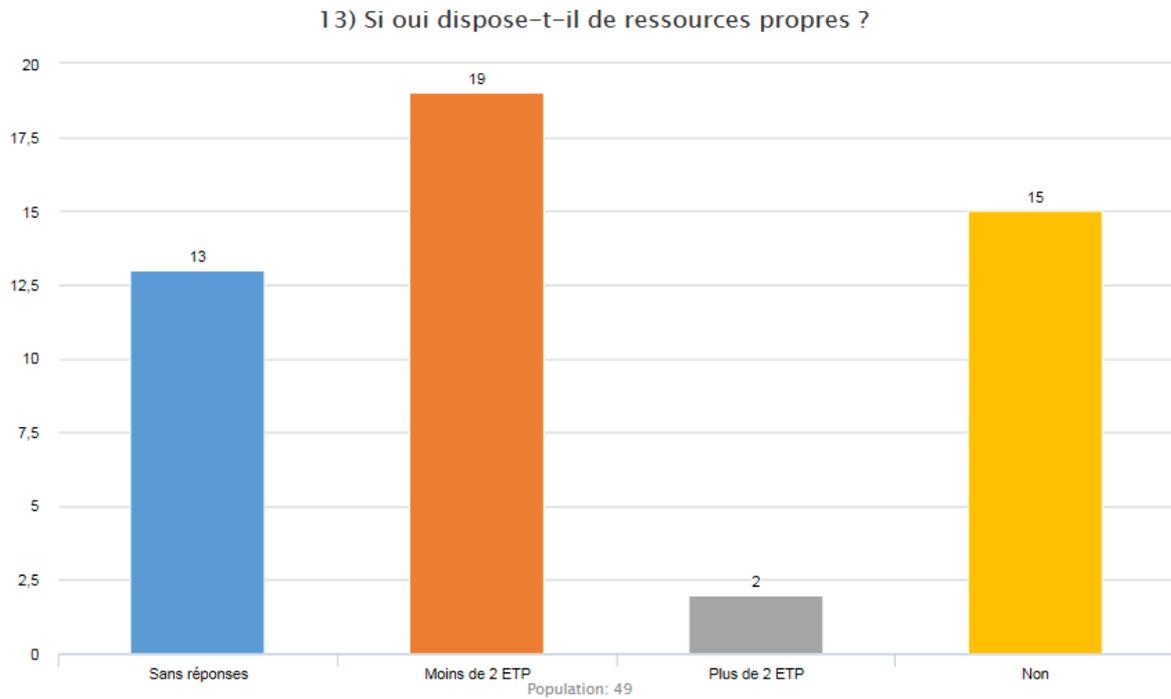


Données

Libellés	Nombre de réponses	Pourcentages
Sans réponses	7	14,3 %
Oui	37	75,5 %
Non	5	10,2 %

Population: 49

10) Si oui dispose-t-il de ressources propres ?



Données

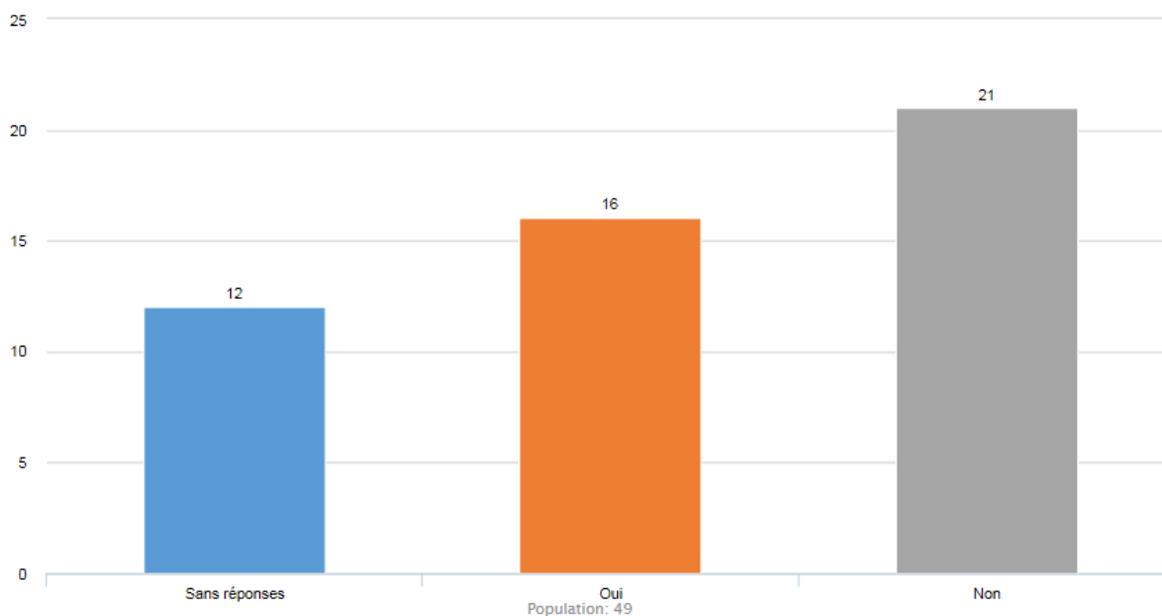
Libellés	Nombre de réponses	Pourcentages
Sans réponses	13	26,5 %
Moins de 2 ETP	19	38,8 %
Plus de 2 ETP	2	4,1 %
Non	15	30,6 %

Population: 49

11) Le conseil départemental a-t-il conduit des évaluations de certaines actions en matière de prévention ?

Graphique

15) Le conseil départemental a-t-il conduit des évaluations de certaines actions en matière de prévention ?



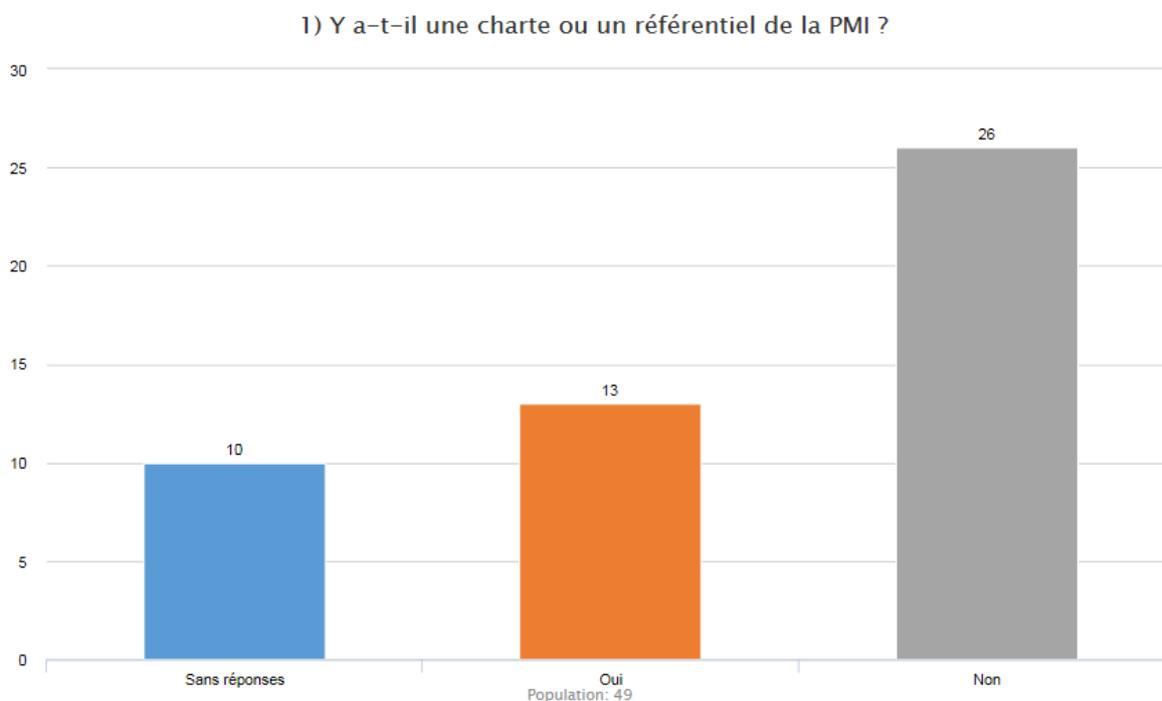
Données

Libellés	Nombre de réponses	Pourcentages
Sans réponses	12	24,5 %
Oui	16	32,7 %
Non	21	42,9 %

Population: 49

2 LA PMI

12) Y a-t-il une charte ou un référentiel de la PMI ?



Données

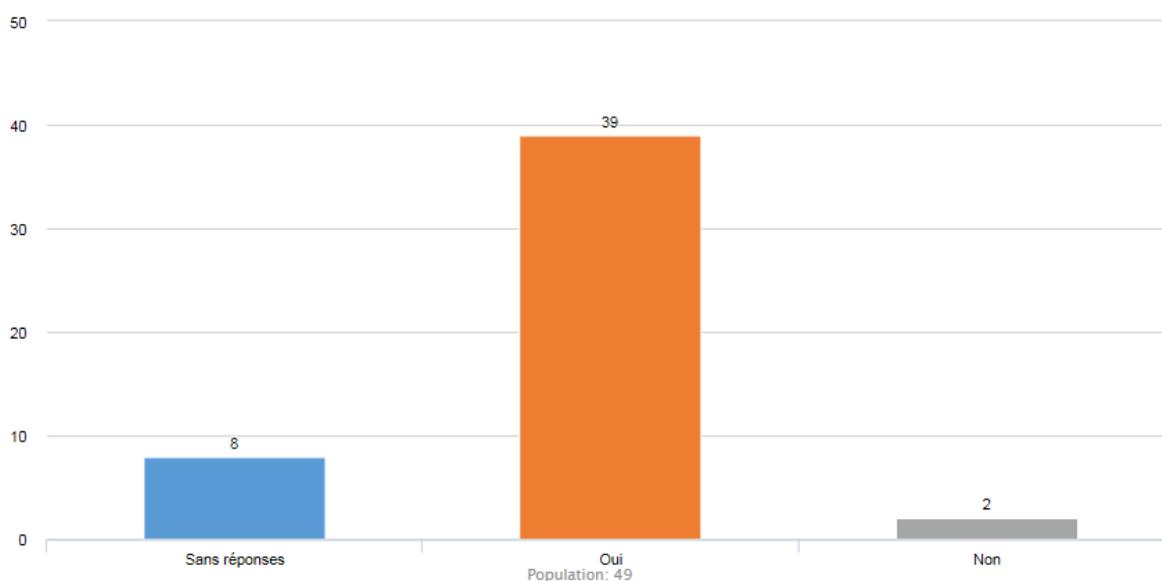
Libellés	Nombre de réponses	Pourcentages
Sans réponses	10	20,4 %
Oui	13	26,5 %
Non	26	53,1 %

Population: 49

13) Un suivi particulier est-il mis en place pour certaines familles présentant des risques particuliers (repérées par exemple à partir des déclarations de grossesse et avis de naissance) ?

Graphique

2) Un suivi particulier est-il mis en place pour certaines familles présentant des risques particuliers (repérées par exemple à partir des déclarations de grossesse et avis de naissance) ?



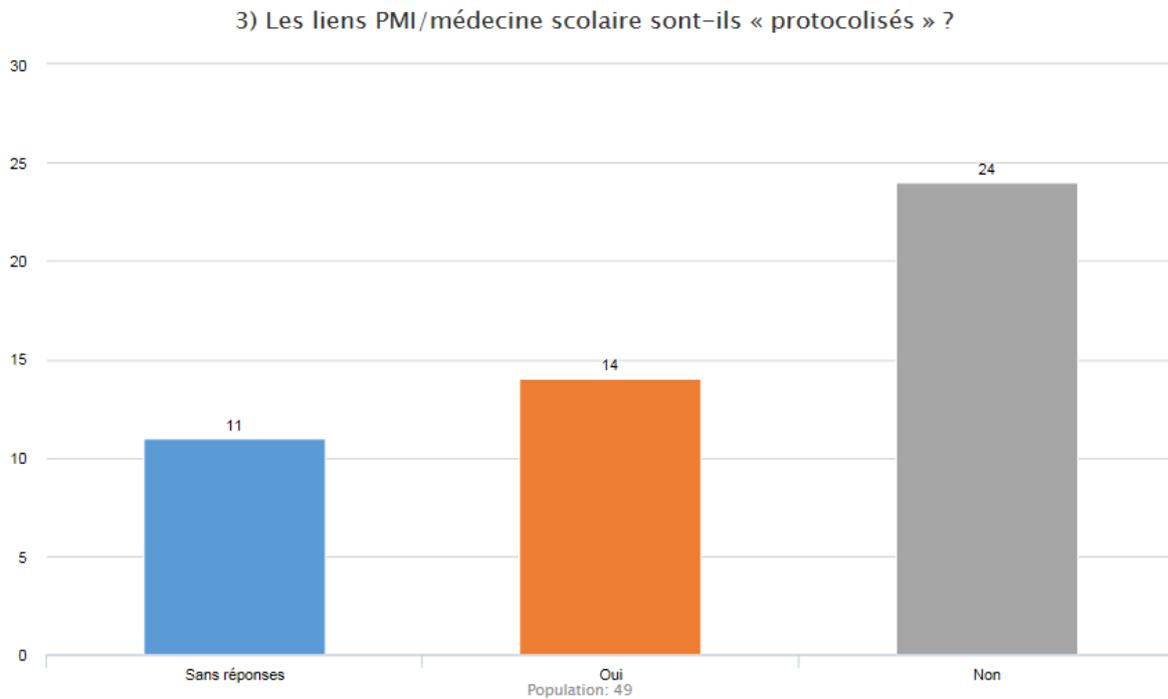
Données

Libellés	Nombre de réponses	Pourcentages
Sans réponses	8	16,3 %
Oui	39	79,6 %
Non	2	4,1 %

Population: 49

14) Les liens PMI/médecine scolaire sont-ils « protocolisés » ?

Graphique



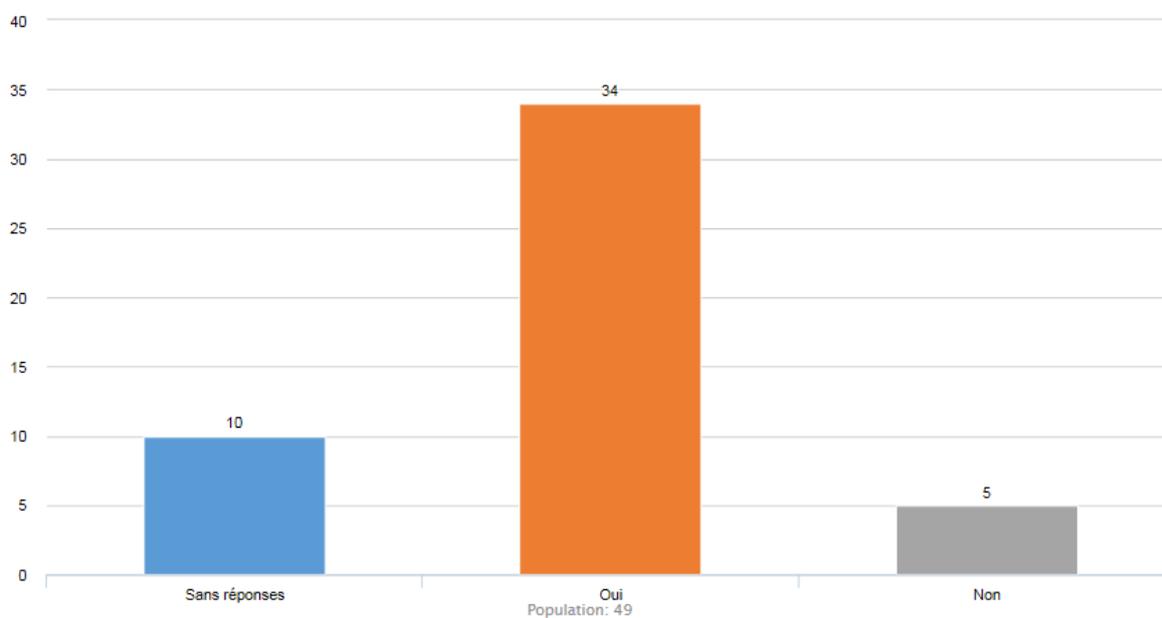
Données

Libellés	Nombre de réponses	Pourcentages
Sans réponses	11	22,4 %
Oui	14	28,6 %
Non	24	49 %

Population: 49

15) Y a-t- il une transmission systématique des résultats des bilans de 4 ans à la médecine scolaire ?

4) Y a-t- il une transmission systématique des résultats des bilans de 4 ans à la médecine scolaire ?

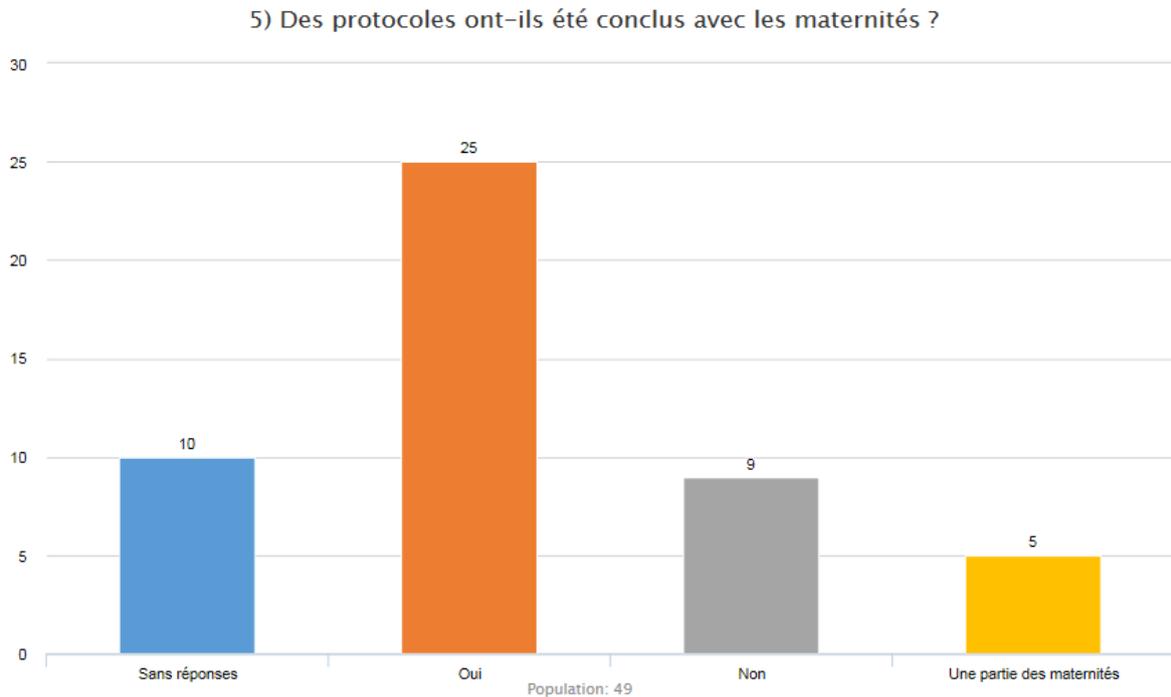


Données

Libellés	Nombre de réponses	Pourcentages
Sans réponses	10	20,4 %
Oui	34	69,4 %
Non	5	10,2 %

Population: 49

16) Des protocoles ont-ils été conclus avec les maternités ?



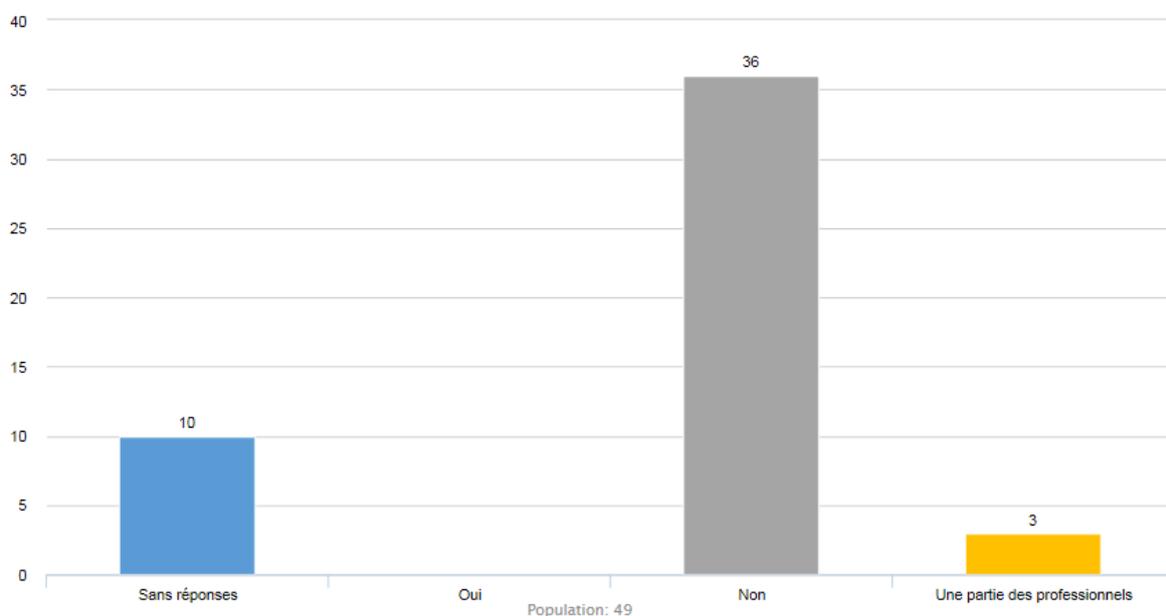
Données

Libellés	Nombre de réponses	Pourcentages
Sans réponses	10	20,4 %
Oui	25	51 %
Non	9	18,4 %
Une partie des maternités	5	10,2 %

Population: 49

17) Des partenariats formalisés existent-ils avec la médecine de ville (médecins généralistes, pédiatres libéraux) ?

6) Des partenariats formalisés existent-ils avec la médecine de ville (médecins généralistes, pédiatres libéraux) ?



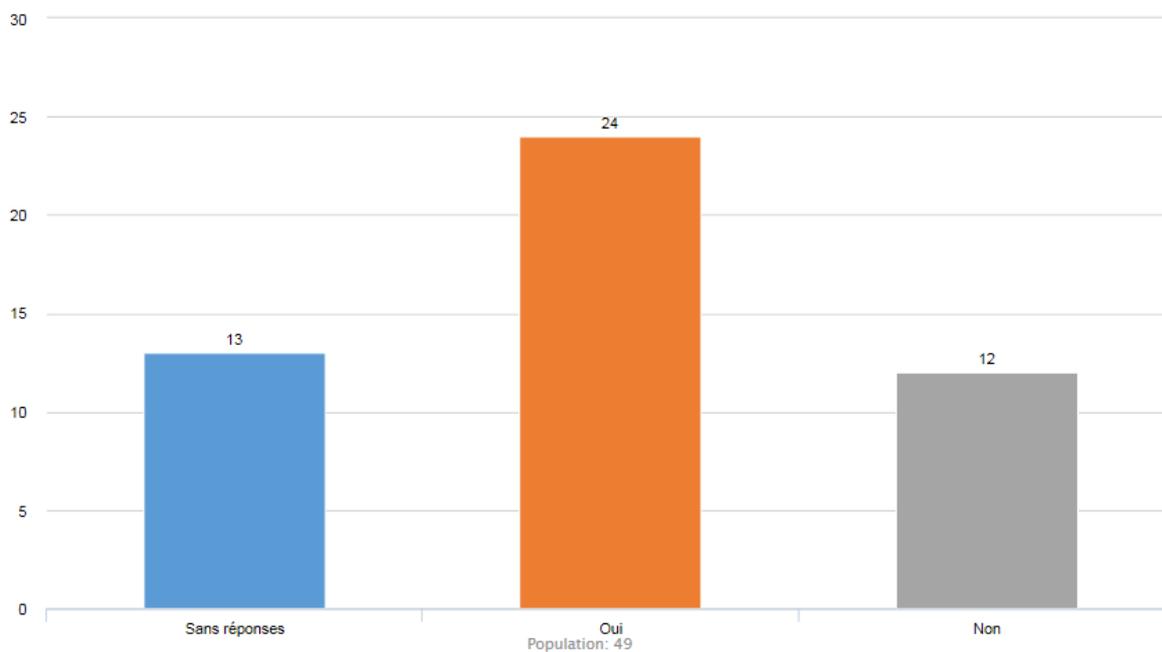
Données

Libellés	Nombre de réponses	Pourcentages
Sans réponses	10	20,4 %
Oui	0	0 %
Non	36	73,5 %
Une partie des professionnels	3	6,1 %

Population: 49

18) L'action de la PMI s'intègre-t-elle dans le Programme régional de santé piloté par l'ARS ?

7) L'action de la PMI s'intègre-t-elle dans le Programme régional de santé piloté par l'ARS ?



Données

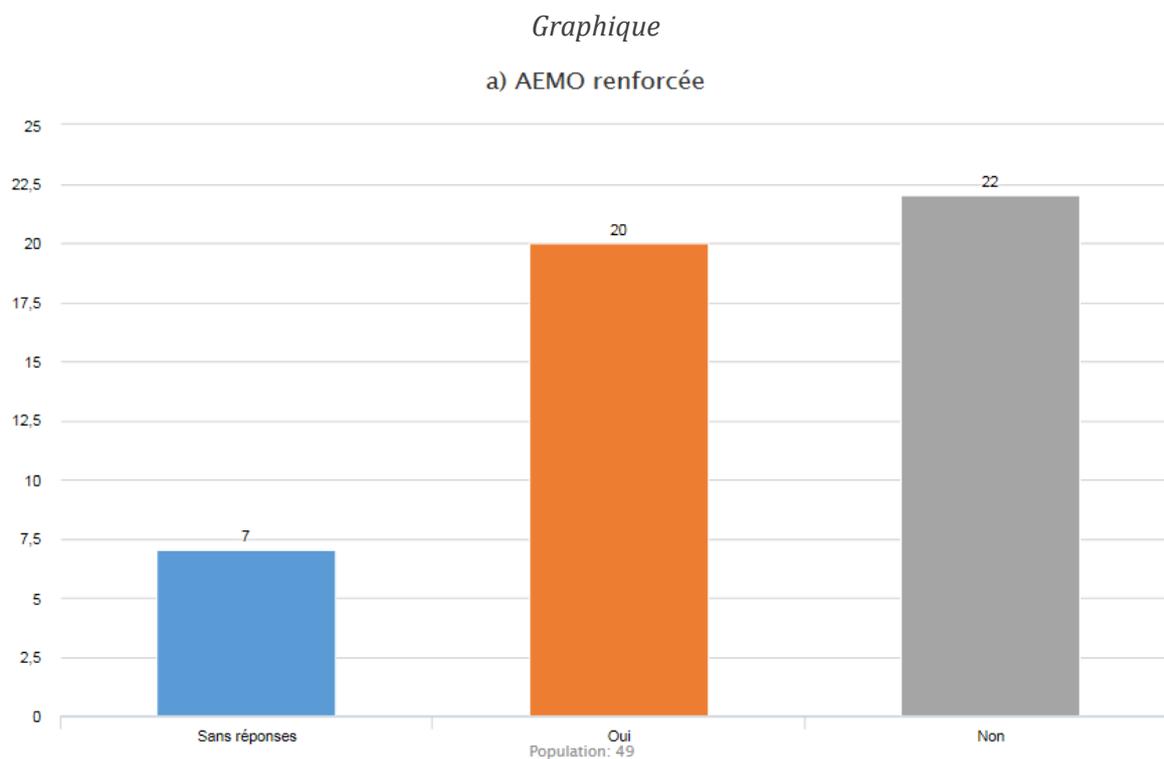
Libellés	Nombre de réponses	Pourcentages
Sans réponses	13	26,5 %
Oui	24	49 %
Non	12	24,5 %

Population: 49

3 LES MESURES D' ACTIONS EDUCATIVES ET INTERVENTIONS A DOMICILE

19) Outre l'AED et l'AEMO, existe-t-il d'autres mesures ?

a) AEMO renforcée



Données

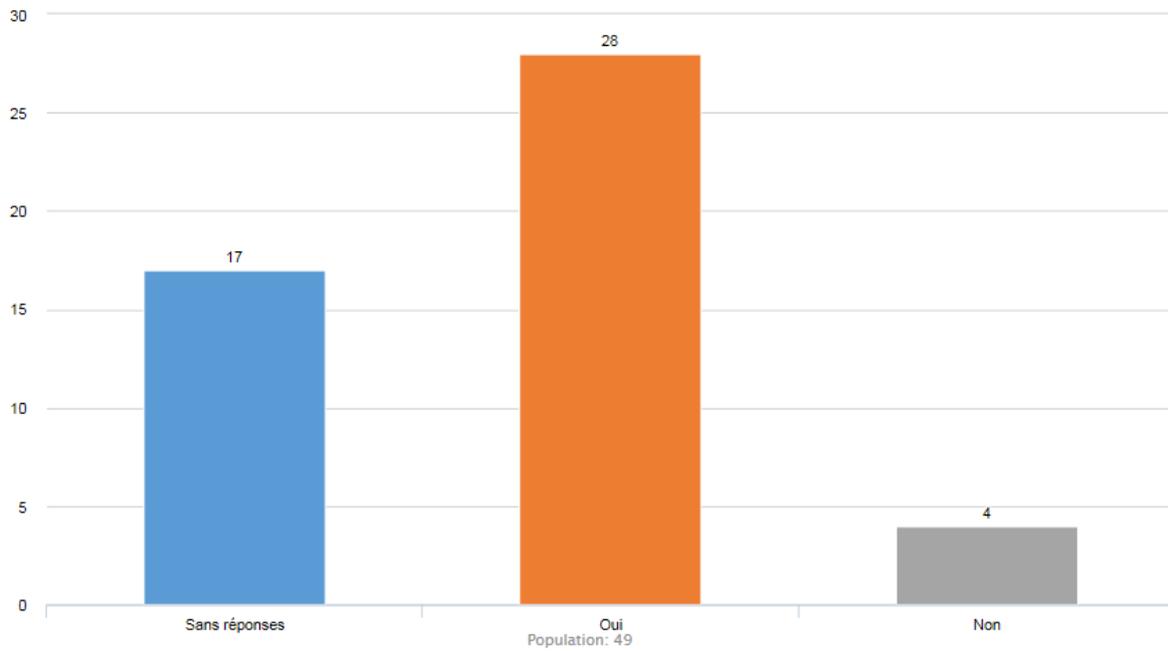
Libellés	Nombre de réponses	Pourcentages
Sans réponses	7	14,3 %
Oui	20	40,8 %
Non	22	44,9 %

Population: 49

b) Autres

Graphique

b) Autres



Données

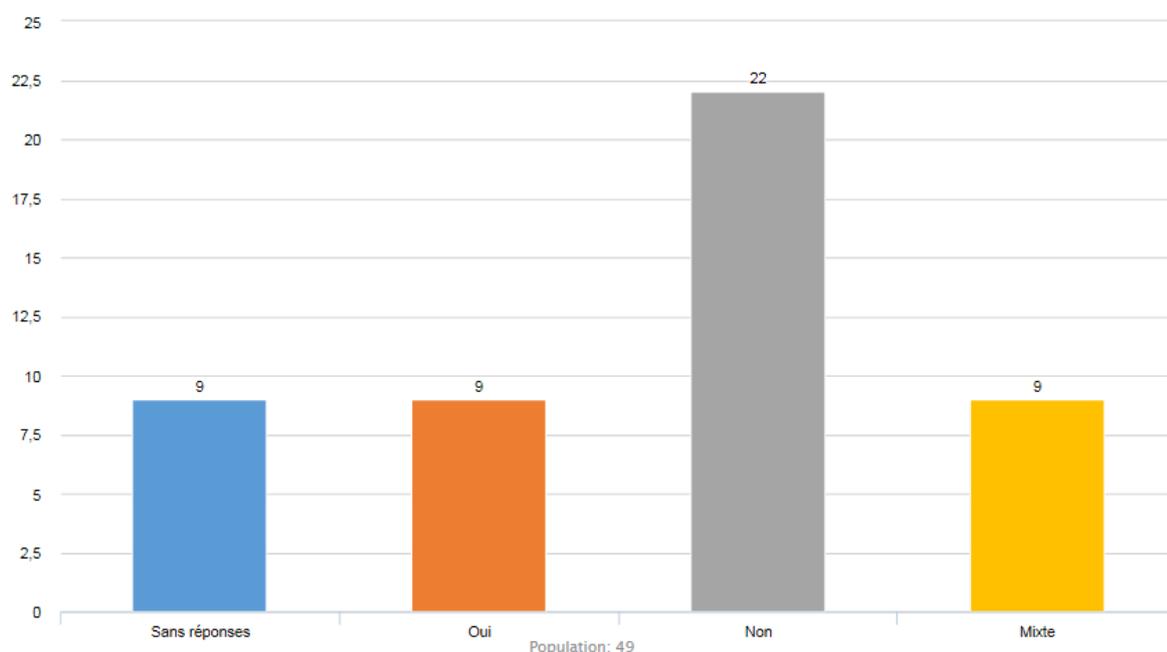
Libellés	Nombre de réponses	Pourcentages
Sans réponses	17	34,7 %
Oui	28	57,1 %
Non	4	8,2 %

Population: 49

20) L'AED est-elle externalisée ?

Graphique

2) L'AED est-elle externalisée ?



Données

Libellés	Nombre de réponses	Pourcentages
Sans réponses	9	18,4 %
Oui	9	18,4 %
Non	22	44,9 %
Mixte	9	18,4 %

Population: 49

21) Y a-t-il un référentiel de mise en œuvre :

a) pour l'AED ?

Données

Libellés	Nombre de réponses	Pourcentages
Sans réponses	8	16,3 %
Oui	29	59,2 %
Non	12	24,5 %

Population: 49

b) pour l'AEMO ?

Données

Libellés	Nombre de réponses	Pourcentages
Sans réponses	8	16,3 %
Oui	26	53,1 %
Non	15	30,6 %

Population: 49

c) pour les TISF ?

Données

Libellés	Nombre de réponses	Pourcentages
Sans réponses	6	12,2 %
Oui	26	53,1 %
Non	17	34,7 %

Population: 49

22) Les délais de mise en œuvre moyens des mesures sont-ils

a) Pour l'AED ?

Données

Libellés	Nombre de réponses	Pourcentages
Sans réponses	9	18,4 %
Inférieurs à trois mois	21	42,9 %
Entre 3 et 6 mois	14	28,6 %
Plus de 6 mois	3	6,1 %
Ne sait pas	2	4,1 %

Population: 49

b) Pour l'AEMO ?

Données

Libellés	Nombre de réponses	Pourcentages
Sans réponses	10	20,4 %
Inférieurs à trois mois	24	49 %
Entre 3 et 6 mois	9	18,4 %
Plus de 6 mois	6	12,2 %
Ne sait pas	0	0 %

Population: 49

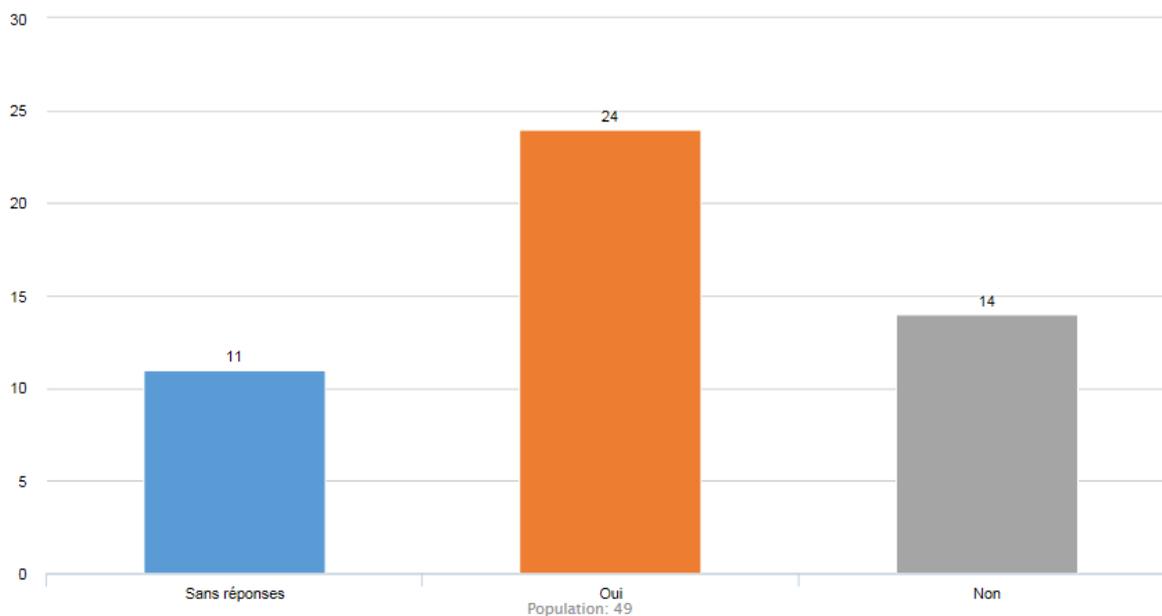
c) Le cas échéant, pour les mesures d'AED ou d'AEMO « renforcées » ?

Libellés	Nombre de réponses	Pourcentages
Sans réponses	31	63,3 %
Inférieurs à trois mois	9	18,4 %
Entre 3 et 6 mois	6	12,2 %
Plus de 6 mois	1	2 %
Ne sait pas	2	4,1 %

Population: 49

23) En cas d'AEMO externalisée, les bilans en fin de mesure sont-ils systématiquement transmis par le ou les opérateurs des mesures au département ?

6) En cas d'AEMO externalisée, les bilans en fin de mesure sont-ils systématiquement transmis par le ou les opérateurs des mesures au département ?



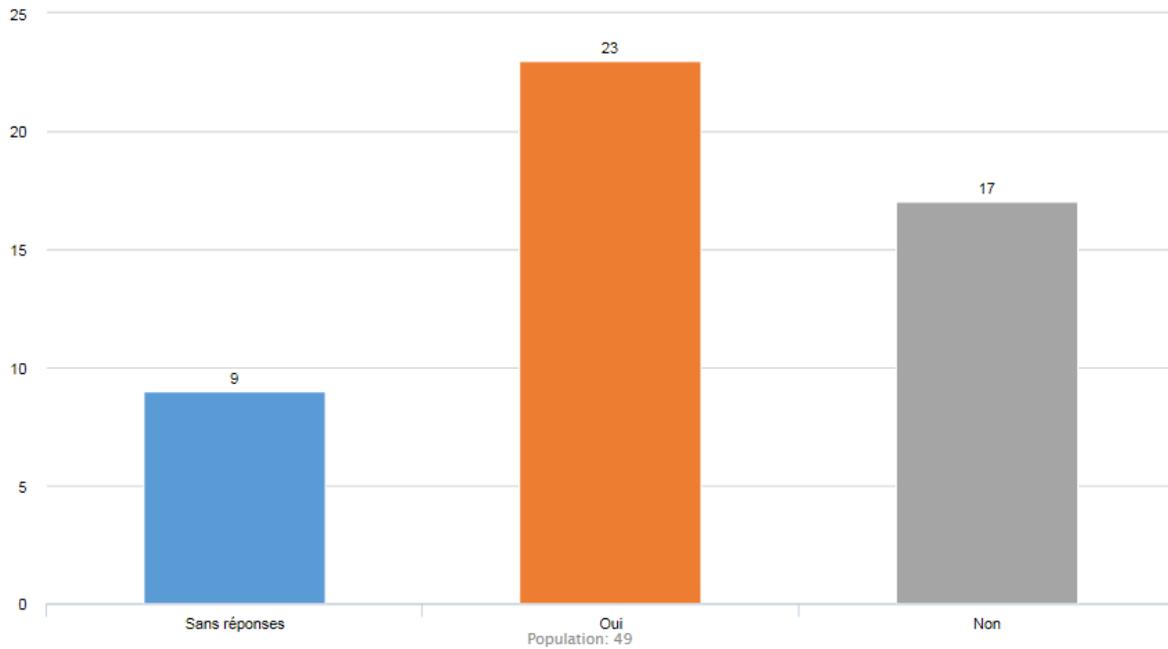
Données

Libellés	Nombre de réponses	Pourcentages
Sans réponses	11	22,4 %
Oui	24	49 %
Non	14	28,6 %

Population: 49

24) Y a-t-il un document précisant la stratégie en matière de prévention spécialisée ?

1) Y a-t-il un document précisant la stratégie en matière de prévention spécialisée ?



Données

Libellés	Nombre de réponses	Pourcentages
Sans réponses	9	18,4 %
Oui	23	46,9 %
Non	17	34,7 %

Population: 49

4 LA PREVENTION SPECIALISEE

25) Qui met en œuvre la prévention spécialisée

a) équipes du département

Données

Libellés	Nombre de réponses	Pourcentages
Sans réponses	16	32,7 %
Oui	5	10,2 %
Non	28	57,1 %

Population: 49

b) prestataires

Données

Libellés	Nombre de réponses	Pourcentages
Sans réponses	13	26,5 %
Oui	30	61,2 %
Non	6	12,2 %

Population: 49

c) villes

Données

Libellés	Nombre de réponses	Pourcentages
Sans réponses	23	46,9 %
Oui	9	18,4 %
Non	17	34,7 %

Population: 49

d) Métropole ou communauté d'agglomération

Données

Libellés	Nombre de réponses	Pourcentages
Sans réponses	26	53,1 %
Oui	2	4,1 %
Non	21	42,9 %

Population: 49

e) un mix selon les territoires

Données

Libellés	Nombre de réponses	Pourcentages
Sans réponses	27	55,1 %
Oui	6	12,2 %
Non	16	32,7 %

Population: 49

26) Les éducateurs interviennent-ils :

a) exclusivement dans la rue :

Données

Libellés	Nombre de réponses	Pourcentages
Sans réponses	16	32,7 %
Oui	8	16,3 %
Non	25	51 %

Population: 49

b) en tout ou partie dans des structures institutionnelles :

Données

Libellés	Nombre de réponses	Pourcentages
Sans réponses	17	34,7 %
Oui	19	38,8 %
Non	13	26,5 %

Population: 49

c) établissements scolaires :

Données

Libellés	Nombre de réponses	Pourcentages
Sans réponses	16	32,7 %
Oui	26	53,1 %
Non	7	14,3 %

Population: 49

d) centres sociaux :

Données

Libellés	Nombre de réponses	Pourcentages
Sans réponses	16	32,7 %
Oui	22	44,9 %
Non	11	22,4 %

Population: 49

e) associations de quartier :

Données

Libellés	Nombre de réponses	Pourcentages
Sans réponses	17	34,7 %
Oui	23	46,9 %
Non	9	18,4 %

Population: 49

27) Les éducateurs interviennent-ils :

a) en zone urbaine

Données

Libellés	Nombre de réponses	Pourcentages
Sans réponses	13	26,5 %
Oui	35	71,4 %
Non	1	2 %

Population: 49

c) en zone rurale

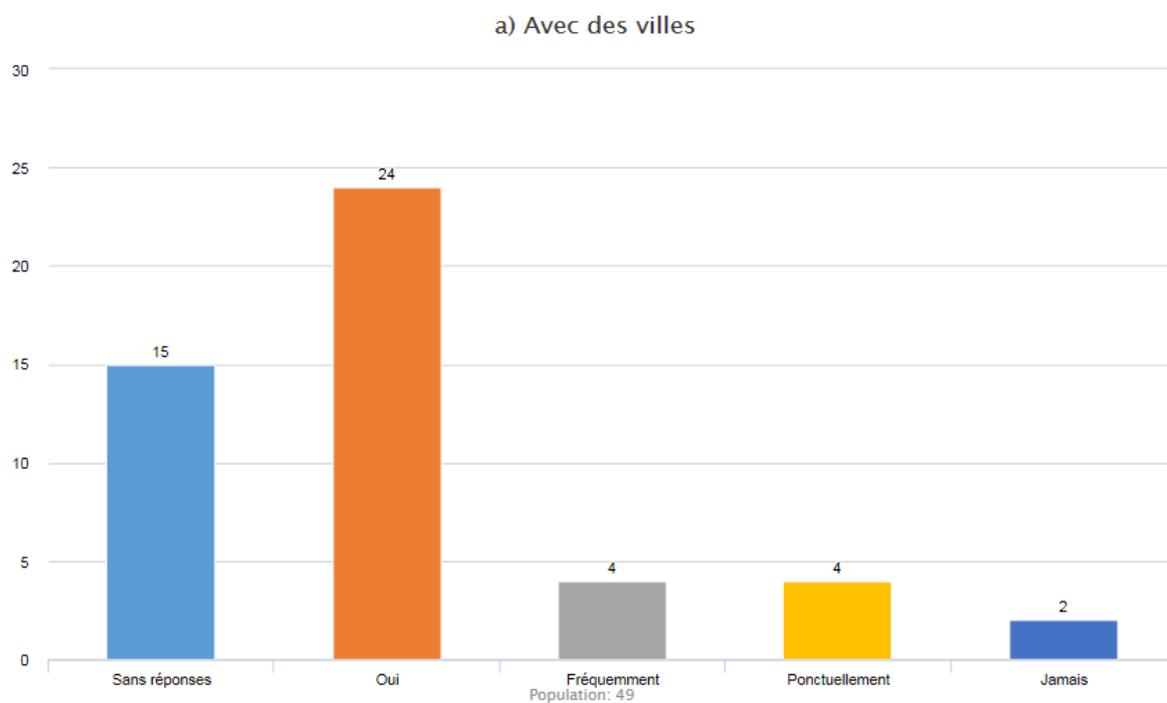
Données

Libellés	Nombre de réponses	Pourcentages
Sans réponses	17	34,7 %
Oui	16	32,7 %
Non	16	32,7 %

Population: 49

28) Y a-t-il des collaborations ?

a) Avec des villes

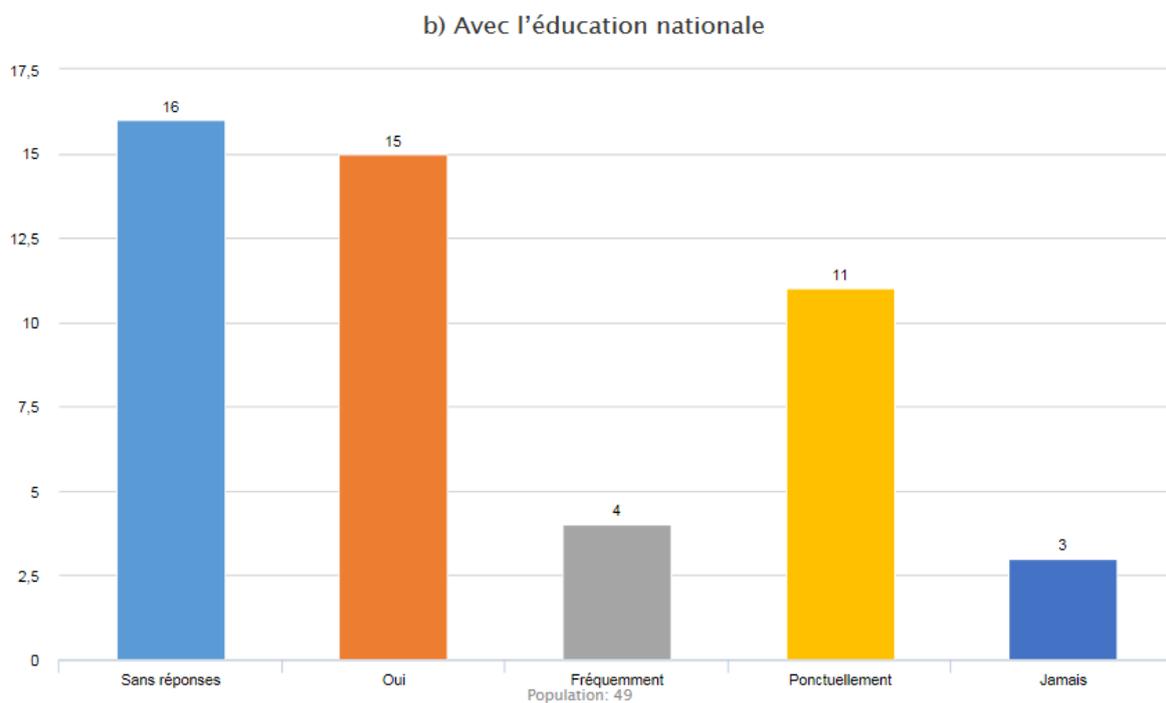


Données

Libellés	Nombre de réponses	Pourcentages
Sans réponses	15	30,6 %
Oui	24	49 %
Fréquentement	4	8,2 %
Ponctuellement	4	8,2 %
Jamais	2	4,1 %

Population: 49

b) Avec l'éducation nationale

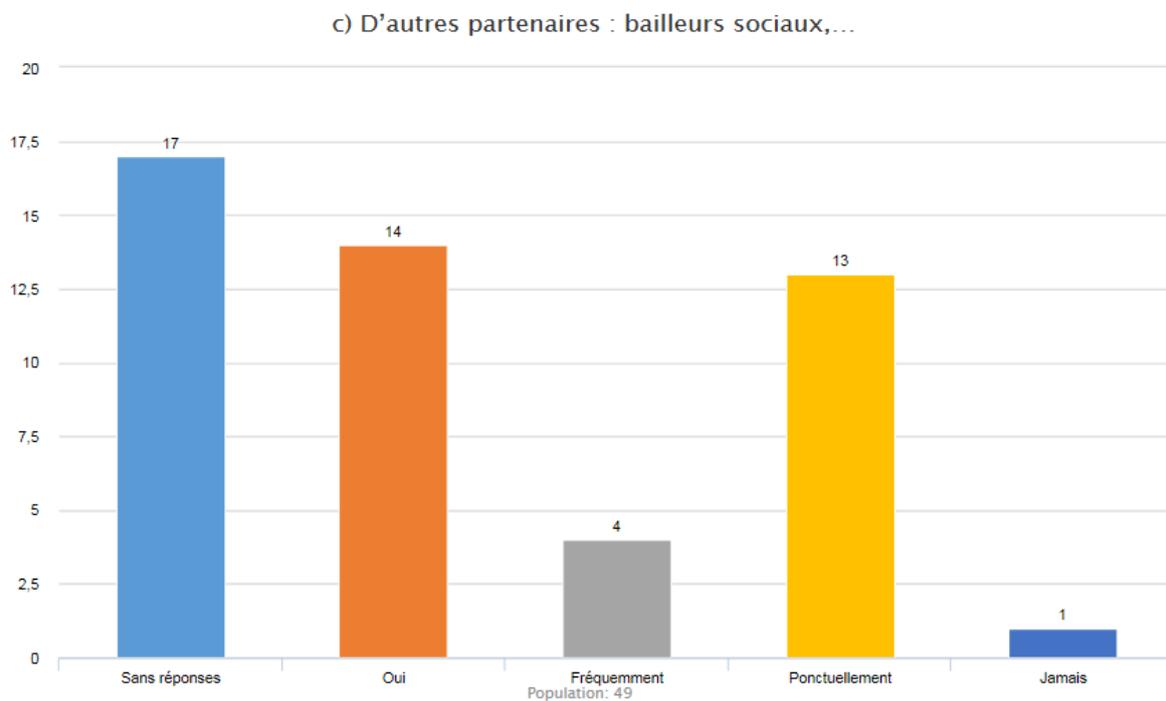


Données

Libellés	Nombre de réponses	Pourcentages
Sans réponses	16	32,7 %
Oui	15	30,6 %
Fréquentement	4	8,2 %
Ponctuellement	11	22,4 %
Jamais	3	6,1 %

Population: 49

c) D'autres partenaires : bailleurs sociaux, ...



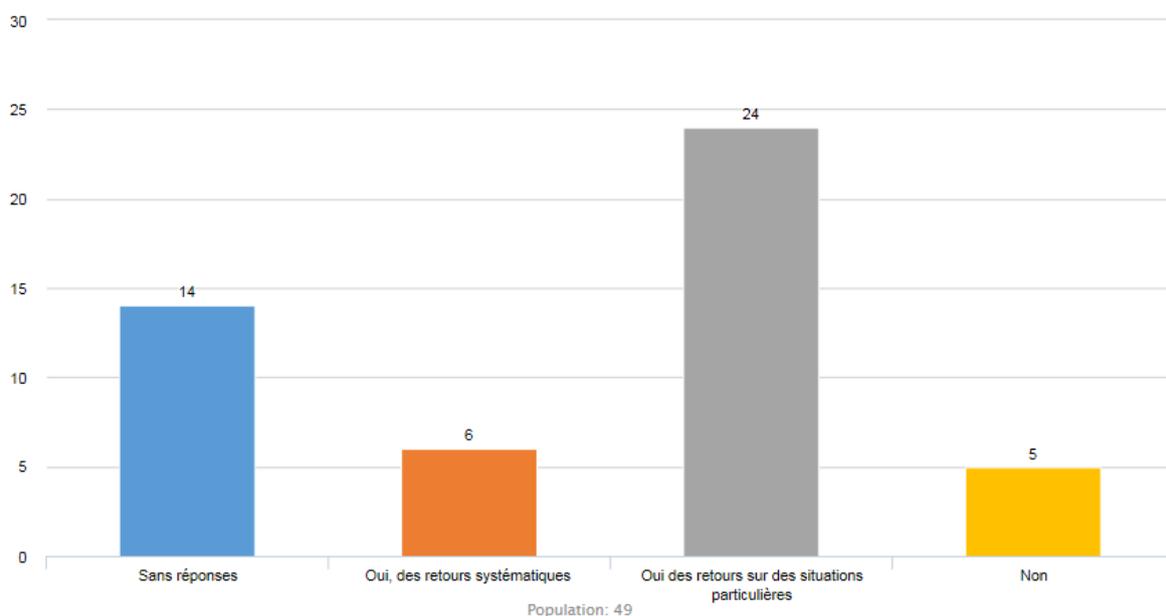
Données

Libellés	Nombre de réponses	Pourcentages
Sans réponses	17	34,7 %
Oui	14	28,6 %
Fréquentement	4	8,2 %
Ponctuellement	13	26,5 %
Jamais	1	2 %

Population: 49

29) Y a-t-il des retours d'information concernant les jeunes accompagnés en direction des services du département?

6) Y a-t-il des retours d'information concernant les jeunes accompagnés en direction des services du département?



Données

Libellés	Nombre de réponses	Pourcentages
Sans réponses	14	28,6 %
Oui, des retours systématiques	6	12,2 %
Oui des retours sur des situations particulières	24	49 %
Non	5	10,2 %

Population: 49

5 LES INFORMATIONS PREOCCUPANTES

30) Quels types de personnel a fait l'objet d'une formation organisée par le conseil départemental visant à repérer les situations nécessitant une IP ?

a) personnels des maternités

Données

Libellés	Nombre de réponses	Pourcentages
Sans réponses	12	24,5 %
Oui	16	32,7 %
Non	21	42,9 %

Population: 49

b) en zone périurbaine

Données

Libellés	Nombre de réponses	Pourcentages
Sans réponses	14	28,6 %
Oui	25	51 %
Non	10	20,4 %

Population: 49

b) personnels des crèches

Données

Libellés	Nombre de réponses	Pourcentages
Sans réponses	11	22,4 %
Oui	17	34,7 %
Non	21	42,9 %

Population: 49

c) Personnels des accueils de loisirs sans hébergement

Données

Libellés	Nombre de réponses	Pourcentages
Sans réponses	10	20,4 %
Oui	15	30,6 %
Non	24	49 %

Population: 49

d) assistantes maternelles

Données

Libellés	Nombre de réponses	Pourcentages
Sans réponses	11	22,4 %
Oui	15	30,6 %
Non	23	46,9 %

Population: 49

e) PMI

Données

Libellés	Nombre de réponses	Pourcentages
Sans réponses	7	14,3 %
Oui	40	81,6 %
Non	2	4,1 %

Population: 49

f) travailleurs sociaux de secteur

Données

Libellés	Nombre de réponses	Pourcentages
Sans réponses	10	20,4 %
Oui	35	71,4 %
Non	4	8,2 %

Population: 49

g) personnels des LAEP

Données

Libellés	Nombre de réponses	Pourcentages
Sans réponses	13	26,5 %
Oui	8	16,3 %
Non	28	57,1 %

Population: 49

h) personnels des associations en charge des AED /AEMO/TISF

Données

Libellés	Nombre de réponses	Pourcentages
Sans réponses	11	22,4 %
Oui	25	51 %
Non	13	26,5 %

Population: 49

i) personnels des associations en charge de la médiation familiales et espaces rencontre

Données

Libellés	Nombre de réponses	Pourcentages
Sans réponses	15	30,6 %
Oui	9	18,4 %
Non	25	51 %

Population: 49

j) personnels de l'éducation nationale

Données

Libellés	Nombre de réponses	Pourcentages
Sans réponses	11	22,4 %
Oui	28	57,1 %
Non	10	20,4 %

Population: 49