

# **PRÉVENIR LA MALTRAITANCE DES ENFANTS PAR LE RENFORCEMENT DU RÔLE DES MÉDECINS ET DE LA COORDINATION ENTRE SECTEURS PROFESSIONNELS**

**SYNTHÈSE DU RAPPORT DU COMITÉ DE SUIVI DU COLLOQUE NATIONAL SUR LES VIOLENCES FAITES AUX ENFANTS**

**(PARIS, SÉNAT, 14 JUIN 2013)**

***Docteur Anne Tursz, présidente du comité de suivi (septembre 2014)***

Pour le grand public et les hommes et femmes politiques, mais aussi pour un nombre non négligeable de professionnels dont le rôle est de veiller sur le développement harmonieux des enfants (médecins, sages-femmes, enseignants...) les mauvais traitements envers les enfants se résument à ces terribles faits divers régulièrement rapportés par les médias et parfois décortiqués pendant des semaines. Par leur horreur même, ils plongent les lecteurs, auditeurs et téléspectateurs, dans un monde presque déconnecté du réel et dédouanent plus ou moins des familles maltraitantes qui « ne font tout de même pas ça ! ». Ils sont l'arbre qui cache la forêt car cette approche par la juxtaposition d'événements isolés occulte la véritable fréquence du problème.

En effet, on ne dispose pas en France de chiffres véritablement fiables. Les chiffres officiels les plus récents ne se recourent pas entre eux et sont tous sûrement sous-estimés, si on en juge par les taux calculés : de 3 pour 1000 à 2 pour 100, chiffres peu réalistes si on les compare au taux moyen de 10 % d'enfants maltraités dans la population générale, rapporté par des études menées dans des pays à « haut niveau de revenus » et publiées en 2009 par la revue médicale britannique Lancet. Si la sous-estimation de la maltraitance en général est très probable, on en a pour la maltraitance mortelle des preuves scientifiques argumentées, particulièrement en ce qui concerne les homicides de nourrissons de moins de 1 an (infanticides) grâce à la recherche menée par l'unité 750 de l'Inserm qui a permis de comparer, au niveau national, le nombre moyen par an d'infanticides officiellement recensés pendant la période 1996-2000, soit 17 cas/an, et celui identifié par la recherche : 255 cas par an.

Chaque fois qu'une nouvelle affaire sordide apparaît dans les journaux, qu'elle s'appelle Marina, Fiona, Adélaïde ou les bébés congelés, les mêmes accusations sont portées : ils n'ont pas fait leur travail ! Qui : les services sociaux, la justice, les médecins, l'école. Et c'est un fait, certains n'ont pas fait leur travail. S'interroge-t-on jamais sur ce que cela représente de passer toute une vie professionnelle dans l'horreur et la tristesse, surtout quand on n'y aura pas été préparé par une formation spécialisée et une période d'adaptation et qu'on travaille le plus souvent dans une grande solitude ? C'est sans doute ce type d'interrogation qui explique le très grand succès du Colloque national sur les violences faites aux enfants, tenu en juin 2013 au sénat (succès attesté par la presse écrite et audio-visuelle lors de sa tenue et ultérieurement, ainsi que par le nombre considérable de demande d'inscriptions). Il répondait en effet à une réelle attente des professionnels de tous les secteurs impliqués dans le développement et la santé des enfants (éducation, santé, secteur social, justice, police...). A l'issue du colloque, un Comité de suivi a été mis en place pour réfléchir aux nombreuses questions soulevées lors des débats. Ces réflexions et le contenu des auditions de personnalités compétentes sont la matière du rapport dont le présent document est la synthèse.

Dans le rapport est menée une réflexion qui s'articule autour d'axes forts : la définition de la maltraitance ; la prévention ; le soutien à la parentalité et l'accompagnement des familles ; le rôle du secteur de la santé et, principalement, des médecins ; le cloisonnement entre les diverses professions et institutions ; la formation ; la nécessité d'un outil statistique de surveillance. Les travaux du Comité de suivi se situent par ailleurs dans le contexte de la réforme territoriale.

## Définir la maltraitance ?

La définir comme une addition de violences (physiques, sexuelles, psychologiques) rend mal compte d'un phénomène qui entraîne à long terme une véritable déstructuration des victimes. Comme le souligne Alice Miller dans la préface de son ouvrage *C'est pour ton bien* : « *l'opinion publique est loin d'avoir pris conscience que ce qui arrivait à l'enfant dans les premières années de sa vie se répercutait inévitablement sur l'ensemble de la société, et que la psychose, la drogue et la criminalité étaient des expressions codées des expériences de la petite enfance* ». De fait, la littérature scientifique anglophone rapporte les résultats de nombreuses études rétrospectives et surtout prospectives (menées à partir de cohortes de naissances) montrant que les adultes maltraités dans leur enfance ont, significativement plus que des sujets témoins, des problèmes de santé somatique (mauvais état général, hypertension artérielle...) et mentale (dépression, addictions, délinquance, tentatives de suicides...). La problématique doit donc être abordée à travers ce que la maltraitance a nié : **les besoins fondamentaux des jeunes enfants**.

La Convention internationale des Droits de l'Enfant (CIDE), adoptée par l'Assemblée Générale des Nations Unies, le 20 novembre 1989 et ratifiée par la France en 1990 stipule, dans l'article 3, que : « *dans toutes les décisions qui concernent les enfants, qu'elles soient le fait des institutions publiques ou privées de protection sociale, des tribunaux, des autorités administratives ou des organes législatifs, l'intérêt supérieur de l'enfant doit être une considération primordiale* ». Cette formulation est reprise et même renforcée dans la loi n°2007-293 du 5 mars 2007 réformant la Protection de l'enfance qui dit que : « *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* ». Cette loi introduit la notion de danger, plus vaste que celle de maltraitance, et ouvre donc la voie à la prévention.

L'enfant, dès la naissance, a besoin bien sûr de manger, de dormir, d'être lavé et soigné, mais il a un besoin tout aussi vital d'amour et de sentiment de sécurité (qu'il trouve dans l'attachement précoce avec une figure adulte permanente). Et on sait que les jeunes enfants ne peuvent grandir, s'épanouir et devenir des adultes heureux, socialisés et responsables que si leurs besoins physiques, affectifs et éducatifs sont pleinement satisfaits par les personnes qui s'en occupent, très généralement leurs parents. Répondre à ces besoins fondamentaux, c'est bien traiter un enfant, ne pas le faire c'est mal le traiter (le maltraiter). Ce qui constitue le danger c'est l'ignorance ou la négligence de ces besoins. Ce qui constitue la maltraitance c'est la répétition, la systématisation de la brutalité érigée en système pédagogique. Il peut y avoir danger alors même que l'enfant lui-même n'est pas personnellement victime de maltraitance physique, mais exposé aux violences intra-familiales, conjugales notamment, qui constituent, pour lui, une forme grave de maltraitance psychologique. Enfin, la maltraitance par délaissement, carences affectives, négligences graves (par

omission) est sans doute plus fréquente et moins bien repérée que la maltraitance physique mais elle est tout aussi grave et possiblement létale, invalidante sur le développement affectif, psychologique et cognitif, et ne se complique pas toujours de maltraitance active. On le voit, une définition large s'impose.

Le maintien d'un petit enfant à domicile dans un milieu familial carencé, malgré l'identification de risques graves pour son évolution, peut entraîner des conséquences irréversibles à long terme à type de troubles du développement et de la structuration de la personnalité, d'où le moindre dommage des placements très précoces (lorsque le placement semble inéluctable) en regard des séparations plus tardives. Il faut aussi renoncer à la croyance dans les placements courts et à l'espoir d'une restitution plus ou moins rapide des enfants à leur famille, objectif qui semble sous-tendre la philosophie idéale de beaucoup de professionnels des services sociaux et de la justice. Le plus important est donc bien de préserver chez les très jeunes enfants leur compétence d'attachement, en leur assurant très tôt une sécurité affective.

### **La prévention**

L'importance accordée aux besoins fondamentaux de l'enfant et aux interactions précoces entre le bébé et ses parents conduit à asseoir les stratégies de lutte contre les mauvais traitements sur la reconnaissance du danger avant la survenue de la maltraitance elle-même, par le dépistage le plus précoce possible des facteurs de risque, avant la naissance si possible. En France les principaux acteurs de cette prévention sont les professionnels du secteur de la santé.

Le plan Périnatalité 2005-2007 « Humanité, proximité, sécurité, qualité » a placé la sécurité émotionnelle des femmes enceintes au même niveau que la santé physiologique. C'est dire l'importance d'un entretien précoce (recommandé par la loi de 2007, actuellement appelé « entretien du 4<sup>ème</sup> mois de grossesse » ou « entretien prénatal précoce » [EPP]), distinct du suivi médical de la grossesse, permettant une appréhension plus large des vulnérabilités. Malheureusement, selon les premiers résultats de l'enquête nationale périnatale de 2010, seule une femme sur cinq a bénéficié d'un EPP au cours de cette année-là.

Divers dispositifs contribuent à assurer une sécurité après l'accouchement (d'une importance d'autant plus grande que la durée de séjour hospitalier en post partum se raccourcit sans cesse pour des raisons financières) : la visite du post partum, de plus en plus rarement pratiquée ; l'établissement d'un lien entre la maternité et le médecin de ville, entre la maternité et la PMI ; et les visites à domicile qui permettent de discuter en situation, d'évaluer le climat général de vie de la famille et la place du père. Dans les situations de danger (prématurité, dépression du post-partum, conduites addictives, antécédents de violences subies ou agies...) les dispositifs d'accueil psychiatrique mère-enfant doivent être développés de même que les solutions d'accueil père-mère-enfant, quasiment inexistantes. Toutes les situations de vulnérabilité face au risque de maltraitance devraient pouvoir faire l'objet d'un accompagnement des familles dans le cadre d'une politique générale de soutien à la parentalité.

En fait l'intérêt pour la parentalité devrait être suscité dès l'adolescence et la prévention précoce doit s'envisager bien en amont de la vie reproductive, auprès des adolescents futurs parents, pour qu'ils acquièrent quelques notions fondamentales : qu'avoir des enfants n'est pas une obligation ; qu'une

grossesse doit être choisie et non imposée par la pression sociale et/ou familiale ; que la sexualité comporte une importante composante affective ; que les responsabilités sont partagées entre filles et garçons ; quels sont les devoirs et les plaisirs de la parentalité, pour les pères comme pour les mères. Les adolescents pourraient aussi bénéficier d'informations dans les centres de planning familial dont la visibilité devrait être augmentée, ce qui est difficile actuellement du fait de la restriction de leurs crédits. Par ailleurs, si les jeunes-filles mineures y sont accueillies et peuvent y bénéficier de l'anonymat et d'une contraception gratuite, l'accueil des garçons a besoin d'être développé.

### **Le rôle des médecins**

Dans leur récent rapport (« Protection de l'enfance : améliorer le dispositif dans l'intérêt de l'enfant »), les sénatrices M. Dini et M. Meunier soulignent qu'il est de plus en plus nécessaire de redéfinir et de renforcer la place et le rôle des médecins. En effet, selon l'Ordre des médecins, ils sont à l'origine de seulement 5 % de l'ensemble des signalements. Pourtant, si l'école accueille tous les enfants à partir de l'âge de 2 ans ½ - 3 ans, avant cet âge, hors du cercle familial et des amis, seuls les médecins sont amenés à les voir, dès la naissance, au titre de la prévention (vaccinations, surveillance du développement psychomoteur et de la croissance) et de nombreux médecins sont concernés (médecins de Protection maternelle et infantile [PMI], hospitaliers, pédiatres et généralistes libéraux). Par ailleurs tous les enfants maltraités passent un jour ou l'autre par le système de santé (notamment le cabinet du généraliste ou du pédiatre et les urgences hospitalières) ou peuvent être repérés dans le cadre de consultations de prévention (PMI, Santé scolaire). En fait, le rôle des médecins se situe en amont de toutes les réflexions actuelles qui portent sur des situations de danger ou de maltraitance signalées voire reconnues, puisque la pratique médicale permet en théorie le repérage des facteurs de risque de la maltraitance. C'est cette constatation qui a conduit les auteurs de la loi de mars 2007 à favoriser les activités de prévention (repérage et dépistage de la maltraitance et du danger) en s'appuyant largement sur le corps médical, et plus particulièrement sur les équipes de santé scolaire.

A l'hôpital, le rôle des urgences est central quant à l'accueil et au repérage des enfants maltraités et il faudrait ajouter à ces missions celle de participer au chiffrage de la maltraitance. Ceci supposerait d'introduire le PMSI dans les services ambulatoires et consultations externes (dont les urgences) en rétablissant l'utilisation des codes de la Classification internationale des maladies de l'OMS permettant de différencier les lésions traumatiques d'origines accidentelle et intentionnelle

Pour les médecins, face à la maltraitance, le principal souci concerne le signalement. En effet, malgré un encadrement juridique solide fourni par l'Ordre national des médecins et l'absence de toute ambiguïté quant à son message sur l'obligation de signaler et sur l'absence de risque à le faire si les règles concernant le certificat à établir sont respectées, les réticences restent nombreuses, notamment liées à la peur du signalement abusif et de ses supposées conséquences sur le plan professionnel voire pénal. Dans cette optique la phrase « sauf circonstances particulières qu'il apprécie en conscience » de l'article 44 du code de déontologie médicale est trompeuse et devrait être supprimée. La transmission d'information préoccupante (IP) n'est pas encore une démarche claire pour bien des médecins et leurs relations avec le conseil général

seraient probablement plus simples si chaque CRIP (Cellule de recueil, d'évaluation et de traitement des informations préoccupantes) comportait un médecin.

Enfin, une meilleure prise en charge médicale et psychologique des enfants placés devrait être organisée, avec un bilan médical initial spécialisé et un suivi régulier.

### **Le décroisement**

La suspicion de maltraitance, l'affirmation de son diagnostic et la prise de décision qui s'en suit ne peuvent relever d'un professionnel exerçant dans la solitude. Le décroisement entre disciplines, entres institutions, repose sur un concept clé qu'il faut promouvoir, malgré des réticences certaines : *le secret partagé*. Afin d'officialiser cette pluridisciplinarité, la loi de 2007 prévoit de formaliser et évaluer des protocoles pluri-institutionnels généraux, pilotés par le Conseil général et qui peuvent inclure des protocoles spécifiques.

Le rôle du carnet de santé, comme outil de liaison entre professionnels soumis au secret, ne doit pas être négligé, non plus que celui du guide explicatif de ce carnet, à destination des médecins. Actuellement ce document ne comporte aucune autre information sur le danger et la maltraitance que quelques lignes sur le syndrome du bébé secoué. Ce point devrait absolument être débattu dans le cadre de la révision de ce carnet, pour 2016, au ministère de la santé.

Dans l'esprit des pôles de référence hospitaliers créés par la DGS en 1997, il faut promouvoir et mettre en place sur tout le territoire des « Pôles de référence pédiatriques pour le dépistage et le soin aux enfants et adolescents maltraités » dans chaque hôpital qui accueille des enfants et des adolescents. Ces pôles sont animés par une équipe pédiatrique spécialisée, repérée dans l'hôpital et par les professionnels libéraux, qui évalue les situations, étaye le diagnostic, coordonne les soins, rencontre les enfants et leurs familles, réalise une évaluation médico-psycho-sociale, en hospitalisation ou en consultation et organise l'Accueil Médico-Judiciaire des mineurs victimes dans un lieu de soins pédiatrique, en collaboration avec les services de médecine légale pour réaliser l'audition filmée et les examens sur réquisition. Il convient en outre d'assurer à ces diverses structures pluridisciplinaires une réelle stabilité financière et pluri-institutionnelle. La mise en place sur tout le territoire des unités d'assistance à l'audition était déjà recommandée dans le rapport 2013 du Défenseur des droits sur « L'enfant et sa parole en Justice ».

Des expériences réussies de fonctionnement ou de structures pluri-institutionnelles sont décrites dans les annexes du rapport (Unité Médico Psycho Sociale en Périnatalité (UMPSP) du CHU d'Angers ; Cellule d'accueil spécialisé de l'enfance en danger [CASED] du CHU de Rennes ; Unité d'accueil des enfants en danger [UAED] du CHU de Nantes ; Protocole, signé en juin 2014 par le procureur de la République, l'AP-HP et le préfet de police, instaurant officiellement, au sein des trois hôpitaux pédiatriques parisiens, des « *cellules de prévention de la maltraitance sur les mineurs* »).

Face à la carence en investigations des décès d'enfants en France, il convient de : 1) mettre réellement en œuvre les recommandations de la Haute autorité de santé relatives à la « prise en charge en cas de mort

inattendue d'un nourrisson » et évaluer cette mise en œuvre ; 2) rendre obligatoire le transport en milieu pédiatrique du corps de tout jeune enfant décédé de façon inattendue ; 3) créer des « Comités multidisciplinaires d'examen de décès d'enfants ».

## La formation

La méconnaissance des facteurs de risque de la maltraitance est commune à toutes les professions concernées et particulièrement frappante chez les médecins. Il existe notamment une idée reçue tenace : le lien supposé entre pauvreté et maltraitance. Cette assertion est principalement liée au véritable cercle vicieux créé par le fait que, par définition, les travailleurs sociaux n'entrent jamais dans les logements des classes aisées. En fait la maltraitance traverse toutes les classes sociales et les facteurs psycho-affectifs prédominent largement sur les facteurs socio-économiques. La prématurité est un des principaux facteurs de risque de la maltraitance par les hospitalisations néo-natales qu'elle induit et l'éventuelle blessure narcissique des parents. Elle fait ainsi partie des grandes causes de difficulté d'attachement.

La formation des médecins généralistes (initiale comme continue) est notoirement insuffisante, voire inexistante dans certaines facultés. Le temps consacré à l'enseignement théorique de la maltraitance proposé aux futurs pédiatres (2 heures au maximum) contraste fortement avec les exigences identifiées à partir d'une recherche américaine qui montre que les médecins ayant reçu moins de 10 heures de formation sur la reconnaissance de la maltraitance signalent significativement beaucoup moins que ceux qui ont bénéficié de plus de 10 heures d'enseignement.

Qu'il s'agisse de formation initiale ou de formation continue, et dans toutes les professions concernées, il faut considérer comme des thèmes majeurs : les besoins fondamentaux de l'enfant, les compétences du bébé, l'importance de l'attachement et des interactions précoces parents-bébé, l'accompagnement des familles dans leur projet pédagogique.

Les formations pluri professionnelles doivent être favorisées, dans la formation continue bien sûr mais aussi dans la formation initiale, ce qui suppose de vaincre des réticences universitaires quant aux prérogatives disciplinaires et d'abandonner au moins partiellement les cours magistraux pour des méthodes pédagogiques plus à mêmes de faire réfléchir en commun futurs juges, avocats, enseignants, assistants sociaux, cadres de l'ASE, médecins, policiers, etc. (études de cas, jeux de rôles...). Enfin, dans la formation de base de tous les professionnels qui sont quotidiennement au contact des petits enfants, il ne saurait être question que l'enseignement de la problématique du danger et de la maltraitance repose sur des « modules optionnels », ce qui est hélas souvent le cas dans certaines facultés de médecine.

Pour leur donner le plus de visibilité et de légitimité possible, il serait utile qu'existe un organisme de formation pluridisciplinaire et pluri-professionnel spécialement dédié à l'enfant. Un « **Institut national du développement de l'enfant** » pourrait assurer cette mission. Il pourrait être virtuel quant à ses murs mais décliné géographiquement, ou rattaché à une structure telle que l'EHESP (École nationale des hautes études en santé publique), ce qui permettrait d'impliquer plus les professionnels du secteur de la santé et de faire entrer les problématiques liées à l'enfance dans l'enseignement de santé publique.

Parallèlement au développement de la formation, **des campagnes d'information** mériteraient d'être développées en direction du grand public, des médias et même des professionnels sur des thèmes prioritaires tels que les besoins fondamentaux de l'enfant, les facteurs de risque de maltraitance, le rôle de l'entretien prénatal précoce ; les notions de droits et intérêt supérieur de l'enfant, de parentalité et autorité parentale.

### **Un outil statistique national**

Il est clair que manque encore en France un outil statistique national permettant 1) la mesure de l'ampleur du problème du danger et de la maltraitance et donc l'allocation raisonnée des ressources (quantitatives et qualitatives) ; 2) le suivi des politiques visant à diminuer le nombre de situations de danger et de maltraitance et à améliorer la prise en charge. Actuellement, l'analyse des situations et de leur évolution reste toujours cantonnée aux cas des enfants « connus » de la protection de l'enfance, d'où la nécessité d'impliquer le secteur de la santé dans le chiffrage du danger et de la maltraitance avérée. En effet, il ne suffit pas d'observer la protection de l'enfance, il faut aussi développer un outil statistique puissant et efficace, alimenté par le repérage (bien en amont des mesures prises, objet actuel de l'observation) des enfants en danger, et bien sûr des enfants maltraités, ce qui est loin d'être fait de façon exhaustive. Un observatoire statistique ayant dans ses missions le décompte aussi complet que possible des cas de maltraitance devrait travailler à partir d'une multitude de sources et agréger des données de types variés et qu'il faudra progressivement homogénéiser.

Cette surveillance épidémiologique devrait être coordonnée à des activités de recherche. On sait notamment l'intérêt des études longitudinales prospectives, au premier rang desquelles les cohortes de naissances pour identifier le devenir des enfants maltraités, mais aussi les facteurs de risque. Malheureusement, la seule cohorte de naissances française (Elfe) n'a pas considéré la maltraitance comme un thème prioritaire.

### **Le contexte de la réforme territoriale**

Puisque la réforme territoriale va nécessairement avoir un impact majeur sur le fonctionnement de la Protection de l'enfance, il convient d'en faire l'occasion d'une réflexion sur l'alliance entre travail de proximité et coordination nationale.

Peut-on mettre à profit la réforme territoriale pour : 1) améliorer le fonctionnement des CRIP, ou de toute autre structure les remplaçant à un niveau local plus élevé, par : a) une activité 24 h sur 24 ; b) la présence systématique d'un médecin ; c) la collégialité des évaluations et des processus de décision ; d) l'utilisation d'un référentiel national d'évaluation des situations ; 2) donc, recenser les divers outils locaux d'évaluation du danger et évaluer leurs performances respectives afin de proposer un outil national efficace et acceptable ; 3) renforcer le travail en réseau ; 4) améliorer la collecte des données locales et leur remontée vers le niveau national en vue de la création d'un véritable observatoire statistique incluant toutes les sources d'information potentielles sur la maltraitance et le danger, dont le secteur de la santé ; 5) passer ainsi de la surveillance des mesures de protection prises à celle des enfants en danger et maltraités ; 6)

favoriser les financements régionaux de la recherche (type ARS) et les collaborations entre les observatoires départementaux et les ORS ;

### **Les 44 propositions du Comité de suivi**

Elles sont articulées autour de 7 axes : 1) Prévenir les situations de danger et la maltraitance le plus précocement possible ; 2) développer et réorganiser la participation du système de santé au repérage et au dépistage des situations de danger et des enfants maltraités ainsi qu'aux décisions qui en découlent ; 3) susciter un véritable décloisonnement entre toutes les professions impliquées dans le bien être des enfants ; 4) développer des activités de formation innovantes pour tous les professionnels impliqués dans la défense, le développement et le bien être des enfants ; 5) développer des activités d'information pour des publics variés ; 6) développer la surveillance épidémiologique et la recherche ; 7) s'inscrire dans le cadre de la réforme territoriale.

Il est assez attristant de voir que la majorité d'entre elles ont pour but de : 1) arrêter la destruction de l'existant, notamment le système préventif dédié à l'enfance par les ordonnances de 1945 (PMI, santé scolaire) ; 2) demander le respect des textes réglementaires, codes et lois (réalisation des bilans de santé obligatoires des 6<sup>ème</sup>, 9<sup>ème</sup>, 12<sup>ème</sup> et 15<sup>ème</sup> années, obligation de signaler des médecins, formation initiale et continue des enseignants dans le domaine de la protection de l'enfance, etc., etc.) ; 3) susciter un changement des mentalités (revenir sur des dogmes tenaces : la famille naturellement bonne, l'association maltraitance/pauvreté, le caractère néfaste de l'intrusion dans sphère privée, le bienfait supposé des placements tardifs et courts ; casser les murs entre les structures d'enseignement, renforcer voire introduire la collégialité et la pluridisciplinarité dans les pratiques médicales ; etc.).

### **Conclusion**

La situation a évolué en France ces dernières années quant à la reconnaissance de la maltraitance et du danger. On n'est plus dans le même déni total du problème et l'on voit se dessiner un intérêt pour la prévention de la maltraitance dans le corps médical. En décembre 2013, une mission d'information a été créée par la Commission des affaires sociales du sénat afin d'étudier la mise en œuvre de la loi n°2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance et de formuler des propositions d'amélioration du système actuel. Cette commission a estimé que la loi de 2007 était une bonne loi, mais mal connue et mal appliquée. Cette loi, par rapport à toutes les lois antérieures, a particulièrement mis l'accent sur deux dimensions essentielles : la prévention et le rôle des professions de santé (médicales principalement). En introduisant la notion d'information préoccupante, ce texte s'est délibérément placé en amont de l'irréversible (la maltraitance déjà constituée, donc déjà lourde de conséquences potentielles).

C'est par le secteur de la santé (que tous les enfants utilisent largement) que le repérage de la maltraitance peut être effectué le plus précocement possible et c'est par lui encore que le danger peut être appréhendé avant même la naissance de l'enfant, lors de la surveillance des grossesses qui, en France, sont quasiment toutes suivies en milieu médical, pour toutes les femmes de toutes les classes sociales.



Il faut de façon urgente revivifier le système de prévention (PMI, santé scolaire) créé par les ordonnances de 1945 et dédié à l'enfant, ce qui suppose notamment plus de médecins de PMI, plus de puéricultrices pour effectuer des visites à domicile, la présence systématique d'infirmières à la fois dans l'enseignement primaire et le secondaire, le recrutement de médecins scolaires titulaires ainsi que la revalorisation des salaires de tous ces professionnels de la prévention. Il faut qu'existe dans les écoles primaires de vraies équipes de santé scolaire pluridisciplinaires, comportant médecin, infirmière, psychologue et assistant (e) social (e). Et on ne peut donc qu'espérer que certaines ressources pourront être le produit de la réforme territoriale (quant à la PMI).

En juin 2009, dans ses observations finales après examen des rapports soumis par les États parties (conformément à l'article à l'Article 44 de la CIDE), le Comité des Droits de l'Enfant des Nations Unies a émis de très sérieuses réserves sur la situation de la France. La bonne application de la loi de 2007 était visiblement un souci pour ce Comité qui a demandé à la France « *d'allouer les ressources budgétaires nécessaires à sa mise en œuvre* », de mettre en place des mécanismes de décompte des cas de violence dans les familles et les institutions et « *d'utiliser les médias pour lancer des campagnes de sensibilisation sur la nouvelle loi sur la protection de l'enfance* ». La remarque a également été faite que les châtiments corporels n'étaient toujours pas prohibés (ils ne le sont toujours pas en 2014). La prochaine audition de la France est prévue en octobre 2015 et les auteurs de ce rapport forment le vœu que la situation des enfants, face au danger et à la maltraitance, ait à cette date progressé de façon nettement significative et positive.