

N° 204

SÉNAT

SESSION ORDINAIRE DE 1999-2000

---

Annexe au procès-verbal de la séance du 2 février 2000

RAPPORT

FAIT

*au nom de la commission des Affaires culturelles (1) sur la proposition de loi, ADOPTÉE PAR L'ASSEMBLÉE NATIONALE, visant à renforcer le rôle de l'école dans la **prévention** et la **détection** des faits de **mauvais traitements à enfants**,*

Par M. Jean-Léonce DUPONT,  
Sénateur.

---

(1) Cette commission est composée de : MM. Adrien Gouteyron, *président* ; Jean Bernadaux, James Bordas, Jean-Louis Carrère, Jean-Paul Hugot, Pierre Laffitte, Ivan Renar, *vice-présidents* ; Alain Dufaut, Ambroise Dupont, André Maman, Mme Danièle Pourtaud, *secrétaires* ; MM. François Abadie, Jean Arthuis, André Bohl, Louis de Broissia, Jean-Claude Carle, Gérard Collomb, Xavier Darcos, Fernand Demilly, André Diligent, Jacques Donnay, Michel Dreyfus-Schmidt, Jean-Léonce Dupont, Daniel Eckenspieller, Jean-Pierre Fourcade, Bernard Fournier, Jean-Noël Guérini, Marcel Henry, Roger Hesling, Pierre Jeambrun, Roger Karoutchi, Serge Lagauche, Robert Laufoaulu, Jacques Legendre, Serge Lepeltier, Louis Le Pensec, Mme Hélène Luc, MM. Pierre Martin, Jean-Luc Miraux, Philippe Nachbar, Jean-François Picheral, Guy Poirieux, Jack Ralite, Victor Reux, Philippe Richert, Michel Rufin, Claude Saunier, René-Pierre Signé, Jacques Valade, Albert Vecten, Marcel Vidal.

Voir les numéros :

Assemblée nationale (11ème législ.) : 1797, 1998 et T.A. 404.

Sénat : 125 (1999-2000).

---

Enfants.

## SOMMAIRE

	<u>Pages</u>
<b>INTRODUCTION</b> .....	4
<b>I. L'ÉVALUATION DU PHÉNOMÈNE DE LA MALTRAITANCE INFANTILE</b> .....	7
<b>A. LES STATISTIQUES OFFICIELLES</b> .....	7
1. <i>L'évolution du nombre d'enfants maltraités</i> .....	7
2. <i>L'évolution du nombre d'enfants en danger</i> .....	8
<b>B. LA MALTRAITANCE : D'ABORD UNE AFFAIRE DE FAMILLE</b> .....	8
1. <i>La famille, première accusée</i> .....	9
2. <i>Le profil des enfants maltraités</i> .....	9
3. <i>Le profil des familles maltraitantes</i> .....	9
4. <i>La nature des mauvais traitements à enfants</i> .....	10
<b>II. LE DISPOSITIF DE PRÉVENTION ET DE RÉPRESSION DE LA MALTRAITANCE INFANTILE</b> .....	10
1. <i>La loi du 10 juillet 1989</i> .....	11
a) Une obligation de signalement .....	11
b) Des dispositions préventives et de formation .....	11
c) Le signalement à l'autorité judiciaire .....	12
d) Les textes d'application de la loi de 1989 .....	12
2. <i>Les dispositions complémentaires</i> .....	12
a) Les dispositions pénales générales .....	12
b) La levée du secret médical .....	13
c) Le dispositif réglementaire propre à l'éducation nationale .....	13
3. <i>La nécessité de renforcer le dispositif existant</i> .....	15
a) Le rapport Moirin sur l'enfance en danger .....	15
b) Une campagne récente de sensibilisation .....	16
<b>III. UN DISPOSITIF PEU EFFICACE</b> .....	17
<b>A. LE REPÉRAGE DES ENFANTS MALTRAITÉS</b> .....	17
1. <i>Les modalités de détection des enfants maltraités</i> .....	17
2. <i>Le traitement de ces informations</i> .....	17
3. <i>Une sous-estimation et une mauvaise anticipation de la situation des enfants en danger</i> .....	18
4. <i>Les difficultés rencontrées par les professionnels de l'enfance pour dénoncer les cas de maltraitance</i> .....	18
5. <i>Un recours trop systématique au juge</i> .....	20
6. <i>Des signalements très inégaux et non exhaustifs</i> .....	21
<b>B. LES CARENCES DU SYSTÈME DE SANTÉ SCOLAIRE</b> .....	22
1. <i>Le dispositif initial</i> .....	22
a) Le principe d'examens réguliers .....	22

b) La réalité des examens médicaux effectués.....	22
c) Une organisation de la santé scolaire critiquée par les inspections générales... ..	23
d) ... mais défendue par les médecins scolaires .....	24
2. <i>Des moyens en personnels insuffisants</i> .....	24
a) Le caractère sinistré de la médecine scolaire .....	25
b) Les infirmières scolaires .....	27
c) Les assistantes de service social de l'éducation nationale .....	27
3. <i>Le plan de relance de la santé scolaire</i> .....	29
a) L'éducation à la santé .....	29
b) Le renforcement des actions de prévention .....	30
c) Un meilleur accès aux soins.....	30
d) La formation des personnels.....	31
<b>IV. LE CONTENU DE LA PROPOSITION DE LOI</b> .....	<b>33</b>
<b>A. LE TEXTE INITIAL</b> .....	<b>33</b>
1. <i>Une initiative du Parlement des enfants de l'Assemblée nationale</i> .....	33
2. <i>Le texte proposé par le Parlement des enfants</i> .....	33
<b>B. LES MODIFICATIONS APPORTÉES PAR L'ASSEMBLÉE NATIONALE</b> .....	<b>34</b>
1. <i>Les modifications proposées par le rapporteur et retenues par la commission</i> .....	34
2. <i>Le texte adopté par l'Assemblée nationale</i> .....	35
<b>C. LES OBSERVATIONS DE VOTRE COMMISSION</b> .....	<b>35</b>
<b>EXAMEN EN COMMISSION</b> .....	<b>37</b>
<b>TABLEAU COMPARATIF</b> .....	<b>41</b>

Mesdames, Messieurs,

Le Sénat est conduit à examiner une proposition de loi, adoptée par l'Assemblée nationale le 7 décembre 1999 visant à renforcer le rôle de l'école dans la prévention et la détection des faits de mauvais traitements à enfants.

Pour la seconde fois en moins d'un an, votre commission des affaires culturelles est saisie d'une proposition de loi issue des travaux du Parlement des enfants qui rassemble désormais chaque année, à l'Assemblée nationale, 577 élèves représentants de classes de cours moyen.

Votre commission tient à rappeler que, depuis 1996, trois lois ont été adoptées par le Parlement selon cette procédure, certes sympathique, mais aussi quelque peu singulière :

- la loi du 30 décembre 1996 relative au maintien des liens entre frères et soeurs ;

- la loi du 14 mai 1998 permettant à l'enfant orphelin de participer au conseil de famille ;

- la loi du 9 juin 1999 visant à inciter au respect des droits de l'enfant dans le monde, notamment lors de l'achat des fournitures scolaires.

Lors de l'examen de ce dernier texte, dont votre commission avait eu à connaître, celle-ci avait souligné son caractère déclaratif, sa portée des plus réduites, la nature d'un dispositif qui relevait à l'évidence davantage de la circulaire que de la loi ; à cette occasion, elle avait inséré dans le texte transmis par l'Assemblée nationale, dans un souci légitime de parallélisme des formes, une disposition additionnelle adoptée dans le cadre de l'opération « sénateurs-juniors », qui rassemble chaque année dans l'hémicycle du Sénat des élèves de classes de troisième.

S'il convient de se féliciter de la participation de nos législateurs en herbe, écoliers à l'Assemblée nationale et collégiens au Sénat, à des opérations type « Parlement des enfants » ou « Sénateurs-juniors » qui permettent de familiariser les enfants et jeunes adolescents à la vie démocratique et parlementaire, faut-il pour autant développer à l'excès une telle pratique lorsqu'elle aboutit à donner force de loi à des dispositions le plus souvent généreuses mais qui constituent aussi autant de déclarations d'intentions sans véritable portée normative ?

Votre commission ne peut qu'exprimer sa perplexité sur cette procédure et se demande ce que le Parlement a à gagner, y compris auprès des jeunes, en se prêtant à ce qui peut apparaître comme un simulacre législatif.

Certes, la cause qui fait l'objet de la présente proposition de loi est particulièrement digne d'intérêt -une meilleure détection de l'enfance maltraitée- et force est de reconnaître, en dépit de la ratification de conventions internationales, d'un dispositif législatif et réglementaire très développé, de l'action de nombreuses associations s'impliquant de manière exemplaire en faveur des enfants victimes de sévices et mauvais traitements de toute sorte, que cette situation dramatique et inacceptable perdure.

Votre commission observera à titre liminaire que cette proposition ne relève que partiellement de sa compétence : en effet seulement 10 % des enfants en danger ou maltraités font l'objet d'un signalement dans le cadre de l'institution scolaire et le dispositif médico-social de l'éducation nationale, dont la commission dénonce les insuffisances lors de chaque exercice budgétaire, ne lui paraît pas être en mesure de jouer un rôle décisif dans la détection et le signalement des sévices à enfants, alors que ces maltraitances sont très majoritairement commises dans les familles.

L'institution scolaire est-elle particulièrement adaptée pour repérer ces actes de maltraitance alors qu'elle est souvent impuissante, comme le montrent trop d'exemples récents, à prévenir les violences qui se multiplient au sein des établissements ?

L'école qui reste souvent le dernier service public existant dans les quartiers et les zones difficiles, est chargée une fois de plus de tous les maux de notre société alors qu'elle doit déjà, outre ses tâches traditionnelles de transmission des savoirs, contenir les violences scolaires, détecter les conduites à risques et consommations illicites ou dangereuses pour la santé de ses élèves, dénoncer les actes de bizutage ..., alors que dans le même temps la responsabilité pénale de ses personnels -chefs d'établissement et enseignants- est de plus en plus exposée.

Bref, la barque de l'école est déjà lourdement chargée...

Plutôt que de consacrer par la loi des obligations ou des devoirs préexistants, ou qui vont de soi – informer les élèves, détecter les cas de maltraitance, ...– ne faudrait-il pas plutôt augmenter le nombre des médecins scolaires, des infirmières, notamment dans le premier degré, des assistantes sociales et instaurer un contrôle sanitaire plus efficace qui permettrait de mieux prévenir et de repérer les cas d'enfants maltraités, étant rappelé qu'un élève ne verra, dans le meilleur des cas, que trois fois un médecin scolaire pendant la durée de sa scolarité obligatoire ?

\*

\* \*

Après avoir tenté d'évaluer l'importance du phénomène des mauvais traitements à enfants, il conviendra de rappeler l'efficacité relative du dispositif existant pour détecter et signaler ces actes et d'examiner dans quelle mesure la proposition de loi est susceptible de remédier aux insuffisances des dispositions actuelles.

\*

\* \*

## I. L'ÉVALUATION DU PHÉNOMÈNE DE LA MALTRAITANCE INFANTILE

Compte tenu d'une certaine omerta qui continue de régner en ce domaine, le phénomène de la violence à enfants reste difficile à appréhender en dépit de la mise en place de structures de détection spécifiques.

### A. LES STATISTIQUES OFFICIELLES

Depuis 1995, les rapports de l'Observatoire national de l'action sociale décentralisée (ODAS) sur l'enfance en danger constituent la principale source d'informations permettant d'évaluer le nombre d'enfants maltraités, leur répartition selon les types de mauvais traitements et la pratique de signalement des enfants en situation de risque.

#### 1. L'évolution du nombre d'enfants maltraités

Le tableau ci-après retrace cette évolution selon le type de maltraitance et fait notamment apparaître une certaine baisse du phénomène entre 1997 et 1998.

	1995	1996	1997	1998
Violences physiques	7 000	7 500	7 000	7 000
Abus sexuels	5 500	6 500	6 800	5 000
Négligences graves et Violences psychologiques	7 500	7 000	5 400 1 800	5 300 1 700
<b>TOTAL</b>	<b>20 000</b>	<b>21 000</b>	<b>21 000</b>	<b>19 000</b>

Cette baisse résulterait d'une relative diminution des abus sexuels qui tiendrait, selon l'ODAS, à une réduction de la pression médiatique qui a suscité de nombreuses révélations de cas de maltraitance survenues à l'issue de l'affaire Dutroux.

Cette légère décrue doit cependant être analysée avec prudence et confirmée sur une période plus longue.

A cet égard, les chiffres fournis par l'ODAS apparaissent très inférieurs à ceux des études effectuées de manière plus systématique dans

certaines pays anglo-saxons où 10 % des adultes d'une génération avoueraient avoir été l'objet de mauvais traitements de nature physique ou sexuelle au cours de leur enfance, dont environ la moitié aurait donné lieu à signalement.

Compte tenu des indications fournies par le corps médical, le phénomène serait de même ampleur dans notre pays, ce qui incline à penser que le taux de révélation des maltraitances peut être estimé entre 25 et 30 % en France.

## **2. L'évolution du nombre d'enfants en danger**

D'après les statistiques de l'ODAS, le nombre de signalements d'enfants en danger, c'est-à-dire incluant les enfants maltraités et les enfants en situation de risque, est en revanche en progression.

La notion d'enfants « en risque » recouvre ceux qui, sans être maltraités, connaissent des conditions d'existence mettant en danger leur santé, leur sécurité, leur moralité et leur éducation.

L'évolution du nombre de signalements de ces situations est retracée dans le tableau ci-après :

	<b>1995</b>	<b>1996</b>	<b>1997</b>	<b>1998</b>
<b>Enfants maltraités</b>	20 000	21 000	21 000	19 000
<b>Enfants en risque</b>	45 000	53 000	61 000	64 000
<b>Total des enfants en danger</b>	65 000	74 000	82 000	83 000

Il fait apparaître une forte progression des signalements entre 1996 et 1997, étant rappelé qu'environ 60 % de ces signalements ont été transmis au Parquet en 1998.

### ***B. LA MALTRAITANCE : D'ABORD UNE AFFAIRE DE FAMILLE***

Une étude, publiée en février 1999 par l'ODAS, avait pour objet de préciser le profil des auteurs de mauvais traitements sur des enfants et leurs victimes : ses résultats font apparaître une surreprésentation des familles monoparentales et des parents inactifs dans les foyers concernés.

Cette étude a été réalisée à partir d'informations en provenance du service national d'accueil téléphonique de l'enfance maltraitée (SNATEM) recueillies dans dix départements.

### **1. La famille, première accusée**

L'étude précitée montre que dans la très grande majorité des cas, les auteurs de maltraitance sont des parents –père (46 %), mère (25 %), famille élargie (10 %), beau-père (9 %), belle-mère (1 %)– alors que les violences extra-familiales constituent l'exception : ami de la famille (3 %), professionnel d'une institution (2 %), inconnu (2 %), autre mineur (1 %).

L'étude révèle également que les parents peuvent être auteurs de mauvais traitements même lorsqu'ils n'ont pas la garde de l'enfant et que les violences sexuelles résultent dans 20 % des cas de personnes totalement extérieures à la famille.

### **2. Le profil des enfants maltraités**

L'ODAS indique que dans 30 % des cas, les enfants maltraités ont moins de cinq ans, 36 % entre 6 et 11 ans et 34 % entre 12 et 17 ans.

Les filles apparaissent plus maltraitées que les garçons (58 % contre 42 %) car elles sont victimes d'un plus grand nombre de violences sexuelles, lesquelles représentent 32 % des mauvais traitements.

### **3. Le profil des familles maltraitantes**

Si toutes les populations d'enfants sont concernées, l'étude de l'ODAS établit une différence marquée entre la structure des familles d'enfants en danger et le profil général des familles.

Elle montre ainsi que les familles monoparentales et recomposées sont surreprésentées parmi les familles maltraitantes : 36 % des enfants en danger sont dans cette situation familiale.

Par ailleurs, les enfants et adolescents vivant avec leur père seul, ou leur mère seule, et un beau-parent constituent 15 % des effectifs d'enfants en danger.

Les auteurs de l'étude expliquent cette surreprésentation par le fait que la monoparentalité s'accompagne souvent de difficultés matérielles, d'un

isolement, d'un désarroi, de l'absence de repères qui rendent la fonction parentale encore plus complexe.

Ils soulignent également que l'inactivité des parents semble peser lourdement sur le développement du phénomène : huit mères maltraitantes sur dix seraient ainsi sans emploi ou inoccupées.

#### **4. La nature des mauvais traitements à enfants**

L'étude de l'ODAS révèle que les violences physiques constituent la première forme de maltraitance (33 %), devant les abus sexuels (32 %), les négligences lourdes (26 %) et les actes de cruauté mentale (9 %).

Cette situation est principalement la conséquence d'une plus grande précarisation de la société et de l'augmentation du nombre de familles en difficulté. Plutôt que de les stigmatiser, il conviendrait de leur apporter un appui et de leur proposer des mesures de soutien <sup>1</sup>.

L'ODAS note à cet égard que le nombre croissant de familles très précarisées et déstructurées, de parents présentant des troubles mentaux sévères, condamne souvent les professionnels de l'enfance à l'impuissance et les conduit à effectuer de plus en plus de signalements.

## **II. LE DISPOSITIF DE PRÉVENTION ET DE RÉPRESSION DE LA MALTRAITANCE INFANTILE**

Le problème du droit des enfants et de leur nécessaire protection contre les mauvais traitements n'est pas une idée nouvelle. Dès 1924, la SDN a engagé une réflexion sur la nécessité d'accorder une protection spéciale à l'enfant.

Plus récemment, en 1959, l'Organisation des Nations Unies a adopté une première déclaration des droits de l'enfant qui n'a été ratifiée par la France que trente ans plus tard, c'est-à-dire le 2 juillet 1990 : son article 19 affirme le droit des enfants à être protégés des mauvais traitements.

En outre, depuis une dizaine d'années, la France s'est dotée d'un dispositif législatif et réglementaire ambitieux contre la maltraitance infantile, ordonné principalement autour de la loi dite Dorlhac du 10 juillet 1989 relative

---

<sup>1</sup> Outre les actions éducatives décidées par l'aide sociale à l'enfance (ASE), 400 à 450.000 familles recevaient en 1998 des aides financières à ce titre et 20 à 25.000 foyers bénéficiaient de l'appui d'une travailleuse familiale.

à la prévention des mauvais traitements à l'égard des mineurs et à la protection de l'enfance.

Enfin, divers rapports et campagnes de sensibilisation ont témoigné au cours des années récentes du souci des pouvoirs publics de répondre à cette situation.

## **1. La loi du 10 juillet 1989**

### *a) Une obligation de signalement*

Avant même la ratification de la Convention des Nations-Unies sur les droits de l'enfant, le Parlement a adopté la loi du 10 juillet 1989 qui a pour principal objet de préciser les modalités de signalement de ces mauvais traitements et la mission des conseils généraux dans le domaine de l'enfance en danger.

La loi confirme le rôle du président du conseil général comme principal animateur de l'action sociale en faveur de l'enfance et fait obligation aux départements de mettre en place des dispositifs chargés de recueillir les informations relatives aux mineurs maltraités.

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

Le SNATEM dispose d'un numéro vert national, le 119, qui doit obligatoirement être affiché dans tous les lieux accueillant des enfants ; cette ligne « Allô, enfance maltraitée » est gratuite, accessible de toute la France métropolitaine, fonctionne tous les jours 24 heures sur 24 et offre à toute personne, y compris aux enfants eux-mêmes, un moyen direct de signaler des situations présumées de maltraitance.

### *b) Des dispositions préventives et de formation*

La loi de 1989 comporte également des dispositions relatives à la prévention des mauvais traitements et à la formation des « professionnels ».

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

*c) Le signalement à l'autorité judiciaire*

L'article 69 du code de la famille et de l'aide sociale, introduit par l'article 3 de la loi de 1989 dispose par ailleurs que « *lorsqu'un mineur est victime de mauvais traitements ou lorsqu'il est présumé l'être et qu'il est impossible d'évaluer la situation ou que la famille refuse manifestement d'accepter l'intervention du service de l'aide sociale à l'enfance, le président du conseil général avise sans délai l'autorité judiciaire...* »

*d) Les textes d'application de la loi de 1989*

Cette loi a fait l'objet de plusieurs textes d'application dont les plus importants sont les suivants :

- le décret du 9 décembre 1991 relatif à la formation des professionnels qui précise notamment les thèmes susceptibles d'être abordés à l'occasion de cette formation ;

- la circulaire interministérielle du 3 mai 1995 relative à la coordination des programmes d'action des différents ministères concernés au sein du groupe permanent interministériel pour l'enfance maltraitée (GPIEM) ;

- le décret et l'arrêté du 12 mars 1997 relatifs à la coordination interministérielle en matière de lutte contre les mauvais traitements et atteintes sexuelles envers les enfants.

Outre ces textes d'application de la loi de 1989, le dispositif législatif a été renforcé récemment par la loi du 17 juin 1998 relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles et à la protection des mineurs qui comporte notamment un véritable statut spécifique protecteur des mineurs victimes.

## **2. Les dispositions complémentaires**

A côté du dispositif de la loi de 1989, le code pénal, le code de déontologie médicale et diverses circulaires viennent préciser l'obligation de signalement qui incombe aux « professionnels ».

*a) Les dispositions pénales générales*

Il convient d'abord de rappeler que l'article 40 du code de procédure pénale dispose que « *toute autorité constituée, tout officier public ou fonctionnaire qui dans l'exercice de ses fonctions acquiert la connaissance d'un crime ou d'un délit est tenu d'en donner avis sans délai au procureur de*

*la République et de transmettre à ce magistrat tous les renseignements, procès-verbaux et actes qui y sont relatifs ».*

Cette obligation générale est renforcée par l'article 434-3 du code pénal qui pose que la non-assistance à personne en danger constitue l'une des bases du signalement : *« le fait, pour quiconque ayant eu connaissance de mauvais traitements ou privations infligés à un mineur de quinze ans ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger (...) de ne pas en informer les autorités judiciaires ou administratives est puni de trois ans d'emprisonnement ou de 300 000 F d'amende ».*

*b) La levée du secret médical*

L'article 45 du code de déontologie prévoit en ce domaine pour les médecins une exception au secret médical : *« lorsqu'un médecin discerne qu'un mineur auprès duquel il est appelé est victime de sévices ou de privations, il doit mettre en œuvre les moyens les plus adéquats pour le protéger en faisant preuve de prudence et de circonspection, mais en n'hésitant pas, si cela est nécessaire, à alerter les autorités compétentes s'il s'agit d'un mineur de quinze ans ».*

*c) Le dispositif réglementaire propre à l'éducation nationale*

Outre ces dispositions générales, l'éducation nationale a publié plusieurs circulaires spécifiques destinées à prévenir la maltraitance infantile.

**• La circulaire du 24 juin 1991 relative aux missions et au fonctionnement du service de promotion de la santé en faveur des élèves.**

Cette circulaire, de quelque quinze pages, a été publiée à la suite du rattachement du service de la santé scolaire au ministère de l'éducation nationale et ne consacre que quelques lignes à la lutte contre la maltraitance ; elle ne prévoit en effet que des actions sélectives en faveur des publics prioritaires visant notamment *« des interventions en urgence pour les enfants ou adolescents en danger physique et moral, notamment aux victimes de sévices ».*

Ces interventions sont précisées dans la définition des missions du médecin scolaire : *« le médecin sera amené à faire une évaluation de la situation par l'enfant et un constat des lésions organiques ou des troubles psychologiques induits par la maltraitance ; s'il constate que la santé ou le développement de l'enfant est compromis ou menacé, et sans préjudice des compétences et de la saisine des autorités judiciaires, il en rend compte sans délai aux services départementaux compétents et avertit le médecin responsable départemental ».*

S'agissant du rôle de l'infirmière scolaire, celle-ci doit indiquer « *au médecin de secteur les enfants qui lui paraissent avoir besoin d'un examen à la demande personnalisé* » ; cette disposition peut aussi s'appliquer « *aux élèves qui sont signalés à l'infirmière par les enseignants, le service social scolaire ou tout membre de l'équipe éducative* ».

Ainsi, même si ces interventions en situation d'urgence ont un champ d'application plus large que les seuls cas de maltraitance, et si elles peuvent se révéler tardives, force est de constater que la médecine scolaire a incontestablement vocation à détecter et à prévenir ces mauvais traitements.

• **La circulaire du 15 mai 1997** sur la prévention des mauvais traitements à l'égard des élèves constitue le texte essentiel témoignant du souci de l'éducation nationale de lutter contre la maltraitance.

Après avoir rappelé les dispositions législatives et réglementaires applicables, elle précise sur un plan général que « *la politique engagée en France repose notamment sur la nécessité d'informer et de former les adultes en relation avec les enfants pour qu'ils sachent entendre et comprendre les élèves, avertir les autorités compétentes.* » Elle ajoute que « *l'éducation nationale a en ce domaine une fonction déterminante. Ses personnels, en contact permanent avec les enfants, ont une obligation de vigilance et doivent être informés des signes révélateurs de maltraitance, mauvais traitements et atteintes sexuelles, et des comportements à adopter lorsque le cas se présente. Il incombe également à l'école de participer à la prévention par les actions d'information qu'elle conduit auprès des élèves* ».

Il convient de noter que cette circulaire répond très largement aux objectifs visés par la présente proposition de loi qui est soumise à l'examen du Sénat.

Elle indique également, sans en préciser les modalités, que « *le dispositif de prévention de la maltraitance mis en œuvre par les recteurs et les inspecteurs d'académie implique une collaboration étroite avec (...) bien entendu, en tout premier lieu les personnels sociaux et de santé* » et rappelle les règles applicables en matière de formation, l'organisation des relations entre l'éducation nationale, les collectivités locales, les services de l'Etat, les associations ainsi que la procédure de signalement des maltraitances.

Force est de constater que cette fonction est mal assurée au sein de l'école du fait d'une insuffisance chronique du nombre des personnels médico-sociaux et aussi de la réticence des enseignants et des médecins scolaires à mettre en cause les familles présumées maltraitantes : seuls 10 % des signalements judiciaires trouveraient ainsi leur origine au sein du système éducatif.

• **La circulaire du 4 septembre 1997** tend enfin à préciser, en application de l'article 40 du code de procédure pénale, les conséquences d'un non signalement des cas de maltraitance au procureur de la République, dès la connaissance des faits, pour les personnels de l'éducation nationale : « *tout manquement à cette obligation légale expose à être poursuivi en justice pour non-empêchement de crime, non-dénonciation de mauvais traitements, omission de porter secours ou non-assistance à personne en péril* ».

### **3. La nécessité de renforcer le dispositif existant**

#### *a) Le rapport Moirin sur l'enfance en danger*

Remis au Premier ministre le 1<sup>er</sup> octobre 1996, le rapport du député de l'Essonne Odile Moirin, intitulé « Pour une véritable politique de l'enfance » traitait en fait de l'enfance en danger.

Ce rapport rappelait d'abord que plus des trois quarts des parents maltraitants souffraient de troubles psychologiques et de profondes carences affectives et avaient eux-mêmes subi dans leur jeunesse des violences physiques ou morales.

Il dénonçait ensuite l'absence de formation des professionnels de l'enfance et s'inquiétait notamment que les futurs éducateurs ne soient soumis à aucun dépistage médico-psychologique.

Il soulignait enfin les dysfonctionnements du dispositif de l'enfance en danger en raison de la multiplicité des intervenants, ainsi que le coût élevé de la prise en charge de ces enfants par les départements, pour des résultats au demeurant peu satisfaisants.

Les propositions du rapport s'ordonnaient autour de quelques priorités :

- une formation spécifique obligatoire des enseignants traitant des signes de maltraitance éventuelle et de la manière d'effectuer un signalement, cette formation devant être étendue aux éducateurs, magistrats, médecins, personnels médicaux, avocats et travailleurs sociaux ;

- un développement de l'information via un numéro vert national et des numéros départementaux ;

- une action de prévention empruntant la forme d'une journée d'information à l'école et d'un entretien médico-psychologique avant toute prise de fonction ;

- la création d'un fonds d'indemnisation des avocats chargés de prendre en charge la défense de l'enfant ;

- l'instauration d'un statut juridique de l'enfant victime, via la création d'un code de protection de l'enfance et de la jeunesse qui inclurait notamment le délit de non-assistance à enfant en danger ;

- la création de centres de « victimologie » pour venir en aide à l'enfant victime ;

- la constitution d'un fichier génétique des agresseurs sexuels...

*b) Une campagne récente de sensibilisation*

Lancée le 13 mars 1997 par le gouvernement de M. Alain Juppé, la campagne de sensibilisation en faveur de l'enfance maltraitée a été érigée en « Grande cause nationale 1997 ».

A cette occasion un label a été attribué à seize associations représentatives afin de « faire passer le grand public d'une solidarité de principe à une vigilance active », ce label étant octroyé par un comité scientifique et technique de 12 experts issus des milieux médicaux, éducatifs et administratifs, un comité de parrainage et un secrétariat permanent assurant par ailleurs la coordination des instances créées.

Cette campagne devait se traduire par un programme d'action contre toute forme de mauvais traitements envers les enfants qui a été annoncé au Congrès de Stockholm en août 1996, et présenté par le gouvernement le 20 novembre 1996.

Le programme « Agir pour la protection des enfants maltraités » poursuivait trois objectifs : prévenir pour faire comprendre aux enfants qu'ils ont le droit de dire non, mieux réprimer pour éviter les récidives, tout faire pour aider les victimes.

Il s'est traduit par un projet de loi, adopté en conseil des ministres le 29 janvier 1997, prévoyant une peine de suivi médico-social pour les délinquants sexuels, des sanctions alourdies contre les auteurs d'actes de pédophilie, l'accompagnement psychologique des enfants appelés à témoigner, la prise en charge des soins aux victimes.

### **III. UN DISPOSITIF PEU EFFICACE**

En dépit de ces actions de sensibilisation et d'un dispositif législatif et réglementaire progressivement développé depuis dix ans, orienté vers la prévention et la répression, les maltraitances infantiles se perpétuent ; cette situation résulte d'abord d'une mauvaise application des textes existants mais aussi d'une insuffisance des moyens accordés au système de santé scolaire.

#### **A. *LE REPÉRAGE DES ENFANTS MALTRAITÉS***

##### **1. Les modalités de détection des enfants maltraités**

L'enquête précitée de l'ODAS, publiée en février 1999, indique que le repérage des enfants maltraités est effectué pour moitié à partir d'informations directes et spontanées : la famille et l'enfant lui-même dans 19 % des cas, l'entourage extra-familial dans 15 % des cas, des personnes anonymes dans 17 % des cas.

La détection de ces maltraitances par les « professionnels » intervient dans l'autre moitié des cas : 20 % par les services sociaux départementaux, 6 % par les autres services sociaux, 11 % par l'éducation nationale et 12 % par d'autres professionnels.

##### **2. Le traitement de ces informations**

D'après la même enquête, la moitié de ces informations parviennent à l'aide sociale à l'enfance (ASE) et donnent lieu à un signalement ou à une transmission judiciaire d'urgence.

Une information sur trois aboutit principalement à un accompagnement social et près de 10 % des informations sont classées sans suite.

### **3. Une sous-estimation et une mauvaise anticipation de la situation des enfants en danger**

Si le repérage des enfants en danger peut être considéré comme relativement satisfaisant, l'enquête de l'ODAS relève deux phénomènes inquiétants : de nombreux enfants en danger sont signalés chaque année alors qu'une première information antérieure avait conduit à écarter leur signalement.

L'étude constate également que de nombreux enfants signalés en danger l'avaient déjà été l'année précédente : une fois sur cinq, un dossier qui avait été classé sans suite a été rouvert dans l'année et conduit alors, dans le tiers des cas, à un signalement judiciaire.

L'Observatoire national de l'action sociale décentralisée s'inquiète ainsi « *du nombre élevé d'enfants qui, après avoir été repérés, n'ont pas fait l'objet de mesures de protection alors que, quelques mois plus tard, on découvre leur détresse* ».

Afin d'améliorer la détection et le suivi des enfants maltraités, il serait sans doute nécessaire de renforcer la liaison entre les services sociaux à l'enfance et les personnels de l'éducation nationale.

### **4. Les difficultés rencontrées par les professionnels de l'enfance pour dénoncer les cas de maltraitance**

Une réflexion a été récemment engagée par l'ODAS pour expliquer les raisons d'une telle sous-estimation des dangers auxquels sont confrontés les enfants concernés.

Cette sous-estimation résulte d'abord de la prudence des travailleurs sociaux qui, craignant de stigmatiser les familles en requérant de plus en plus fréquemment l'intervention d'un juge, ne signalent un enfant que lorsqu'ils sont pleinement convaincus des dangers encourus.

Il convient également de mentionner le traitement particulièrement lent des dossiers du fait de l'encombrement de la justice, les réticences des familles à accepter l'intervention de professionnels en leur sein et la logique de l'action sociale qui est de maintenir aussi longtemps que possible le lien de l'enfant avec sa famille.

Dans la pratique, rares sont les professionnels de l'enfance qui décident seuls de signaler un enfant en situation de maltraitance.

Les infirmières scolaires se renseignent ainsi d'abord le plus souvent auprès de l'équipe éducative, des conseillers principaux d'éducation, des assistantes sociales, voire des autorités judiciaires.

De même, les médecins de la protection maternelle et infantile s'efforcent de rencontrer les parents auteurs de maltraitance pour éviter des erreurs de diagnostic, et jouent un rôle de conseil auprès des médecins libéraux qui se sentent souvent isolés et craignent parfois de voir leur situation, voire leur sécurité personnelle, menacée en cas de signalement. Dans la réalité, lorsqu'ils ne sont pas transmis directement au parquet, la plus grande part des signalements sont transmis aux services de l'aide sociale à l'enfance du département qui doit réagir sans précipitation mais aussi saisir en temps utile le procureur de la République.

Quant aux assistantes sociales, si celles-ci n'ont pas vocation à empiéter sur les compétences des enquêteurs, elles répugnent en cas de doute à effectuer un signalement dommageable pour la dignité des familles et émettent souvent des critiques sur le temps de réaction de la machine judiciaire qui laisse les enfants en situation de danger.

En effet, lorsque le parquet des mineurs est saisi, le juge décide soit d'engager des poursuites pénales ou d'ordonner des mesures de protection, soit de confier une enquête plus approfondie à la brigade de protection des mineurs.

Plusieurs affaires récentes rapportées par la presse montrent que les inquiétudes exprimées par les professionnels de l'enfance, quant aux conséquences d'un signalement d'enfants maltraités à l'administration et à la justice, ne sont pas sans fondement.

Des médecins ont été ainsi sanctionnés par le conseil de l'ordre pour avoir rédigé des certificats médicaux signalant des cas de maltraitance ; certaines associations conseillent en effet à toute personne qui s'estimerait lésée par un certificat établi par un médecin de porter plainte auprès du conseil de l'ordre : actuellement, cinq médecins ont été condamnés par cette instance pour des certificats « tendancieux » rapportant des abus sexuels dans des procédures de divorce.

Afin de remédier à de telles situations, le secrétariat d'Etat à la santé avait annoncé en septembre dernier la mise à l'étude d'un dispositif de protection spécifique pour les travailleurs sociaux qui sont exposés à des sanctions et licenciements abusifs dans les affaires de mauvais traitements à enfant ; ceux-ci bénéficieraient du statut de travailleur protégé comme les responsables syndicaux. D'après le syndicat CGT-Santé, 40 travailleurs sociaux auraient été licenciés pour avoir brisé le mur du silence et 160 procédures seraient en cours.

Force est de constater que la tenue de la table ronde annoncée sur ce thème se fait attendre alors que les associations réclament l'ouverture d'un débat afin de « rassurer les professionnels ».

## **5. Un recours trop systématique au juge**

Il convient de rappeler que, depuis la loi de 1989, la France est le seul pays européen où existe une procédure systématique de signalement des enfants en danger à la justice alors que chez nos voisins l'autorité judiciaire n'intervient qu'après un échec constaté des équipes médico-sociales.

L'ODAS a ainsi constaté un recours de plus en plus fréquent à la justice pour les enfants en danger : le nombre de saisines judiciaires a augmenté de 20 % entre 1995 et 1996, passant de 36 000 à 42 000 et en 1997, 57 % des signalements ont fait l'objet d'une saisine du juge.

Cette évolution est particulièrement nette pour les enfants en situation de risque et le nombre de saisines judiciaires à ce titre s'aligne désormais sur celui des saisines pour actes de maltraitance.

On peut d'ailleurs légitimement se demander si ce développement de l'intervention du juge est conforme à l'esprit de la loi de 1989 qui privilégiait la protection administrative sur la protection judiciaire.

Si cette judiciarisation n'est pas propre à l'enfance en danger, l'intervention du juge en ce domaine apparaît lourde de conséquences pour les familles et source de lenteurs dans le règlement des dossiers.

Le recours systématique au juge présente surtout des difficultés dans les cas à risque où la maltraitance est seulement présumée.

Il est interprété par l'ODAS comme un certain repli du travail social qui s'explique par la trop lourde charge des services ou les multiples incitations à la prudence : ainsi les travailleurs sociaux ont-ils désormais pour consigne de transmettre à la justice toute affaire d'abus sexuel avéré ou présumé.

Ce renforcement de l'intervention judiciaire se retrouve aussi dans la prise en charge des enfants, l'augmentation du nombre global de placements constatée depuis 1992 découlant de décisions judiciaires, alors que les placements administratifs n'ont cessé de diminuer. L'ODAS se demande ainsi

si le recours systématique au juge ne marque pas un recul de l'efficacité du système de protection de l'enfance<sup>1</sup>.

## **6. Des signalements très inégaux et non exhaustifs**

Créé par la loi de 1989, le service national d'accueil téléphonique (SNATEM) précédemment évoqué a constitué une innovation importante pour améliorer le repérage des enfants maltraités.

Ce service reçoit en moyenne plus de 5 000 appels par jour et est en mesure d'en traiter 3 000, alors que le taux de traitement n'était que d'un appel sur six il y a deux ans.

Depuis 1992, le SNATEM a ainsi permis d'engager une action de prévention et de protection auprès d'environ 100 000 enfants, dont près de 32 000 en 1998 ; pour la même année, 43 % des situations de danger signalées n'étaient pas connues des services départementaux, ce qui témoigne de l'intérêt d'un tel système d'observation.

Cependant, le rapport de la commission d'enquête<sup>2</sup> de l'Assemblée nationale sur l'état des droits de l'enfant en France, publié en mai 1998, relève qu'en 1996 vingt départements environ n'avaient pas organisé le système d'observation des maltraitances prévu par la loi de 1989.

Dans son rapport pour 1998, l'ODAS souligne également les écarts très importants constatés entre les départements pour les signalements et explique ces disparités par la sensibilisation plus ou moins importante des professionnels et l'efficacité variable des systèmes de repérage.

---

<sup>1</sup> D'après une étude publiée par la direction des statistiques du ministère de l'emploi et de la solidarité (DREES), le nombre d'enfants ayant bénéficié d'une action éducative au titre de l'ASE a augmenté de plus de 27 % entre 1984 et 1998: 143.000 jeunes auraient bénéficié d'une mesure de placement en 1998 tandis que 129.000 étaient suivis par l'ASE dans le cadre d'une action éducative.

<sup>2</sup> *Droits de l'enfant, de nouveaux espaces à conquérir*, AN n° 871 (11<sup>e</sup> législature)

## **B. LES CARENCES DU SYSTÈME DE SANTÉ SCOLAIRE**

### **1. Le dispositif initial**

#### *a) Le principe d'examens réguliers*

L'ordonnance du 18 octobre 1945 a créé le service d'Etat d'hygiène scolaire et universitaire afin de protéger une population scolaire alors particulièrement exposée aux risques de maladies contagieuses, comme la tuberculose, et de malnutrition.

Les dispositions de cette ordonnance ont été insérées dans le code de la santé publique, notamment à l'article L. 191 qui dispose : « *au cours de leur sixième année, tous les enfants sont obligatoirement soumis à une visite médicale. Cette visite, à laquelle les parents ou tuteurs sont tenus, sur convocation administrative, de présenter les enfants, ne donne pas lieu à rétribution pécuniaire de la part de familles. Des examens périodiques sont ensuite effectués pendant tout le cours de la scolarité et la surveillance sanitaire des élèves est exercée avec le concours d'un service social.* »

La circulaire évoquée plus haut du 24 juin 1991 indique que l'examen obligatoire, au cours de la sixième année, doit être pratiqué en dernière année de maternelle ou, à défaut, en cours préparatoire et prévoit qu'un bilan de santé peut être organisé en classe de CM2 ou de sixième, lors de l'entrée au collège « *en fonction des besoins recensés* ».

Elle précise enfin qu'un bilan de santé s'impose dans le cadre de la procédure d'orientation à l'issue de la scolarité au collège.

Par ailleurs, l'article L. 149 du même code, intégré dans le titre relatif à la protection maternelle et infantile, vise tous les enfants de moins de six ans qui ne sont pas encore soumis à l'obligation de scolarité. Selon le 3<sup>e</sup> alinéa de cet article, le service départemental de PMI doit organiser « *des consultations et des actions de prévention médico-sociale en faveur des enfants de moins de six ans, notamment dans les écoles maternelles* » et transmet au service de santé scolaire les dossiers des enfants suivis.

#### *b) La réalité des examens médicaux effectués*

Dans la pratique, les examens périodiques prévus par les textes et confiés au service médical et infirmier de santé scolaire, sont loin de répondre aux objectifs recherchés.

Sur les quelque 2 millions de bilans de santé et d'examens médicaux réalisés chaque année, les chiffres de l'année scolaire 1996-1997 montrent que le premier bilan de santé effectué lors de la sixième année bénéficie à la quasi totalité des élèves (675 000 soit 95 %) alors que le bilan d'orientation prévu en fin de collège ne touche que 70 % des élèves (489 000).

Quant au bilan de santé prévu par la circulaire du 24 juin 1991, lors de l'entrée au collège, « en fonction des besoins recensés », celui-ci se trouve en fait peu appliqué et se trouve noyé dans les quelque 993 000 autres examens périodiques effectués à la demande des parents, des élèves, des personnels médico-sociaux, des enseignants ou des membres de la communauté éducative.

Dans le meilleur des cas, un élève soumis à l'obligation scolaire jusqu'à l'âge de 16 ans, rencontrera trois fois un médecin scolaire au cours de sa scolarité.

*c) Une organisation de la santé scolaire critiquée par les inspections générales...*

Dans un rapport<sup>1</sup> commun commandé par les ministres compétents, et publié en février 1999, l'inspection générale des affaires sociales et l'inspection générale de l'administration de l'éducation nationale brossent un tableau critique du dispositif actuel de santé scolaire.

Le rapport de l'IGAS et de l'IGAEN dénonce d'abord l'absence de vision d'ensemble du système et constate une inadéquation entre les moyens mis en œuvre et les besoins : « *beaucoup d'emplois d'infirmières sont implantés dans le second degré, notamment dans les lycées, au détriment des écoles et de la précocité du dépistage* ».

Il souligne également le manque de synergie entre les administrations de l'éducation nationale et de la santé, insiste sur la nécessité de définir le rôle de chacun des intervenants, médecins, infirmières et assistantes sociales et estime que le système manque d'efficacité « *car il n'est ni exhaustif, ni ciblé sur les élèves prioritaires, ni réellement évalué* ».

Le rapport des inspections constate qu'en primaire « *le suivi insuffisant des enfants en difficulté nourrit le risque d'exclusion ultérieur du système scolaire* » et préconise surtout de substituer aux bilans effectués entre 3 et 4 ans et au cours de la sixième année, un examen entre 4 et 5 ans, fait par les services de PMI ou le médecin traitant, susceptible de détecter les problèmes de l'enfant ; lors de l'inscription en cours préparatoire, le service

---

<sup>1</sup> *Rapport sur le dispositif médico-social en faveur des élèves - IGAEN - IGAS - février 1999.*

scolaire devrait vérifier que ces examens ont bien été effectués et que l'enfant est pris en charge pour les problèmes détectés.

Les inspections générales critiquent par ailleurs l'utilité du bilan d'orientation en fin de collège qui intervient alors que la plupart des élèves ont déjà choisi leur orientation, et proposent sa suppression afin de « *dégager du temps médical pour les examens à la demande* ».

Le rapport estime plus généralement que la vocation du système de santé scolaire n'est pas de se substituer au système de santé de droit commun, mais de donner aux jeunes les clés pour accéder aux structures de soins et juge que « *les bilans occultent une part importante du temps médical pour des résultats incertains* ».

*d) ... mais défendue par les médecins scolaires*

Réagissant vivement à ces propositions, les syndicats de médecins scolaires rappellent au contraire l'importance du bilan systématique de santé effectué lors de la sixième année, celui-ci permettant de privilégier, en présence des parents, les interventions précoces pour prévenir le risque d'inadaptation et d'échec scolaires.

Ils soulignent également l'intérêt du bilan d'orientation en fin de collège qui constitue un moment de dialogue avec les adolescents et qui permet notamment de poursuivre l'action préventive engagée contre des consommations nocives.

En réaction au rapport des inspections, l'intersyndicale des médecins scolaires s'inquiète d'un ajustement de leurs missions à des effectifs jugés très insuffisants : les syndicats rappellent en effet qu'un médecin scolaire est chargé en moyenne de plus de 6 000 élèves alors que les normes officielles sont d'un médecin pour 5 000 élèves et que les besoins véritables seraient d'un médecin pour 3 000.

## **2. Des moyens en personnels insuffisants**

Le tableau ci-après récapitule pour 1998 les moyens en personnel de la santé scolaire et du service social, qu'il s'agisse des médecins, des infirmières et des assistantes sociales.

	Titulaires	Vacataires (emplois à temps plein)	Total
Médecins	1 191	724	1 915

Infirmières	5 527	-	5 527
Assistantes sociales	2 553	-	2 553

Ces effectifs ne permettent d'assurer qu'un taux d'encadrement d'un médecin pour 6 450 élèves, d'une infirmière pour 2 240 élèves et d'une assistante sociale pour 2 370 élèves.

Les trois dernières lois de finances ont permis d'améliorer légèrement ce taux d'encadrement en créant 1 400 emplois de personnels médico-sociaux, ces créations étant ventilées ainsi qu'il suit :

- loi de finances pour 1998 : 600 emplois d'infirmières et d'assistantes sociales et 150 équivalents temps plein de médecins scolaires ;

- loi de finances pour 1999 : 185 emplois d'infirmières, 185 emplois d'assistantes sociales et 30 emplois de médecins, soit moins d'un médecin supplémentaire par académie ;

- loi de finances pour 2000 : 150 emplois de personnels médico-sociaux (10 médecins, 110 infirmières, 30 assistants de service social).

Force est de constater que l'effort engagé en 1998 tend à se réduire, notamment s'agissant des médecins scolaires.

*a) Le caractère sinistré de la médecine scolaire*

Depuis la prise en charge de la médecine scolaire par l'éducation nationale, intervenue en 1991, les moyens globaux en personnels médicaux titulaires, contractuels et vacataires ont progressé de 35 % et cette augmentation s'est traduite par une relative amélioration du taux moyen d'encadrement assuré par les médecins scolaires : celui-ci était d'un médecin pour 8 300 élèves en 1990 et même de un pour 11 000 en ne retenant que les seuls médecins titulaires.

En dépit de l'affectation de quelque 1 200 vacataires représentant aujourd'hui environ 800 « équivalents temps plein », soit 38 % des postes de médecins titulaires, l'objectif fixé en 1989 par le ministre de l'éducation –un médecin scolaire pour 5 000 élèves– est loin d'être atteint : selon les syndicats des médecins scolaires, la réalisation d'un tel objectif supposerait la création de 160 emplois par an pendant six ans.

Force est de constater que l'annonce, dans le budget 1999, de faire de la création de postes de médecins de l'éducation nationale une priorité est restée lettre morte.

A titre d'exemple, un médecin scolaire d'un département comme celui de la Seine-et-Marne peut être chargé d'un lycée professionnel, de trois collèges et de quelque 25 écoles primaires et maternelles : une telle charge apparaît déraisonnable alors que les médecins scolaires, outre les obligations légales qui leur incombent (bilans de santé, visites d'aptitude...) doivent assumer souvent en urgence les problèmes de maltraitance et la dégradation sanitaire globale d'une population fragile, négligeant ainsi leur mission de prévention.

Par ailleurs, le faible nombre de créations de postes est d'autant plus mal ressenti par les médecins scolaires qu'ils constatent parallèlement la création chaque année d'un nombre plus important d'emplois d'infirmières et d'assistantes sociales.

Ils s'inquiètent par ailleurs des projets annoncés par le gouvernement visant à créer des postes de médecins à temps partagé, généraliste et médecin scolaire : ils rejettent une telle formule qu'ils jugent inadaptée à l'école, leur rôle étant précisément d'établir un lien entre le milieu médical et le monde scolaire.

Ils se sentent en outre menacés par la concurrence des aides éducateurs qui ont été chargés, par le Comité français d'éducation pour la santé, de sensibiliser les jeunes en milieu scolaire à des campagnes de lutte, comme celle lancée contre le tabagisme au printemps 1999, ceux-ci empiétant sur leur rôle de prévention.

Afin de remédier à cette situation, le plan de relance pour la santé scolaire, annoncé en mars 1998, a prévu en matière de prévention une meilleure coordination entre la médecine scolaire et le réseau des centres de PMI, et devait permettre à des étudiants en médecine d'effectuer une partie de leurs stages pour renforcer les services de la médecine scolaire.

A cette occasion, la ministre déléguée à l'enseignement scolaire n'a pas écarté l'idée d'un partenariat entre établissements et médecine de ville : une expérience devait être engagée à ce titre à Evry en collaboration avec la fédération française des médecins généralistes, MG France, afin d'assurer un suivi médical régulier et gratuit d'adolescents signalés par les services de la médecine scolaire.

Le gouvernement semble en revanche avoir renoncé à favoriser l'entrée des médecins libéraux dans les écoles, les représentants des médecins scolaires y voyant là le risque d'implantation d'une « médecine au rabais » pour les élèves les plus défavorisés.

*b) Les infirmières scolaires*

Outre les contrôles médicaux, qui se limitent le plus souvent aux examens obligatoires, les infirmières scolaires participent à des actions de dépistage des troubles susceptibles de handicaper les élèves dans leurs acquisitions scolaires et effectuent à ce titre plus de 7 millions de dépistages par an dont les avis sont transmis à la famille ou au médecin scolaire.

Elles accueillent en outre plus de 11 millions d'élèves chaque année dans les infirmeries.

Elles ont également vocation à participer en liaison avec les équipes éducatives à des actions d'éducation à la santé et de prévention des conduites à risque, y compris à l'égard des situations de maltraitance.

Cependant, l'insuffisance chronique de leurs effectifs limite ces actions de prévention : les quelque 5 500 infirmières affectées dans les écoles et les établissements scolaires ne permettent en effet d'assurer qu'un taux d'encadrement d'une infirmière pour 2 240 élèves.

On est donc loin de l'objectif fixé en 1997, par le Parlement des enfants à l'Assemblée nationale, d' « une infirmière au moins par école ».

Par ailleurs, les infirmières scolaires devraient être spécifiquement formées à la détection des situations de maltraitance et auraient un rôle très important à jouer en ce domaine, notamment dans le premier degré.

Il convient de noter que les infirmières, comme les médecins scolaires, au collège et au lycée, seront chargées dans le cadre du dispositif spécial de prévention des grossesses précoces non désirées, en cas d'extrême urgence et de détresse caractérisée, de délivrer une contraception d'urgence : ces modalités viennent d'être précisées par le protocole national sur l'organisation des soins et des urgences dans les écoles et les EPLE qui a été publié au B.O. du 6 janvier 2000.

Enfin, 100 infirmières seront recrutées dans le cadre du plan de lutte contre les violences scolaires qui vient d'être annoncé par le gouvernement.

*c) Les assistantes de service social de l'éducation nationale*

Actuellement, environ 2 500 assistantes et conseillères techniques de service social exercent leur fonction dans les collèges et les lycées ; chacune d'entre elles a en charge en moyenne 2 300 élèves.

Ces assistantes sociales interviennent plus particulièrement dans les ZEP, dans les collèges comportant une section d'éducation spécialisée

(SEGPA), dans les lycées professionnels, dans les établissements régionaux d'enseignements adaptés (EREA) et dans les établissements qui comportent un internat.

Elles sont notamment chargées d'apporter une aide aux élèves en difficulté pour prévenir l'échec scolaire, de participer à la prévention et à la protection de l'enfance en danger : à ce dernier titre, elles assurent le suivi du repérage effectué par les membres de la communauté scolaire.

Au cours de l'année scolaire 1997-1998, elles ont ainsi signalé près de 4 500 enfants maltraités et environ 8 800 enfants en risque de danger afin qu'une aide soit apportée à l'enfant ou à sa famille. Elles participent également à l'intégration et à l'orientation des élèves inadaptés ou handicapés vers des structures spécifiques.

Les assistantes sociales jouent enfin un rôle de médiateur et de conseiller social auprès des élèves et des adultes de la communauté scolaire selon trois modalités :

- un accompagnement social personnalisé, notamment en cas de mauvais traitements, 40 % des élèves étant eux-mêmes à l'origine d'une telle demande ;

- des actions collectives de prévention et d'éducation, en particulier dans le cadre des comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté ;

- un partenariat avec les services sociaux du conseil général, les institutions départementales publiques ou privées, les structures d'accompagnement en matière éducative et de santé, d'orientation et d'intégration des élèves en grandes difficultés.

Le rôle des assistantes sociales dans le système éducatif est précisé dans la circulaire du 11 septembre 1991 qui définit leurs missions. A ce titre, elles ont été récemment sollicitées dans le cadre du plan de relance de la santé scolaire qui sera détaillé ci-après, des plans de lutte contre la violence ou du plan d'urgence en faveur de la Seine-Saint-Denis.

Comme il a été vu, elles ont bénéficié de la création de 300 postes supplémentaires en 1998, de 185 postes en 1999 et de 30 postes en 2000.

Ces créations bienvenues, mais en nombre décroissant, sont cependant loin de répondre au développement de la précarité des familles et des difficultés des élèves ; ces personnels s'inquiètent en outre, comme les médecins scolaires, du recrutement d'aides éducateurs non-qualifiés qui sont désormais chargés d'assurer des fonctions de médiation entre les familles et les établissements scolaires.

Par ailleurs, compte tenu d'une insuffisance chronique de leurs effectifs, ces assistantes sociales de l'éducation nationale sont affectées sur plusieurs établissements, parfois jusqu'à six collèges ou lycées.

Elles dénoncent en outre la pauvreté des moyens qui leur sont attribués (manque de bureaux, de lignes téléphoniques, d'équipement dactylographique pour les rapports transmis au procureur de la République, de mises à jour des textes législatifs, ...), qui ne leur permet pas d'assurer convenablement leur rôle de prévention.

La gestion des aides financières et notamment des fonds sociaux, ainsi que la prise en charge des enfants en danger, les demandes de placement, les problèmes d'absentéisme et de violences, les grossesses chez les adolescentes, occupent désormais l'essentiel de leur temps.

La détérioration des conditions de travail, la faiblesse de leur traitement et la pénibilité de leur travail expliquent que dans certaines académies difficiles, comme celle de la Seine-Saint-Denis, moins de la moitié des postes créés à la fin de 1997 ont été pourvus.

Une augmentation de leur nombre et une plus grande attractivité financière s'imposent à l'évidence pour cette fonction difficile et indispensable.

### **3. Le plan de relance de la santé scolaire**

Présenté par la ministre déléguée à l'enseignement scolaire, lors du conseil des ministres du 11 mars 1998, le plan de relance pour la santé scolaire comportait vingt mesures ordonnées autour de quatre priorités : le développement de l'éducation à la santé, le renforcement de la prévention, l'accès aux soins, des mesures en faveur des personnels.

#### *a) L'éducation à la santé*

Cet objectif devrait d'abord se traduire par la généralisation au collège d'un module d'éducation à la santé d'une durée de 20 heures.

Une telle formule a été expérimentée dans les trois académies de Lille, de Créteil et d'Aix-Marseille et devait être généralisée en fin de cycle au collège.

Parmi les autres mesures proposées, le plan prévoyait notamment un renforcement de l'action de prévention des abus sexuels, une sensibilisation de la communauté éducative aux droits de l'enfant et une action de prévention très « en amont » afin de responsabiliser les familles.

A l'évidence, ce volet éducation à la santé constituait un outil particulièrement adapté pour renforcer le rôle de l'école dans la prévention et la détection des faits de mauvais traitements à enfants, et répond aux objectifs recherchés par la proposition de loi.

Votre commission souhaiterait que la ministre déléguée puisse fournir au Sénat des précisions sur la mise en place du module d'éducation à la santé et sur les personnels qui ont été chargés de le développer (professeurs de biologie, d'éducation physique et sportive...).

*b) Le renforcement des actions de prévention*

Cette deuxième priorité consistait à renforcer le suivi médical des enfants entre la PMI, chargée d'établir le premier bilan médical et la médecine scolaire afin d'améliorer le dépistage des problèmes dès l'école maternelle.

La prévention devait par ailleurs être améliorée par une meilleure utilisation du bilan de santé effectué au cours de la sixième année et par la mise en place d'un bilan systématique de santé à l'issue de la scolarité primaire dans les ZEP.

Ce volet prévention prévoyait surtout la création de *comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté* dans les établissements qui étaient appelés à se substituer, après généralisation et élargissement de leurs compétences, aux comités d'environnement social existants.

Il convient à cet égard de mentionner que la loi du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions rappelle que les enseignants et l'ensemble des personnels des établissements scolaires ont un devoir d'aide aux élèves et de vigilance ; cette mission doit s'exercer par l'intermédiaire du comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté, qui est présidé par le chef d'établissement : sa mission est de « *renforcer sur le terrain les liens entre l'établissement d'enseignement, les parents les plus en difficulté et les autres acteurs de lutte contre l'exclusion* » et de prendre des initiatives « *d'amélioration des relations avec les familles, en particulier les plus démunies, de médiation sociale et culturelle et de prévention des conduites à risque et de la violence* ».

Compte tenu de la mission qui leur a été assignée, ces comités sont appelés à jouer un rôle prioritaire dans la prévention et la détection des enfants en danger ou en situation de maltraitance.

*c) Un meilleur accès aux soins*

Cet objectif passe par une amélioration du suivi médical des enfants tout au long de la scolarité primaire, en développant un contact direct avec les

familles, et suppose un renforcement du partenariat entre les DASS et les inspections académiques, ainsi qu'entre les services de santé scolaire, les services hospitaliers et les médecins généralistes.

*d) La formation des personnels*

Ce dernier volet du plan de relance prévoyait notamment :

- une offre de stages en milieu scolaire pour les étudiants de médecine générale de 3<sup>e</sup> cycle ;
- la redéfinition des missions des infirmières scolaires ;
- une formation initiale des enseignants en matière de santé, visant notamment à mieux appréhender le comportement des élèves ;
- une formation continue des personnels appelés à prendre en charge les activités complémentaires d'éducation à la santé ;
- une information et une formation des personnels en matière de prévention, de repérage et d'orientation des élèves vers des structures de prise en charge extérieure ;
- une amélioration des conditions de travail des personnels de santé tant en termes de locaux, de moyens de communication et d'informatisation des dossiers.

\*

\*       \*

A l'évidence, avec ce plan de relance de la santé scolaire, qui a été présenté il y a près de deux ans, l'éducation nationale dispose désormais de tous les outils pour développer son rôle dans la prévention et la détection des faits de mauvais traitements à enfants.

Face à la montée des nouvelles pauvretés, de la précarité au regard de l'emploi, de la désintégration de la famille, l'école a aujourd'hui une mission sociale qui dépasse de très loin son rôle traditionnel de transmission des savoirs, ce qui implique nécessairement un renforcement du système de santé scolaire et une forte augmentation du nombre de ses personnels médico-sociaux.

A cet égard, votre commission ne peut que constater que le nombre de créations d'emplois médico-sociaux intervenu depuis le lancement du plan de relance a été très inférieur aux besoins.

Elle souhaiterait donc que la ministre déléguée fournisse au Sénat un bilan précis de mise en œuvre de son plan de relance de la santé scolaire et précise ses intentions quant aux créations d'emplois envisagées pour les prochaines lois de finances, l'effort amorcé dans le budget de 1998 n'ayant pas été maintenu avec la même intensité au cours des deux exercices budgétaires suivants.

## **IV. LE CONTENU DE LA PROPOSITION DE LOI**

### **A. LE TEXTE INITIAL**

#### **1. Une initiative du Parlement des enfants de l'Assemblée nationale**

Depuis 1994, l'Assemblée nationale accueille chaque année 577 élèves représentants de classes de CM2 dans le cadre du « Parlement des enfants ».

Depuis 1996, les élèves examinent des textes qu'ils ont eux-mêmes élaborés et sélectionnent celui qui fera l'objet d'une présentation législative et sera susceptible de devenir une loi de la République ; comme il a été vu, trois lois de portée très inégale ont été adoptées depuis 1996 selon cette procédure inhabituelle.

La proposition de loi aujourd'hui soumise au Sénat résulte des travaux du sixième Parlement des enfants qui a retenu le texte rédigé par les élèves d'une classe de CM1-CM2 de l'école du Mesnil-sur-Oger, située dans le département de la Marne.

Ces élèves ont souligné, à partir de cas de maltraitance portés à leur connaissance, l'insuffisance d'information des enfants témoins ou victimes de ces actes, l'impossibilité de communiquer, l'existence de différentes formes de mauvais traitements qui ne sont pas toujours visibles, la nécessité de briser la loi du silence dans les écoles.

#### **2. Le texte proposé par le Parlement des enfants**

Dans sa version initiale, le texte adopté par les élèves comportait deux mesures applicables à l'école et destinées à compléter les dispositions existantes en matière de prévention des mauvais traitements aux enfants.

La première tendait à instaurer une visite médicale annuelle obligatoire pendant toute la durée de la scolarité<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Il convient de rappeler que le Sénat, lors de l'examen du projet de loi de lutte contre les exclusions, avait adopté sur la proposition de sa commission des affaires sociales, un amendement prévoyant une visite médicale annuelle pour les élèves des écoles, collèges et lycées « dans les zones où le recours aux soins est insuffisant ».

La seconde visait à organiser chaque année dans les écoles, collèges et lycées, une séance d'information et de sensibilisation sur l'enfance maltraitée.

M. Charles-Amédée de Courson, député de la 5<sup>e</sup> circonscription de la Marne, où se trouve la commune du Mesnil-sur-Oger, a prolongé cette initiative, le 8 septembre 1999, en déposant en bonne et due forme une proposition de loi n° 1797 reprenant le dispositif adopté par ses jeunes collègues : dans son exposé des motifs, il a souhaité « *que la réflexion entamée par les enfants soit poursuivie et approfondie au sein de notre Assemblée, afin que notre droit puisse progresser sur une question dont nul ne peut sous-estimer la gravité* ».

## **B. LES MODIFICATIONS APPORTÉES PAR L'ASSEMBLÉE NATIONALE**

### **1. Les modifications proposées par le rapporteur et retenues par la commission**

Tout en soulignant l'intérêt de généraliser une pratique déjà existante, c'est-à-dire l'organisation d'une séance annuelle d'information et de sensibilisation consacrée à l'enfance maltraitée, M. de Courson, rapporteur de la proposition de loi, a souhaité que plusieurs réunions de ce type puissent être organisées et que celles-ci soient ouvertes non seulement aux familles mais aussi aux représentants des services publics de l'Etat, des collectivités et des associations intéressées à la protection de l'enfance.

Il a en revanche considéré que le principe d'une visite médicale annuelle, destinée à renforcer la politique de lutte contre la maltraitance, était irréaliste : une telle périodicité ne permettrait, selon lui, de déceler ni les abus sexuels, ni les maltraitements psychiques et son efficacité serait même douteuse pour détecter les violences physiques.

Elle conduirait surtout à multiplier par sept le nombre des médecins scolaires...

Suivant les suggestions de son rapporteur, la commission a modifié en conséquence le texte initial de la proposition de loi.

## 2. Le texte adopté par l'Assemblée nationale

Sous réserve de quelques modifications, l'Assemblée nationale a adopté le texte proposé par sa commission, celui-ci étant désormais rédigé comme suit :

• **L'article premier** tend à insérer après le titre II du Livre II du code de la santé publique un titre II bis intitulé « Prévention et détection des faits de mauvais traitements à enfants » qui est constitué de trois articles :

- l'*article L. 198-1* précise que les visites médicales prévues à l'article L. 149 pour les enfants de moins de six ans, et à l'article L. 191 (au cours de la sixième année) ont notamment pour objet de prévenir et de détecter les cas d'enfants maltraités ;

- pour l'*article L. 198-2*, l'Assemblée nationale a renforcé la portée de l'obligation d'organiser au moins une fois par an une séance d'information et de sensibilisation sur l'enfance maltraitée, en précisant que cette, ou ces séances, devaient être inscrites dans l'emploi du temps des élèves, organisées à l'initiative du chef d'établissement et devaient associer l'ensemble des personnels de l'équipe éducative ;

- l'*article L. 198-3* stipule qu'un décret fixera les conditions d'application du nouveau titre II bis.

• **L'article 2** qui était destiné à gager la dépense supplémentaire résultant de l'organisation d'une visite médicale annuelle a été supprimé par l'Assemblée nationale : il était en effet devenu sans objet du fait du maintien du dispositif existant.

• **Le titre de la proposition de loi** a été enfin modifié par l'Assemblée nationale pour tenir compte du dispositif et vise désormais « à renforcer le rôle de l'école dans la prévention et la détection des faits de mauvais traitements à enfants » au lieu d'« améliorer la détection d'enfants maltraités ».

### C. LES OBSERVATIONS DE VOTRE COMMISSION

Tout au long des développements qui précèdent, votre commission s'est efforcée de rappeler que l'éducation nationale dispose déjà de tous les textes législatifs et réglementaires pour mettre en œuvre une politique plus efficace de prévention et de détection des faits de mauvais traitements à enfants.

Elle a également souligné les graves insuffisances du système de santé scolaire, tant en terme d'effectifs que d'organisation et qui ne permet plus de répondre aux besoins d'encadrement et de contrôle sanitaire d'une population scolaire de plus en plus fragilisée, notamment en raison de la désagrégation de la cellule familiale.

En dépit de la portée normative pour le moins incertaine du texte proposé, mais compte tenu de son objet et du message généreux qui est adressé au Parlement par ses jeunes rédacteurs, votre commission considère qu'il lui est difficile de ne pas retenir le texte de la proposition.

Elle considère qu'un tel texte est susceptible d'avoir une certaine valeur pédagogique pour les élèves et les professionnels en charge de l'enfance maltraitée.

Votre commission subordonnera cependant son vote à un engagement de la ministre déléguée à l'enseignement scolaire de mener une réflexion approfondie sur la nécessaire réorganisation du système de santé scolaire qui n'a été qu'esquissée par le plan de relance de mars 1998 et qui pourrait notamment s'inspirer des conclusions du rapport des inspections générales publié en février 1999.

Il conviendrait enfin que la ministre s'engage à accélérer l'effort de recrutement des personnels médico-sociaux lors des prochaines lois de finances.

\*

\*       \*

## EXAMEN EN COMMISSION

Au cours d'une réunion tenue dans la matinée du 2 février 2000 sous la présidence de M. Adrien Gouteyron, la commission a procédé à l'examen du rapport de **M. Jean-Léonce Dupont** sur la proposition de loi n° 125 (1999-2000), adoptée par l'Assemblée nationale, visant à renforcer le rôle de l'école dans la **prévention et la détection des faits de mauvais traitement à enfants**.

Un débat a suivi l'exposé du rapporteur.

**M. Adrien Gouteyron, président**, a remercié le rapporteur pour l'intérêt de son exposé qui a permis de faire le point sur un sujet délicat et douloureux.

Après avoir indiqué qu'il suivrait les conclusions du rapporteur, **M. Philippe Richert** a constaté que la commission était une nouvelle fois saisie d'une proposition qui n'avait que peu à voir avec un texte législatif ; il a fait observer que la ministre déléguée à l'enseignement scolaire n'avait toujours pas informé le Sénat des mesures d'application qu'elle avait annoncées lors de l'examen de la proposition de loi visant à inciter au respect des droits de l'enfant dans le monde, notamment lors de l'achat des fournitures scolaires, qui émanait également du Parlement des enfants. Il a estimé qu'il conviendrait peut être de suggérer à l'Assemblée nationale de retenir parmi ces propositions des textes relevant de manière indiscutable du domaine législatif, et non d'une simple circulaire.

**M. Xavier Darcos** s'est interrogé sur l'utilité d'une proposition de loi qui se borne à affirmer des principes virtuels sans fournir les moyens correspondants.

Constatant que la violence était désormais « sectorisée », l'école devant évidemment prendre sa part dans la prévention du phénomène, il a estimé que le problème de la maltraitance infantile était général et ne saurait relever à titre principal de l'éducation nationale, compte tenu notamment des insuffisances du système de santé scolaire.

Il a ensuite souligné l'inefficacité des contrôles exercés par la médecine scolaire et rappelé les nombreux plans annonçant depuis trente ans une augmentation du nombre

des personnels médico-sociaux, alors que des formules de redéploiement des moyens et d'appel aux départements et aux régions n'ont pas été explorées.

Il a enfin considéré que la proposition de loi posait le problème de la mission de l'école à l'égard de la violence : si l'éducation nationale a un rôle à jouer en ce domaine pour protéger les élèves, développer la citoyenneté et détecter les cas de maltraitance, force est de constater que ces questions relèvent de dispositions réglementaires existantes.

**M. André Maman** a jugé que le texte proposé était très décevant et ne prévoyait aucun moyen nouveau pour prévenir les maltraitances.

Rappelant les carences énormes du système de santé scolaire et dénonçant une certaine loi du silence qui règne notamment chez les personnels de direction et les enseignants, il a estimé que le Sénat devait réclamer la mise en place de mesures efficaces sauf à se rendre complice de la situation actuelle.

**Mme Hélène Luc** a souligné l'opportunité du texte proposé par le Parlement des enfants, compte tenu notamment de la difficulté pour les élèves de dénoncer les actes de maltraitance mais a exprimé sa déception quant au contenu de la proposition de loi.

Elle a ainsi souhaité que le principe de l'organisation d'une visite médicale annuelle tout au long de la scolarité obligatoire soit rétabli, afin d'améliorer la détection des maltraitances et a estimé que la mise en place d'une seule séance d'information et de sensibilisation par an était insuffisante. Elle a constaté que les infirmières scolaires étaient trop peu nombreuses pour répondre aux besoins, même si des progrès ont pu être enregistrés au cours des années récentes et a noté que le taux d'encadrement des élèves par les médecins scolaires était très variable selon les départements.

**M. Jean-Luc Miraux** a également insisté sur le caractère décevant du texte proposé, qui relève plus de la circulaire que de la loi, et a estimé qu'il convenait d'ouvrir une brèche dans le mur du silence qui entoure les actes de maltraitance, qu'il s'agisse des proches de l'enfant maltraité ou des personnels enseignants et médico-sociaux de l'éducation nationale. Constatant que ces personnels peuvent être sanctionnés ou être l'objet de représailles en cas de signalement de maltraitances présumées, il a suggéré qu'une cellule soit mise en place pour apporter des conseils aux professionnels qui ont des doutes sur la réalité de ces actes et qui hésitent à les signaler.

**M. Albert Vecten** a lui aussi déploré le caractère peu ambitieux de ce texte et, s'appuyant sur son expérience d'élus, a fait état de la responsabilité qui pèse sur les présidents de conseil général lorsque ceux-ci ont connaissance de maltraitances présumées, qui peuvent faire l'objet d'avis divergents de la part des médecins, et d'une réponse tardive du procureur de la République.

Il a par ailleurs estimé que l'école ne pouvait à elle seule assumer la détection des mauvais traitements et que ce problème global devait être envisagé dans un cadre général d'actions de prévention et d'une politique de la famille.

Il a cependant noté que la plupart des enseignants ayant connaissance de maltraitances présumées n'hésitaient pas à en informer le maire ou la gendarmerie.

**M. Jean-François Picheral** a fait observer que les projets successifs de réforme de la santé scolaire annoncés depuis vingt ans étaient restés lettre morte et qu'il était désormais urgent d'étudier d'autres solutions permettant de renforcer le dispositif, notamment dans le cadre de la décentralisation, un bilan du système actuel devant au préalable être établi.

**M. Jacques Donnay** a souhaité que les élèves maltraités ou ayant des problèmes de santé disposent d'un interlocuteur au sein de l'école, les infirmières scolaires ayant vocation à jouer ce rôle d'écoute et de conseil, pour peu que leurs effectifs leur permettent d'assurer une véritable présence dans l'ensemble des écoles et des établissements.

Répondant à ces interventions, **M. Jean-Léonce Dupont, rapporteur**, a notamment apporté les précisions suivantes :

- il serait en effet souhaitable à l'avenir que les propositions issues des travaux du Parlement des enfants et retenues par l'Assemblée nationale relèvent véritablement du domaine de la loi ;

- l'annonce d'un projet de réforme du système de santé scolaire par le gouvernement constituerait un préalable à la formulation de propositions qui pourraient en effet renforcer le rôle des départements et des régions en ce domaine ;

- la mise en place d'un numéro vert autorisant le signalement des cas de maltraitance présumée permet de préserver l'anonymat des informateurs et de leur éviter des risques de représailles ;

- le vote du Sénat sur la proposition devrait être subordonné à l'engagement de la ministre déléguée de lancer une réflexion approfondie sur la réforme du système de santé scolaire et d'accélérer l'effort de recrutement des personnels médico-sociaux ;

- une visite médicale annuelle pendant toute la durée de la scolarité obligatoire aurait pu être envisagée dans des zones où le recours aux soins est insuffisant.

**M. Philippe Richert** a estimé qu'il ne convenait pas d'établir une distinction entre les zones d'éducation, les phénomènes de maltraitance pouvant être constatés partout et dans tous les milieux, et qu'il n'appartenait pas au législateur de préciser le nombre de visites médicales auxquelles sont soumis les élèves.

**M. Adrien Gouteyron, président**, a jugé indispensable que la ministre déléguée fasse connaître ses propositions qui devraient aller au-delà des seules créations de postes et traduire une nouvelle politique de la santé scolaire.

**Mme Hélène Luc** a souhaité que la ministre fournisse au Sénat un bilan du système actuel de santé scolaire, précise son plan de réforme et indique les étapes de sa réalisation.

**M. André Maman** a fait observer que le recours à de jeunes médecins permettrait de renforcer le système de santé scolaire.

Sous réserve de ces observations, **la commission a adopté sans modification l'article unique de la proposition de loi.**

## **TABLEAU COMPARATIF**

## I. TABLEAU COMPARATIF

Textes cités en référence	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<b>Code de la santé publique</b>	<b>Proposition de loi visant à renforcer le rôle de l'école dans la prévention et la détection des faits de mauvais traitements à enfants</b>	<b>Proposition de loi visant à renforcer le rôle de l'école dans la prévention et la détection des faits de mauvais traitements à enfants</b>
CHAPITRE II <b>Organisation et missions du service départemental de la protection maternelle et infantile</b>	Article premier  Après le titre II du livre II du code de la santé publique, il est inséré un titre II <i>bis</i> ainsi rédigé :  <i>« TITRE II BIS « PRÉVENTION ET DÉTECTION DES FAITS DE MAUVAIS TRAITEMENTS À ENFANTS</i>	Article premier  Sans modification
Art. L. 149. - Le service doit organiser : ..... ... 2° Des consultations et des actions de prévention médico-sociale en faveur des enfants de moins de six ans, notamment dans les écoles maternelles ; ..... ...	<i>« Art. L. 198-I. - Les visites médicales effectuées en application du troisième alinéa (2°) de l'article L. 149 et du deuxième alinéa de l'article L. 191 ont notamment pour objet de prévenir et de détecter les cas d'enfants maltraités.</i>	

**Textes cités en référence**

—

**TITRE II**

**Santé scolaire et universitaire**

Art. 191. - Au cours de leur sixième année, tous les enfants sont obligatoirement soumis à une visite médicale. Cette visite, à laquelle les parents ou tuteurs sont tenus, sur convocation administrative, de présenter les enfants, ne donne pas lieu à contribution pécuniaire de la part des familles.

Des examens périodiques sont ensuite effectués pendant tout le cours de la scolarité et la surveillance sanitaire des élèves est exercée avec le concours d'un service social.

.....  
...

**Texte adopté  
par l'Assemblée nationale**

—

« *Art. L. 198-2.* - Au moins une séance annuelle d'information et de sensibilisation sur l'enfance maltraitée 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'Etat, les collectivités locales et les associations intéressées à la protection de l'enfance.

« *Art. L. 198-3.* - Un décret fixe les conditions d'application du présent titre. »

Art. 2

**Supprimé**

**Propositions de la Commission**

—

Art. 2

**Suppression maintenue**

**Textes cités en référence**

—

**Texte adopté  
par l'Assemblée nationale**

—

**Propositions de la Commission**

—