

Paris, le 22 décembre 2017

Décision du Défenseur des droits n° 2017-338

Le Défenseur des droits,

Vu l'article 71-1 de la Constitution du 4 octobre 1958 ;

Vu la loi organique n° 2011-333 du 29 mars 2011 relative au Défenseur des droits ;

Vu le décret n° 2011-904 du 29 juillet 2011 relatif à la procédure applicable devant le Défenseur des droits ;

Vu la Constitution ;

Vu la Convention internationale relative aux droits de l'enfant ;

Vu la Convention relative aux droits des personnes handicapées ;

Vu la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales ;

Vu la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne ;

Vu le code civil ;

Vu le code de la santé publique ;

Vu le code de l'action sociale et des familles ;

Vu le code de la sécurité sociale ;

Vu le code de l'éducation ;

Vu la loi n° 2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance ;

Vu la loi n° 2016-297 du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant ;

Vu la décision de saisine d'office du Défenseur des droits n° MDE 2014-064 du 20 mars 2014 ;

Après s'être saisi d'office de la situation des enfants A, B, C, D, à la suite de leur placement en urgence et placement en détention de leurs parents, afin d'analyser les raisons pour lesquelles la situation de danger de ces enfants n'a été repérée par les différents services ;

Après consultation du Collège compétent en matière de défense et de promotion des droits de l'enfant ;

Décide d'adresser les recommandations suivantes à l'hôpital Y, au Conseil départemental, à la Caisse d'allocations familiales et à la Mairie, et leur demande de rendre compte des suites données dans un délai de trois mois à compter de la date de notification de la présente décision.

Le Défenseur des droits adresse la présente décision pour information à Madame la Ministre des Solidarités et de la Santé, Monsieur le Ministre de l'éducation nationale, Madame la Secrétaire d'Etat aux Personnes Handicapées et Monsieur l'Inspecteur d'académie – directeur académique des services de l'Éducation nationale.

Jacques TOUBON

Recommandations au titre de l'article 25 de la loi organique n°2011-33 du 29 mars 2011

❖ Récapitulatif des faits

1. En mars 2014, le Défenseur des droits a pris connaissance par voie de presse de la situation de quatre frères et sœur, A, B, C, D, alors âgés de 6 ans, 5 ans, 2 ans et 2 mois, résidant au domicile de leurs parents, Monsieur et Madame X.
2. Il apparaissait que ces quatre enfants vivaient reclus dans l'appartement familial et n'avaient eu que peu de contacts avec l'extérieur depuis leur naissance. Il était fait état de négligences graves de la part des parents ayant entraîné pour les enfants des difficultés à marcher ainsi que des retards du langage, et des retards émotionnels et intellectuels. Aucun des enfants en âge d'être scolarisés ne l'était, ils ne bénéficiaient pas de suivi médical et n'avaient jamais été suivis par les services de l'aide sociale à l'enfance (ASE). Par ailleurs, il ressortait de la lecture des articles de presse que deux des enfants souffraient de troubles autistiques majeurs.
3. Les éléments obtenus dans le cadre de l'instruction précisée ci-dessous, ont montré que c'était à l'occasion de la naissance du quatrième enfant du couple que les services de l'hôpital Y s'étaient inquiétés de la situation familiale. La mère a accouché de D le 2 janvier 2014. Le 8 janvier 2014, le pédopsychiatre, responsable de l'unité de psychopathologie périnatale de l'hôpital Y, a appelé la protection maternelle et infantile (PMI) pour signaler la situation de sa patiente qui n'avait bénéficié d'aucun suivi de grossesse et présentait des troubles de la relation mère-enfant. Interrogé, Monsieur X a alors indiqué que ses deux aînés étaient au domicile, ne marchaient pas, ne parlaient pas et n'étaient pas scolarisés. Le 10 janvier 2014, le père s'est présenté à la PMI en présence de l'aîné, A. Après avoir procédé à un examen médical de l'enfant, et dans la mesure où le père avait indiqué qu'Ibrahim présentait les mêmes symptômes que son frère aîné, le docteur de la PMI, en accord avec le père, a décidé d'hospitaliser les enfants. Le 13 janvier 2014, le père s'est présenté à nouveau à la PMI avec D et a montré les carnets de santé de ses aînés qui ne présentaient aucun cachet de médecin, ni de référence de vaccination. Le docteur de la PMI a alors contacté le responsable de circonscription de l'ASE du territoire. Le 14 janvier 2014, la cellule de recueil des informations préoccupantes (CRIP) du conseil départemental a reçu de la PMI une information préoccupante concernant la famille. La circonscription de service social a été informée du fait que la CRIP avait reçu deux informations préoccupantes, celle de la PMI ainsi qu'une du service social hospitalier dans lequel les enfants ont été pris en charge après la naissance de D.
4. Le 15 janvier 2014, Monsieur X a été reçu par le responsable du service de circonscription de l'ASE du territoire et le docteur de la PMI. Le lendemain, l'ensemble de la famille a été reçu par le docteur de l'hôpital dans lequel était hospitalisés les deux aînés, qui a également examiné C et D.
5. Le 17 janvier 2014, le docteur de la PMI s'est rendu au domicile des grands-parents paternels résidant dans le même quartier que Monsieur et Madame X. Elle les y a tous rencontrés, Monsieur X ayant refusé catégoriquement une visite à son domicile sous divers motifs.
6. Le 23 janvier 2014, une réunion pluri-professionnelle a été organisée au sein des locaux de l'ASE. Il a alors été décidé de proposer une évaluation de quatre mois par une technicienne d'intervention sociale et familiale (TISF) au domicile des grands-parents, les enfants semblant alors y résider régulièrement.

7. Le 24 janvier 2014, le docteur de la PMI et le responsable du service de circonscription de l'ASE du territoire ont reçu les parents dans les locaux de la circonscription de l'ASE avec l'aide d'un service de traduction, la mère des enfants, de nationalité indienne, comprenant mal le français.
8. Le 30 janvier 2014, la puéricultrice directrice du centre PMI a effectué une visite au domicile des grands-parents paternels, accompagnée d'une TISF.
9. Après avoir reçu un rapport complémentaire du service pédiatrique de l'hôpital dans lequel les enfants sont hospitalisés, la CRIP a adressé le 31 janvier 2014 un signalement au procureur de la République, sollicitant le placement provisoire des enfants ainsi qu'une enquête de police. Le jour même, les deux aînés étaient placés en urgence.
10. Le 4 février 2014, C et D ont été vus par le médecin de la PMI et le même jour, le père a contacté l'association d'aide à domicile pour annuler l'intervention de la TISF. Trois jours plus tard, le placement provisoire de C et D a été ordonné. Les parents ont par la suite été mis en examen pour privation de soins par ascendant et placés en détention provisoire. Le juge des enfants a maintenu le placement des quatre enfants qui sont toujours confiés actuellement à l'aide sociale à l'enfance, jusqu'au 30 août 2018.

❖ **L'instruction menée par le Défenseur des droits**

11. Le 20 mars 2014, le Défenseur des droits a décidé de se saisir d'office de la situation de A, B, C et D.
12. Le 7 avril 2014, il obtenait de la juge d'instruction, l'autorisation d'instruire cette situation et le 23 avril 2014, il recevait du juge des enfants la copie de l'intégralité du dossier d'assistance éducative concernant les quatre enfants.
13. Le 12 mai 2014, le Défenseur des droits a envoyé un courrier à chacun des parents pour les informer qu'il instruisait la situation de leurs enfants.
14. Entre le 4 novembre 2014 et le 5 février 2016, le Défenseur des droits a échangé avec les services du conseil départemental, de la direction académique de l'Education nationale, de la caisse d'allocations familiales, de la mairie, de la circonscription d'action sociale qui avait accompagné la famille, de la PMI et la direction de l'hôpital Y pour obtenir leurs observations sur la situation et les éléments utiles à la compréhension des événements.
15. Le 16 février 2016, Madame Z, assistante sociale au sein de la circonscription sociale de secteur précitée, a été entendue dans les locaux du Défenseur des droits. Elle était accompagnée de l'adjointe de la circonscription et du secrétaire général d'un syndicat du conseil départemental.
16. Une note récapitulant l'ensemble des éléments a été envoyée le 20 juin 2017 au président du conseil départemental, au maire, à la directrice générale de l'hôpital Y, à la directrice de la Protection maternelle infantile, au directeur général de la Caisse d'allocations familiales, ainsi qu'à la responsable de circonscription d'action sociale, sollicitant une réponse au plus tard le 20 juillet 2017.

❖ **Sur le cadre juridique**

17. Le droit international comme le droit interne garantissent la protection de l'enfant.
18. L'article 3-1 de la Convention relative aux droits de l'enfant (CIDE) prévoit que « *dans toutes les décisions qui concernent les enfants, qu'elles soient le fait d'institutions publiques ou*

privées de protection sociale, des tribunaux, des autorités administratives ou organismes législatifs, l'intérêt de l'enfant doit être une considération primordiale » et son alinéa 2 que « les Etats parties s'engagent à assurer à l'enfant la protection et les soins nécessaires à son bien-être ».

19. La Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne énonce dans son article 24, alinéa 2 que « *dans tous les actes relatifs aux enfants, qu'ils soient accomplis par des autorités publiques ou des institutions privées, l'intérêt supérieur de l'enfant doit être une considération primordiale* ».
20. La Convention relative aux droits de l'enfant de 1989 reconnaît à l'article 6 un droit inhérent à la vie, lequel engendre pour les Etats parties d'assurer « *la survie et le développement de l'enfant* » (article 6 alinéa 2). L'article 19 garantit le droit de l'enfant à être protégé « *contre toute forme de violence, d'atteinte ou de brutalités physiques ou mentales, d'abandon ou de négligence [...]* ». A l'article 23 elle précise que les enfants mentalement ou physiquement handicapés doivent mener une vie pleine et décente, bénéficier de soins spéciaux. Elle consacre également le droit de l'enfant de jouir du meilleur état de santé possible et un accès au soin (article 24 alinéa 1). Enfin, elle prévoit le droit de tout enfant à un niveau de vie suffisant pour permettre son développement physique, mental, spirituel et social (article 27). La Convention érige des obligations pour les Etats, afin de permettre la protection de chacun de ces droits consacrés.
21. Pour le Comité des droits de l'enfant de l'ONU, « *non seulement le droit de l'enfant à la santé est important en soi mais la réalisation du droit à la santé est également indispensable à la jouissance de tous les autres droits garantis par la Convention. En outre, la réalisation du droit de l'enfant à la santé est subordonnée à la réalisation de tous les autres droits consacrés par la Convention*¹ ». Dans son rapport annuel consacré aux droits de l'enfant publié le 20 novembre 2017, le Défenseur des droits a rappelé que « *le droit à la santé illustre ainsi parfaitement les principes d'indissociabilité et d'interdépendance des droits reconnus par la CIDE, eux-mêmes interdépendants des besoins fondamentaux des enfants, de leur développement et de leur bien-être*² ».
22. Dans ses observations générales n°13³, relatives au droit de l'enfant à être protégé contre toutes les formes de danger, le Comité des droits de l'enfant définit la négligence comme « *le fait de ne pas répondre aux besoins physiques ou psychologiques de l'enfant, de ne pas le protéger contre le danger ou de ne pas obtenir pour lui des services médicaux* » et envisage plusieurs formes de négligence : « *a. La négligence physique [comme] le fait de ne pas répondre aux besoins essentiels de l'enfant en lui fournissant de la nourriture, un hébergement, des vêtements et des soins de santé de base. [...] c. Le fait de négliger la santé physique ou mentale de l'enfant : le fait de ne pas lui fournir les soins médicaux nécessaires* ».
23. En droit interne, l'article L112-4 du code de l'action sociale et des familles (CASF) dispose 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* ». D'après l'article L112-3 du même code, dans sa version en

¹ Comité des droits de l'enfant de l'ONU, Observation générale n°15 sur le droit de l'enfant de jouir du meilleur état de santé possible, CRC/C/GC/15, 17 avril 2013, p. 4.

² Rapport annuel du Défenseur des droits consacré aux droits de l'enfant – 20 novembre 2017

³ Comité des droits de l'enfant de l'ONU, Observation générale n°13 sur le droit de l'enfant d'être protégé contre toutes les formes de violence, CRC/C/GC/13, 19 avril 2011.

vigueur avant l'adoption de la loi n°2016-297 du 14 mars 2016, « *la protection de l'enfance a pour but de prévenir les difficultés auxquelles les parents peuvent être confrontés dans l'exercice de leurs responsabilités éducatives, d'accompagner les familles et d'assurer, le cas échéant, selon des modalités adaptées à leurs besoins, une prise en charge partielle ou totale des mineurs* ».

24. Le code civil organise l'autorité parentale et l'assistance éducative en cas de situation de danger pour l'enfant.⁴
25. L'article L221-1 du CASF définit les missions du service de l'aide sociale à l'enfance et l'article L226-1 énumère les différents acteurs qui concourent à ces missions⁵. La loi n°2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance portant diverses dispositions et notamment celles concernant la création, au sein de chaque conseil départemental, d'une Cellule enfance en danger précise ce qui relève du secret professionnel et du secret partagé entre professionnels⁶. Si à l'époque des faits, il n'existait pas de définition juridique de ce qu'était une information préoccupante, il était communément admis que cette notion renvoyait aux critères fixés à l'article 375 du code civil, notion qui a, par la suite, été entérinée dans un décret du 7 novembre 2013 organisant la transmission d'informations entre départements.
26. Lorsque le président du conseil départemental identifie la situation de danger dans laquelle se trouve un mineur, il « avise sans délai le procureur de la République aux fins de saisine du juge des enfants »⁷.
27. Si l'article L226-3 CASF prévoyait un protocole pour la centralisation du recueil des informations préoccupantes au sein de la cellule départementale de recueil, de traitement et d'évaluation de ces informations, la loi n°2016-297 du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfance, prévoit à son article 2 l'élaboration d'un protocole par le président du conseil départemental « *avec les différents responsables institutionnels et associatifs amenés à mettre en place des actions de prévention en direction de l'enfant et de sa famille, notamment avec les caisses d'allocations familiales, les services de l'Etat et les communes [et] définit les modalités de mobilisation et de coordination de ces responsables autour de priorités partagées pour soutenir le développement des enfants et prévenir les*

⁴ En application de l'article 371-1 du code civil, l'autorité parentale « *appartient aux parents jusqu'à la majorité ou l'émancipation de l'enfant pour le protéger dans sa sécurité, sa santé et sa moralité, pour assurer son éducation et permettre son développement, dans le respect dû à sa personne* ». L'article 375 du même code ajoute que « *Si la santé, la sécurité ou la moralité d'un mineur non émancipé sont en danger, ou si les conditions de son éducation ou de son développement physique, affectif, intellectuel et social sont gravement compromises, des mesures d'assistance éducative peuvent être ordonnées par justice à la requête des père et mère conjointement, ou de l'un d'eux, de la personne ou du service à qui l'enfant a été confié ou du tuteur, du mineur lui-même ou du ministère public. Dans les cas où le ministère public a été avisé par le président du conseil départemental, il s'assure que la situation du mineur entre dans le champ d'application de l'article L226-4 du code de l'action sociale et des familles. Le juge peut se saisir d'office à titre exceptionnel* ».

⁵ Article L226-1 CASF « *Les missions définies au 5° de l'article L221-1 sont menées par le service de l'aide sociale à l'enfance, en liaison avec le service départemental de protection maternelle et infantile mentionné à l'article L2112-1 du code de la santé publique, et le service départemental d'action sociale mentionné à l'article L123-2 du présent code ainsi qu'avec les autres services publics compétents* ».

⁶ Articles L226-2-1 et L226-3 CASF

⁷ Article L226-4 CASF

difficultés auxquelles les parents peuvent être confrontés dans l'exercice de leurs responsabilités éducatives⁸».

❖ **Analyse**

A l'issue de son instruction, le Défenseur des droits a identifié un certain nombre de défaillances des services dans le suivi de la famille X, qui ont obéré le repérage des difficultés rencontrées par les enfants. Au vu de ce constat, il conclut, d'une part, que les institutions et acteurs concourant à la protection de l'enfance doivent mieux répondre à leurs obligations légales en s'appropriant et déployant les outils existants, et, d'autre part, qu'ils ont besoin d'être soutenus et accompagnés pour y parvenir. Ainsi, il décide de formuler des recommandations aux différents acteurs impliqués dans la situation de la famille X, et au-delà, afin de tirer les enseignements de la situation analysée et de faire progresser la protection de l'enfance.

I. **L'absence de repérage de la situation de danger vécue par les enfants A, B et C.**

1. Sur l'accompagnement de la famille et le repérage de la situation de danger par l'hôpital Y.
28. L'article L2122-1 du code de la santé publique rend obligatoire le suivi de grossesse. Les examens obligatoires sont au nombre de 7 et sont précisés à l'article R2122-1⁹. L'article R2122-3 impose également un examen médical post-natal, qui doit être effectué dans les huit semaines qui suivent l'accouchement.
29. En dehors de l'obligation de suivi de grossesse, pré et post natal, il n'existe pas de dispositions imposant aux professionnels des hôpitaux de faire des démarches spécifiques en cas de non suivi de sa grossesse par une patiente ayant accouché dans leurs locaux.
30. Interrogés sur l'existence d'une procédure systématique mise en place par l'hôpital lorsqu'une grossesse non suivie est repérée, les services de l'hôpital ont précisé qu'ils ne disposaient pas d'un protocole écrit, mais qu'une procédure orale était systématiquement mise en place dans ce cas de figure, à savoir une consultation sociale et psychologique en suites de couches pour évaluer la situation, observer l'instauration du lien mère-enfant et réaliser une information préoccupante à la cellule de recueil des informations préoccupantes en cas de besoin.
31. Il ressort des éléments remis au Défenseur des droits que des visites à domicile auraient été proposées à la famille X en sortie de maternité, au moins pour les deux aînés, mais qu'elles auraient été refusées par les parents, sans que cela n'engendre de réaction particulière de la part des services. Par ailleurs, Madame X a accouché de ses quatre enfants dans ce même hôpital, sans qu'aucune de ses grossesses n'ait été suivie. S'il est indiqué par les services de l'hôpital que des propositions ont été faites, le refus de la famille à y participer n'a pas conduit les services médicaux et sociaux de l'hôpital à signaler la situation de la famille et de ces enfants.
32. Sollicité par le Défenseur des droits, l'hôpital n'a pas transmis le dossier médical de Madame X, ni précisé s'il était mis à jour à chaque accouchement, ni si l'absence de suivi

⁸ Article 2 de la loi n°2016-297 du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfance, codifiée à l'article L112-5 CSF, modalités d'application définies par le décret n°2016-1248 du 22 septembre 2016 relatif au protocole de mise en œuvre de la coordination des actions de prévention menées en direction de l'enfant et de sa famille.

⁹ Article R2122-1 code de la santé publique : « *Les examens médicaux obligatoires des femmes enceintes prévus à l'article L2122-1 sont au nombre de sept pour une grossesse évoluant jusqu'à son terme. Le premier examen médical prénatal doit avoir lieu avant la fin du troisième mois de grossesse. Les autres examens doivent avoir une périodicité mensuelle à partir du premier jour du quatrième mois et jusqu'à l'accouchement* »

des grossesses précédentes y était mentionnée, ni encore si la procédure orale mentionnée avait été envisagée.

33. Ainsi, le Défenseur des droits conclut à l'absence d'un processus effectif d'alerte en cas d'absence de suivi pré et post natal de grossesse, permettant d'attirer l'attention sur les difficultés rencontrées par la mère, et sur la situation de danger éventuel de l'enfant à naître. Ces éléments constituaient des signaux d'alerte quant à la situation de la famille et la prise en charge de ces enfants par leurs parents au sens de l'article 375 du code civil. L'absence de réaction de l'hôpital a porté atteinte au droit à être protégé contre toute forme de violence, de leur droit au développement, et au droit à la santé des enfants A, B et C.
34. Eu égard, particulièrement, au nombre très important de naissances annuelles au sein de l'hôpital Y, le Défenseur des droits considère qu'il est indispensable que soit élaborée et diffusée au sein des services de l'hôpital une procédure, à mettre en œuvre systématiquement à la naissance d'un enfant, lorsque la grossesse de la mère n'a pas été suivie.
35. Il appartient à l'hôpital, en fonction de son organisation interne, de déterminer, en lien avec ses partenaires, la procédure la plus adaptée.

Elle pourrait s'organiser comme suit, dès lors qu'il serait identifié par l'équipe soignante qu'une femme n'a pas bénéficié d'un suivi de grossesse ou que l'établissement du lien mère-enfant s'avère problématique :

- Mentionner l'absence de suivi de grossesse dans le dossier médical et vérifier, le cas échéant, si les précédentes grossesses ont été suivies ;
- Alerter systématiquement l'assistant de service social de l'hôpital de la situation de la patiente, lequel deviendra le référent du suivi de la famille au sein de l'hôpital, s'assurant de la coordination des différents intervenants ayant à connaître de la situation ;
- Proposer une consultation en suites de couches ;
- Envisager de prolonger l'hospitalisation de la mère et du nouveau-né, le temps nécessaire aux vérifications, comme cela a été fait lors de la naissance de D ;
- En cas de doutes sur la situation de la famille, et les éventuelles difficultés qu'elle rencontre, prendre systématiquement contact avec l'assistant de service social de secteur afin de vérifier si un suivi est déjà mis en place pour cette famille, et le cas échéant, avec la PMI.

Ce type de procédure devrait permettre aux équipes, aussi bien soignante, que du service social, d'avoir les outils permettant d'alerter les professionnels compétents sur la situation d'une famille et d'enfants. L'objectif n'est pas de transmettre systématiquement une information préoccupante en cas de non suivi de grossesse, mais de se doter d'outils effectifs concourant à identifier les situations pour lesquelles une vigilance et un accompagnement de la famille sont nécessaires, à partir du signal d'alerte que constitue l'absence de suivi d'une grossesse.

Le programme d'accompagnement de retour à domicile (PRADO), organisé et financé par la sécurité sociale, mis en œuvre dans le département, prévoit pour les mères qui le souhaitent, l'intervention à domicile d'une sage-femme libérale. Un des objectifs de ces interventions consiste en « l'accompagnement du couple mère – enfant » et la continuité de la prise en charge¹⁰. Ce programme peut être envisagé de manière complémentaire au mécanisme décrit ci-dessus.

¹⁰ https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/4030/document/suivi-domicile-femme-nouveaune_assurance-maladie.pdf

- **Ainsi, le Défenseur des droits recommande à l'hôpital Y de définir une procédure à suivre lorsqu'il constate que la grossesse de la mère n'a pas été suivie, en désignant un référent chargé de réunir les informations nécessaires, de coordonner les actions, y compris avec les partenaires extérieurs. Il recommande que cette procédure soit diffusée à l'ensemble du personnel de l'hôpital.**

2. Sur le suivi médical des enfants par la protection maternelle infantile (PMI)

36. Les éléments de l'instruction ont montré que si les services de la PMI n'avaient jamais été amenés à rencontrer C, le troisième enfant de la fratrie, cela n'avait pas été le cas pour les deux aînés de la fratrie. En effet, Monsieur et Madame X s'étaient présentés à la PMI vingt jours après la naissance de A et un peu plus de deux mois après la naissance de B.

a. La connaissance par la PMI des enfants présents sur son territoire.

37. L'article R2112-21 du code de la santé publique prévoit que « *les officiers de l'état civil adressent un extrait d'acte de naissance [...] dans les quarante-huit heures de la déclaration de naissance, au médecin responsable du service de protection maternelle et infantile du département dans lequel résident les parents* ».

38. La délibération n°2004-067 du 24 juin 2004 de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) concernant les traitements automatisés d'informations nominatives mis en œuvre par les communes pour la gestion de l'état civil¹¹ prévoit à son article 4 que « *les informations nominatives peuvent être communiquées aux destinataires suivants : [...] Les services de protection maternelle et infantile du département, pour les extraits d'actes de naissance et les copies d'actes de décès des enfants âgés de moins de six ans, conformément à l'article 16 du décret n° 92-785 du 6 août 1992¹²* ».

39. Lors de l'instruction par le Défenseur des droits, ni les modalités de transmission des extraits d'acte de naissance par l'officier d'état civil, ni la connaissance par la PMI de la présence des enfants sur sa circonscription, notamment celle de C, pour lequel la famille ne s'est pas présentée à la PMI, n'ont été précisées.

40. Le Défenseur des droits constate qu'en l'état, les services de PMI ne sont pas en capacité de connaître l'identité des enfants âgés de moins de six ans dépendants de leur circonscription et de s'assurer de leur suivi médical.

- **Le Défenseur des droits recommande à la mairie de mettre en œuvre une procédure efficace de transmission par l'officier d'état civil, des extraits d'acte de naissance, à la PMI, afin de lui permettre d'avoir connaissance des enfants âgés de moins de six ans dépendants de sa circonscription et de s'assurer de leur suivi médical.**

b. Le suivi médical des enfants X.

¹¹ <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000604354>

¹² Article abrogé par le décret 2003-462 du 21 mai 2003 qui codifie l'article 16 du décret n° 92-785 du 6 août 1992 à l'article R2112-21 du code de la santé publique.

41. L'article L2132-2 du code de la santé publique prévoit que « *tous les enfants de moins de six ans bénéficient de mesures de prévention sanitaire et sociale qui comportent notamment des examens obligatoires* ». Les articles R2132-1 et R2132-2 précisent les examens qui doivent être pratiqués et ceux devant faire l'objet de l'établissement d'un certificat médical.
42. Ainsi, au cours des six premières années de la vie de l'enfant, dix-huit examens médicaux sont obligatoires et trois d'entre eux doivent donner lieu à la rédaction d'un certificat de santé (les examens subis dans les huit jours de la naissance, au cours du neuvième mois et au cours du vingt-quatrième mois). Conformément à l'article R2132-3, « *Le médecin qui a pratiqué l'examen médical établit le certificat de santé correspondant à l'âge de l'enfant et l'adresse, dans un délai de huit jours, au médecin responsable du service de la protection maternelle et infantile du département de résidence des parents [...]* ».
43. Le ministère des Solidarités et de la Santé présente les objectifs des certificats de santé, en précisant notamment : « *Sur le plan individuel, ils permettent, sous la responsabilité du médecin départemental de Protection Maternelle et Infantile (PMI) et dans le respect du secret médical, de proposer aux familles une aide éventuelle (visite à domicile de la puéricultrice notamment, information de suivi, soutien...)* »¹³.
44. A ce propos, le ministère des Solidarités et de la Santé a mis en œuvre un site dédié « *dont l'accès est réservé aux Conseils généraux, qui sont chargés d'organiser l'édition et la diffusion des carnets comme des certificats de santé de l'enfant* », conformément à l'article L2112-2-6 du code de la santé publique. Il existe à cet égard un formulaire CERFA, à remplir par les médecins à l'occasion des trois visites donnant lieu à l'établissement d'un certificat obligatoire.
45. Le traitement automatisé des certificats de santé du jeune enfant a été autorisé par la CNIL, qui a d'ailleurs rappelé dans sa *Délibération portant recommandation sur les traitements automatisés des certificats de santé du jeune enfant mis en œuvre par les départements*¹⁴, qu'« *il appartient donc dorénavant aux conseils généraux de créer sous leur responsabilité les traitements automatisés nécessaires à la gestion des certificats de santé du jeune enfant institués par la loi du 15 juillet 1970* ».
46. Par plusieurs délibérations, la CNIL a autorisé des conseils départementaux à mettre en œuvre un traitement des données à caractère personnel ayant pour finalité la gestion des trois certificats de santé du jeune enfant¹⁵. La CNIL a également autorisé le traitement commun de données ayant pour finalité la gestion et le suivi des certificats de santé du jeune enfant et des actes de naissance¹⁶. Il y est indiqué que « *l'objet du traitement est, pour le service de la PMI de gérer les certificats de santé du très jeune enfant (8^{ème} jour, 9^{ème} mois et 24^{ème} mois), ainsi que les avis de grossesse, actes de naissance, de décès des enfants de moins de 6 ans. Il répond également à l'obligation des officiers d'Etat civil de transmettre une copie des actes de naissance et de décès des jeunes enfants de moins de 6 ans à la PMI* ».

¹³ <http://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-des-populations/enfants/article/les-certificats-de-sante-de-l-enfant>

¹⁴ CNIL, Délibération n°87-01 du 13 janvier 1987

¹⁵ CNIL Délibération n°2012-330 du 20 septembre 2012 autorisant le Conseil général du Rhône à mettre en œuvre un traitement automatisé de données à caractère personnel ayant pour finalité la gestion des trois certificats de santé du jeune enfant.

¹⁶ CNIL Délibération n°2012-182 du 31 mai 2012 autorisant le Conseil général du Val d'Oise à mettre en œuvre un traitement automatisé de données à caractère personnel ayant pour finalité la gestion et le suivi des certificats de santé du jeune enfant, des avis de grossesse.

47. La direction générale de la santé du ministère des Solidarités et de la Santé propose également des dispositifs, testés et validés par une expérience pilote, permettant l'informatisation d'une part de l'envoi par les maternités des premiers certificats de santé et d'autre part, l'intégration de ces certificats dans les logiciels de saisie des services de la PMI. Un guide de mise en œuvre de la dématérialisation des certificats de santé de l'enfant a été réalisé à destination des conseils départementaux et PMI pour les accompagner dans cette démarche¹⁷. Si cette automatisation ne concerne pour l'instant que le premier certificat de santé, une réflexion est menée pour l'étendre aux deux autres certificats de santé obligatoires.
48. Concernant A et B, les deux aînés, la famille s'est rendue à la PMI. Pour chacun d'entre eux, après une tentative de suivi par les services, les parents n'ont pas honoré les rendez-vous. Les services de la PMI les avaient alors contactés par téléphone et le père avait indiqué que ses enfants étaient suivis par un médecin en libéral. La PMI n'a procédé à aucune vérification pour s'assurer de ce suivi. De plus, aucun élément n'a été apporté à la PMI sur la réalisation des deux dernières visites obligatoires devant donner lieu à l'envoi d'un certificat médical à la PMI. Concernant C, aucun suivi n'a été réalisé par la PMI.
49. Par courrier du 19 juillet 2017 en réponse à la note récapitulative du Défenseur des droits concernant le suivi des enfants par la PMI et notamment la transmission des certificats médicaux obligatoires, le Président du conseil départemental a indiqué : *« Il convient ici de rappeler le contexte et les pratiques professionnelles en la matière. Le département compte plus de 29 000 naissances par an, qui pourraient donner lieu à près de 90 000 certificats médicaux envoyés annuellement à la PMI. En réalité, seuls les premiers certificats, envoyés par les maternités, sont reçus exhaustivement dans nos services, tous les médecins et parents ne renvoyant pas de fait les deuxièmes et troisièmes certificats en dépit de l'obligation réglementaire. Le traitement de ces certificats est à ce jour manuel, pour une utilisation comme vous l'indiquez à des fins statistiques et épidémiologiques. Ils ne sauraient, étant donné les volumes en jeu et le manque de fiabilité des envois, être un outil de suivi individuel des trajectoires des enfants ».*
50. Le Défenseur des droits rappelle que, même si ces mesures servent à des fins statistiques et épidémiologiques, elles ont avant tout été mises en œuvre pour permettre aux autorités sanitaires de s'assurer de la bonne prise en charge de l'enfant par sa famille. Ces examens ont en effet pour objet la surveillance de la croissance staturo-pondérale et du développement physique, psychomoteur et affectif de l'enfant ainsi que le dépistage précoce des anomalies ou déficiences.
51. Le Défenseur des droits conclut à l'absence de procédure mise en œuvre par la PMI permettant de s'assurer du suivi des certificats de santé, qui conduit à une absence de contrôle du suivi médical des enfants qui dépendent de sa circonscription. Cette carence a porté atteinte au droit à la santé, au développement et à être protégé contre toute forme de violence de A, B et C.

¹⁷ http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/certificats_enfants_guide_pmi.pdf : *« Ce document a pour objectif d'aider les services départementaux de Protection Maternelle et Infantile (PMI) dans leurs démarches en vue de la dématérialisation des certificats de santé de l'enfant et tout particulièrement du « Premier Certificat de Santé (PCS) » produit par les maternités ou les services de néonatalogie. La dématérialisation des certificats de santé de l'enfant a pour objectifs : d'améliorer le suivi des enfants en raccourcissant les délais de transmission à la PMI ; d'alléger les charges de saisies dans les maternités et dans les services de PMI ; de renforcer les synergies et contribuer à la dynamique des réseaux de périnatalité ; d'améliorer la qualité et l'exhaustivité des données pour le suivi individuel et pour les bases épidémiologiques ».*

52. En effet, l'absence de réception d'un des certificats obligatoires devrait constituer un signal d'alerte à exploiter par le personnel de la PMI. Pour ce faire, le personnel doit être informé systématiquement de ce défaut qui doit entraîner la mise en œuvre d'une procédure, à déterminer par la PMI en fonction de son organisation interne, qui pourrait se décliner ainsi :

- *Envoi d'un courrier à la famille lui rappelant l'obligation de procéder aux examens médicaux obligatoires, les possibilités de prendre rendez-vous avec un médecin libéral qui doit envoyer ce certificat, ou de se rendre à la PMI dont dépend la famille (en indiquant les informations pratiques : contact, horaires...) afin d'être reçue par un médecin ;*
- *En cas d'absence de réponse au courrier précédant : convocation de la famille à la PMI en présence des deux parents (lorsque le deuxième parent est présent) et de l'enfant ou des enfants.*
- *En cas d'absence de présentation à la convocation :*
 - o *Contacter le service social du département pour savoir si la famille est suivie ;*
 - o *Prévoir une visite à domicile rapidement.*

➤ **Ainsi, le Défenseur des droits recommande au Conseil départemental et de se saisir des outils existants afin de garantir le respect de l'obligation légale de suivi des enfants, et notamment de contrôler la transmission des trois certificats de santé obligatoires, au besoin en créant un traitement automatisé commun des certificats de santé et des actes de naissance transmis par l'état civil, après autorisation de la CNIL.**

➤ **Le Défenseur des droits recommande et à la PMI de se rapprocher des maternités et du réseau périnatal présents sur leur territoire afin d'organiser la transmission automatisée du premier certificat de santé obligatoire, dit certificat des 8 jours, et invite les acteurs à se référer au guide de procédure établi par le ministère des solidarités et de la Santé réalisé à cet effet.**

➤ **Le Défenseur des droits recommande au Conseil départemental et à la PMI de mettre en œuvre un système permettant d'alerter automatiquement le personnel de la PMI lorsqu'un des trois certificats de santé faisant l'objet d'un envoi obligatoire à la PMI n'est pas reçu, alerte conduisant à l'application d'une procédure définie de suivi formalisé de l'enfant et de la famille.**

53. Les recommandations formulées ci-dessus pourraient être prises en compte dans le cadre des discussions en cours au sein du département quant à la réorganisation des services de PMI du département.

3. Sur le suivi de la famille par le service social de circonscription.

54. Il ressort des informations remises par les professionnels que les parents se sont rapprochés à plusieurs reprises des services sociaux départementaux pour solliciter des aides au logement et financières.

55. En effet, dès 2008, Monsieur X s'est présenté à la circonscription de service social pour solliciter une aide au logement dans le cadre du fonds de solidarité logement.

56. Par la suite, de mai 2012 à mai 2013, il a présenté cinq demandes d'aides financières directement auprès des services du conseil départemental, procédure pour laquelle une évaluation sociale de la famille du demandeur n'est pas prévue systématiquement.
57. En 2013, Monsieur X a sollicité une nouvelle fois la circonscription de service social au regard de sa dette de loyer importante. Il s'est toujours présenté seul indiquant que son épouse ne l'accompagnait pas parce qu'elle ne parlait pas le français et qu'elle s'occupait des enfants.
58. Cinq entretiens lui ont alors été accordés. Au cours du premier entretien, une demande en urgence a été formulée auprès du centre d'action sociale pour que la famille puisse acheter des couches et du lait. Les entretiens suivants ont été consacrés uniquement à la question de la résorption de la dette locative. Le dernier rendez-vous fixé n'a pas été honoré par le père et aucune suite n'a été donnée à la situation par le service.
59. A l'occasion de leur audition par le Défenseur des droits, les travailleurs sociaux de la circonscription ont également regretté que les services du conseil départemental chargés de traiter certaines demandes d'aides financières adressées directement par les familles, ne les en informent pas. Les travailleurs sociaux de la circonscription considèrent en effet que cette transmission d'information pourrait leur permettre de mieux appréhender de façon globale la situation des familles, notamment lorsqu'elles ont des enfants.
60. Lors de l'audition de Madame Z, assistante de service social, par le Défenseur des droits le 16 février 2016, cette dernière a indiqué que le service était « *peu avancé sur le plan informatique. Jusqu'à encore peu de temps, on en était aux fiches cartons dans notre circonscription* ». Ce à quoi l'adjointe de la circonscription et du secrétaire général d'un syndicat du conseil départemental ont précisé que « *dans d'autres circonscriptions il y a le logiciel COSMOS mais il est peu performant. Il n'est pas redéployé dans toutes les circonscriptions. Seule la moitié du département y a accès, par choix, par résistance* ».
61. Le Défenseur des droits a bien noté que le nombre de situations suivies par les assistants de service social au sein de la circonscription concernée était très élevé, et qu'en conséquence, ils ne disposent que de peu de temps pour recevoir les familles et envisager un accompagnement global, l'intervention d'un interprète étant également souvent nécessaire. Le Défenseur des droits a également conscience que la plupart des situations qui sont soumises à la circonscription concerne des difficultés financières et que par conséquent la situation de la famille X n'était pas apparue comme particulière.
62. Toutefois, on peut s'étonner du fait qu'aucune évaluation sociale, ni visite à domicile, n'ait à aucun moment été proposée pour cette famille qui présentait une dette locative importante, et pour laquelle le père avait sollicité en urgence du lait et des couches pour ses enfants car il ne parvenait plus à en acheter malgré les aides allouées par la CAF.
63. Dans sa réponse du 19 juillet 2017 à la note récapitulative, le Président du Conseil départemental a indiqué que « *aujourd'hui les demandes d'aides financières au service départemental des aides financières, font l'objet d'une évaluation sociale systématique inscrite dans le Règlement intérieur des aides départementales* ».
64. Le Défenseur des droits salue les évolutions ainsi réalisées mais relève que l'organisation du service social ainsi que l'absence de diligences supplémentaires des professionnels du service n'ont pas permis de mesurer l'étendue des difficultés rencontrées par cette famille, ni la situation de danger dans laquelle se trouvaient les enfants.
- **Le Défenseur des droits recommande au Conseil départemental d'informatiser les demandes d'aides financières au département, dans un logiciel unique et partagé**

entre les différentes circonscriptions du département ainsi qu'avec le service d'aides financières du département.

- Le Défenseur des droits recommande au Conseil départemental, et notamment aux services sociaux de circonscription, d'accorder une attention particulière aux familles multipliant les demandes financières en procédant à une évaluation sociale globale, notamment de la situation des enfants, en commençant par interroger systématiquement le parent demandeur sur leur scolarisation, leur suivi médical, leur développement.

4. Sur l'absence de scolarisation de A, soumis à l'obligation scolaire

65. Au moment de leur placement, seul l'aîné des enfants, A, était soumis à l'obligation scolaire. B aurait également pu être scolarisé à l'école maternelle, notamment considérant les difficultés des enfants, leur situation de handicap et les difficultés de leurs parents à les accompagner.
66. Les textes internationaux comme le droit interne prévoient que tout enfant a droit à l'éducation.
67. La CIDE garantit le droit de tout enfant à l'éducation et ce sans aucune discrimination. En effet, aux termes de l'article 2, « *Les Etats parties s'engagent à respecter les droits qui sont énoncés dans la présente Convention et à les garantir à tout enfant relevant de leur juridiction, sans distinction aucune, indépendamment de toute considération de race, de couleur, de sexe, de langue, de religion, d'opinion politique ou autre de l'enfant ou de ses parents ou représentants légaux, de leur origine nationale, ethnique ou sociale, de leur situation de fortune, de leur incapacité, de leur naissance ou de toute autre situation* ».
68. Dans ses observations générales n°13, relatives au droit de l'enfant à être protégé contre toutes les formes de danger, le Comité des droits de l'enfant inclut la scolarisation dans le droit des enfants à être protégé contre toute forme de violence à travers le concept de négligence éducative : « *20.d. La négligence éducative : le non-respect des lois imposant aux responsables de l'enfant d'assurer son éducation en veillant à sa scolarisation* ».
69. L'article 28 de la CIDE dispose que « *les Etats parties reconnaissent le droit de l'enfant à l'éducation, et en particulier, en vue d'assurer l'exercice de ce droit progressivement et sur la base de l'égalité des chances : ils rendent l'enseignement en primaire obligatoire et gratuit pour tous* ».
70. Le droit à l'instruction sans discrimination des enfants en situation de handicap est protégé par la Convention européenne des droits de l'homme à l'article 2 du premier protocole additionnel combiné avec l'article 14 de la Convention¹⁸ et par la Convention Internationale relative aux Droits des Personnes Handicapées (CIDPH)¹⁹.
71. En droit interne, l'alinéa 13 du préambule de la Constitution du 27 octobre 1946 dispose que « *la Nation garantit l'égal accès de l'enfant et de l'adulte à l'instruction, à la formation*

¹⁸ Article 2 du Premier Protocole additionnel à la Convention européenne des droits de l'homme : « *Nul ne peut se voir refuser le droit à l'instruction* », Article 14 de la Convention européenne des droits de l'homme : « *La jouissance des droits et libertés reconnus dans la (...) Convention doit être assurée, sans distinction aucune, fondée notamment sur le sexe, la race, la couleur, la langue, la religion, les opinions politiques ou toutes autres opinions, l'origine nationale ou sociale, l'appartenance à une minorité nationale, la fortune, la naissance ou toute autre situation.* »

¹⁹ Article 24 de la CIDPH : « *Les États Parties reconnaissent le droit des personnes handicapées à l'éducation. En vue d'assurer l'exercice de ce droit sans discrimination et sur la base de l'égalité des chances, les États Parties font en sorte que le système éducatif pourvoie à l'insertion scolaire à tous les niveaux* ».

professionnelle et à la culture » et que « l'organisation de l'enseignement public gratuit et laïque à tous les degrés est un devoir de l'Etat ». Le Conseil constitutionnel en assure une parfaite application dans le respect du principe d'égalité, c'est-à-dire en garantissant une éducation sans discrimination des enfants.

72. L'article L111-1 du code de l'éducation précise que « *le droit à l'éducation est garanti à chacun »* et l'article L131-1 prévoit que « *l'instruction est obligatoire pour les enfants des deux sexes, français et étrangers, entre 6 ans et seize ans »*.
73. L'article L131-6 de ce même code, modifié par une loi du 31 janvier 2013²⁰, prévoit que « *Chaque année, à la rentrée scolaire, le maire dresse la liste de tous les enfants résidant dans sa commune et qui sont soumis à l'obligation scolaire (...). Afin de procéder au recensement prévu au premier alinéa et d'améliorer le suivi de l'obligation d'assiduité scolaire, le maire peut mettre en œuvre un traitement automatisé de données à caractère personnel où sont enregistrées les données à caractère personnel relatives aux enfants en âge scolaire domiciliés dans la commune, qui lui sont transmises par les organismes chargés du versement des prestations familiales ainsi que par l'autorité de l'Etat compétente en matière d'éducation et par le directeur ou la directrice de l'établissement d'enseignement ainsi qu'en cas d'exclusion temporaire ou définitive de l'établissement ou lorsqu'un élève inscrit dans un établissement le quitte en cours ou en fin d'année (...)* ».
74. En outre, il résulte de l'application combinée des articles R131-1 et R131-4 du code de l'éducation, qu'afin de garantir aux enfants soumis à l'obligation scolaire, le respect de leur droit à l'instruction, le maire fait connaître sans délai au directeur académique des services de l'Education nationale agissant sur délégation du recteur d'académie, les enfants qui sont en âge d'être scolarisés mais qui ne le sont pas de manière effective. Cette liste doit être mise à jour tous les mois. Cette garantie ne peut s'exercer que si la mairie dresse, en amont, la liste des enfants en âge d'être scolarisés, comme évoqué à l'article R131-1, à charge pour le maire d'informer l'académie en cas de manque de place pour accueillir tous les enfants à l'école.
75. Enfin l'article R131-3 précise l'obligation du maire qui doit « *chaque année, à la rentrée scolaire, [dresser] la liste de tous les enfants résidant dans sa commune et qui sont soumis à l'obligation scolaire. [...] La liste est mise à jour le premier de chaque mois »*.
76. Par ailleurs, l'article L131-7 du code de l'éducation vient préciser qu'en cas de non scolarisation, « *L'autorité de l'Etat compétente en matière d'éducation invite les personnes responsables de l'enfant à se conformer à la loi et leur fait connaître les sanctions pénales encourues »*. De plus, l'article L131-9 du même code dispose que « *l'autorité de l'Etat compétente en matière d'éducation saisit le procureur de la République des faits constitutifs d'infraction aux dispositions du présent chapitre »*.
77. Il convient ici de rappeler, au-delà de l'accès à l'éducation, le rôle fondamental de l'école dans la réduction des inégalités de santé, notamment réaffirmé par la circulaire n°2016-008 du 28 janvier 2016²¹. En effet, le suivi par les services des PMI prenant fin aux 6 ans de l'enfant, la scolarisation garantit alors la continuité du suivi médical de l'enfant par la réalisation d'examen de santé obligatoires.

²⁰ LOI n°2013-108

²¹ Circulaire n°2016-008 : « *La promotion de la santé en milieu scolaire constitue l'un des meilleurs leviers pour améliorer le bien-être et réduire les inégalités, en intervenant au moment où se développent les compétences et les connaissances utiles tout au long de la vie »*.

78. L'article R131-10-1 offre la possibilité au maire de mettre en œuvre un traitement automatisé de données à caractère personnel destiné à lui permettre de recenser les enfants soumis à l'obligation scolaire sur son territoire en précisant que l'objectif est de « *lui permettre de prendre les mesures à caractère social ou éducatif dans le cadre des compétences qui lui sont conférées, notamment par l'article L141-2 du code de l'action sociale et des familles* ». Or l'article L141-2 du code de l'action sociale et des familles prévoit que « *lorsqu'il ressort de ses constatations ou d'informations portées à sa connaissance que l'ordre, la sécurité ou la tranquillité publics sont menacés à raison du défaut de surveillance ou d'assiduité scolaire d'un mineur, le maire peut proposer aux parents ou au représentant légal du mineur concerné un accompagnement parental. [...] Cet accompagnement parental consiste en un suivi individualisé au travers d'actions de conseil et de soutien à la fonction éducative* ».
79. En l'espèce, A, né le 2 juin 2007, était en âge d'obligation scolaire à compter du 2 juin 2013. Il devait donc être inscrit à l'école pour la rentrée scolaire 2013/2014 et aurait par conséquent dû se trouver sur la liste des enfants en âge d'être scolarisés pour cette même rentrée scolaire, liste dressée par le maire.
80. Les éléments remis montrent que la famille, qui n'avait pas fait elle-même de demande d'inscription, n'avait pas été identifiée par les services chargés de l'éducation à la mairie comme ayant un enfant non scolarisé, alors que A devait l'être. La procédure évoquée ci-dessus, qui peut aller jusqu'à une saisine du procureur de la République par les services municipaux, n'a donc pas pu être mise en œuvre.
81. Dans son courrier du 18 juillet 2017 en réponse à la note récapitulative, le maire a convenu que A aurait dû se trouver sur la liste des enfants en âge d'être scolarisés pour la rentrée scolaire 2013/2014 et que les parents n'avaient pas déclaré aux services de la mairie qu'ils lui donneraient l'instruction dans la famille. Il précise également qu'« *à défaut de croisement de fichiers avec la Caisse d'Allocations Familiales non obligatoire, cette famille bénéficiant de prestations sociales, je n'ai pas été en mesure d'identifier cette situation préoccupante. Vous ne pouvez pour autant conclure à une absence d'élaboration de modalités opérationnelles pour répondre à mon obligation de recensement, ni à une négligence de la Ville* ». Cependant les éléments remis par la mairie n'explicitent pas la procédure mise en œuvre par les services municipaux pour dresser la liste des enfants en âge d'être scolarisés dans la commune, notamment à partir des données de la CAF.
82. Le Défenseur des droits conclut à l'absence d'élaboration de modalités opérationnelles pour répondre à l'obligation incombant au maire de recenser les enfants en âge d'obligation scolaire, ce qui a été préjudiciable au droit à l'éducation de A, ainsi qu'à son droit à jouir du meilleur état de santé, à son droit au développement et à son droit à être protégé contre toute forme de violence.
83. Dans le courrier du 18 juillet 2017, le maire indiquait s'engager « *à mettre en œuvre dès la prochaine rentrée scolaire, un traitement automatisé des données issues de la Caisse d'Allocations Familiales, mais également, si ces partenaires institutionnels l'acceptent, à un traitement partagé du fichier PMI, partenaire incontournable accueillant sur la commune 70% des moins de quatre ans, des biens base Elèves des 1^{er} et 2nd degrés* ».
84. Interrogé sur l'avancement des travaux annoncés, le maire, dans un courrier du 1^{er} décembre 2017, a communiqué au Défenseur des droits copie des courriers qu'il a envoyés le 1^{er} août 2017 à la caisse d'allocations familiales et à la direction des services départementaux de l'Education nationale, par lesquels il a sollicité « *la mise en place, dans les plus brefs délais, [d'un] traitement automatisé des données* ». Le maire a indiqué ne

pas avoir obtenu de réponse à ses sollicitations et procéder à une relance de ses interlocuteurs.

- **Le Défenseur des droits recommande au maire de poursuivre les démarches engagées afin de mettre en œuvre une procédure efficace destinée à établir la liste des enfants résidents sur sa commune soumis à l'obligation scolaire, en lien avec la Caisse d'allocations familiales et la Direction des services départementaux de l'Education nationale.**

5. Sur le versement des prestations familiales alors que A, en âge de scolarisation obligatoire, n'était pas scolarisé.

85. L'article L131-3 du code de l'éducation dispose que « *Le versement des prestations familiales afférentes à un enfant soumis à l'obligation scolaire est subordonné aux conditions fixées par les dispositions des articles L552-4 et L552-5 du code de la sécurité sociale ci-après reproduites : " Art. L552-4.-Le versement des prestations familiales afférentes à un enfant soumis à l'obligation scolaire est subordonné à la présentation soit du certificat d'inscription dans un établissement d'enseignement public ou privé, soit d'un certificat de l'autorité compétente de l'Etat attestant que l'enfant est instruit dans sa famille, soit d'un certificat médical attestant qu'il ne peut fréquenter régulièrement aucun établissement d'enseignement en raison de son état de santé. Les prestations ne sont dues qu'à compter de la production de l'une des pièces prévues à l'alinéa ci-dessus. Elles peuvent toutefois être rétroactivement payées ou rétablies si l'allocataire justifie que le retard apporté dans la production de ladite pièce résulte de motifs indépendants de sa volonté. Un arrêté interministériel fixe les modalités d'application du présent article et, notamment, le délai dans lequel les pièces citées au premier alinéa du présent article doivent être produites. " [...]*».
86. L'article R131-10 du code de l'éducation prévoit que « *Les organismes ou services débiteurs des prestations familiales peuvent, lorsqu'ils ont connaissance des manquements notoires à l'obligation scolaire, provoquer une enquête de l'administration académique* ».
87. A aurait dû être scolarisé en septembre 2013. Bien qu'il ne l'ait pas été, la CAF a versé à la famille des prestations familiales alors même qu'aucun enfant n'était inscrit à l'école et que la famille n'aurait pas été en mesure de produire un justificatif s'il lui avait été demandé.
88. En réponse à la note récapitulative du Défenseur des droits, la CAF a indiqué dans un courrier du 20 juillet 2017 que, malgré une obligation scolaire pour les enfants de 6 à 16 ans pour le paiement des prestations familiales imposée par la loi, l'arrêté interministériel mentionné à l'article L552-4 du code de la sécurité sociale n'avait jamais été pris. Ainsi « *conformément aux directives ministérielles des 17/09/74, 30/10/75 et 04/10/76, les CAF ont été autorisées à surseoir à l'appel des certificats de scolarité pour les enfants de 6 à 16 ans. Cette mesure, initialement transitoire, a finalement été maintenue jusqu'à maintenant. Ces directives visaient également à instaurer une présomption favorable en ce qui concerne l'obligation scolaire* », rappelant qu'une telle présomption existait pour le droit à l'allocation de rentrée scolaire (ARS) des enfants. Il a été précisé que le certificat scolaire pouvait être réclamé a posteriori dans le cadre d'un contrôle ou éventuellement pour les familles qui arrivent en France.
89. Finalement, le CAF a expliqué que « *compte-tenu de l'âge des enfants, les procédures appliquées par la branche famille conduisent à ne pas demander ni de certificat de scolarité, ni d'attestation sur l'honneur sur la scolarisation* ».

90. Enfin, le service des aides financières de la CAF est intervenu pour accorder à la famille trois prêts (équipement mobilier logement, prêt travaux embellissement, prêt équipement) et a accordé une subvention Fonds de solidarité logement. A ce sujet il a été expliqué dans le courrier du 20 juillet 2017 que « *rien dans les pièces dans le système d'information des CAF ne pouvait laisser penser à une situation de mise en danger pour les enfants. L'allocataire, bien que dans une situation financière précaire, n'a jamais caché la présence des enfants au foyer, ni mentionné que les enfants pouvaient souffrir de handicap ou de maltraitance* ».
91. Le Défenseur des droits considère inopérant le raisonnement invoqué par la CAF selon lequel il n'est plus demandé ni certificat de scolarité, ni attestation sur l'honneur aux parents pour le versement des allocations afférentes aux enfants en âge d'obligation scolaire, au motif que l'arrêté interministériel mentionné à l'article L552-4 du code de la sécurité sociale n'a jamais été pris.
92. En effet, il résulte de la jurisprudence du Conseil d'Etat qu'au-delà d'un délai raisonnable, les dispositions législatives devant être précisées par un acte réglementaire, sont exécutoires dès lors qu'elles sont suffisamment claires, précises et inconditionnelles²².
93. Ainsi, le Défenseur des droits conclut au non-respect de l'article L131-3 du code de l'éducation par les services de la CAF, l'article L552-4 étant suffisamment précis et pouvant être appliqué alors même que l'arrêté interministériel n'a pas été publié, et considère que cette mauvaise application a été préjudiciable à A en portant atteinte à son droit à l'éducation.
94. Le contrôle de l'assiduité scolaire a pour objectif notamment de permettre, en cas de défaillance, le déclenchement de l'enquête de l'administration académique prévue à l'article R131-10 du code de l'éducation. Ces difficultés ont déjà été envisagées par la doctrine²³. Lors de l'audition du 16 février 2016, Madame Z, assistante de service social a également indiqué que cette pratique consistant à ne plus demander de certificat de scolarité supprimait une potentielle alerte supplémentaire pour les travailleurs sociaux.
- **Le Défenseur des droits rappelle aux services de la CAF que la loi impose la fourniture d'un certificat de scolarité pour obtenir le versement des prestations sociales, lorsque les enfants sont en âge d'être soumis à l'obligation scolaire, et lui recommande de mettre en œuvre un dispositif de nature à répondre à cette exigence, dans l'intérêt des enfants, même s'il peut être envisagé que cette transmission soit réalisée en « régularisation », après la rentrée scolaire et le versement des premières aides.**

²² CE, 28 mai 2003, Creton : Rec. CE 2003, tables, p. 646 et 655

²³ « On pourrait penser qu'il n'y a effectivement pas besoin de réclamer ces certificats aux parents d'enfants âgés de 6 ans à 16 ans, puisque de toute façon l'inspecteur de l'académie est tenu de signaler tous les manquements aux obligations d'inscription et d'assiduité scolaires. Toutefois, le problème peut être plus complexe dans le cas où le maire n'a pas pu comparer les listes des enfants régulièrement inscrits avec ses listes d'enfants en âge d'être scolarisés ou si l'inspection d'académie n'a pas procédé à un tel contrôle. Cette dernière ne connaît alors que les enfants inscrits et n'a pas connaissance de ceux qui restent sans aucune instruction. Dans ce cas, les organismes débiteurs de prestations familiales peuvent attribuer des prestations à des enfants sans instruction sans pouvoir le contrôler et ce jusqu'à l'âge de 16 ans. », Guénolé JAN, *L'obligation de scolarité : le rôle des organismes débiteurs de prestations sociales, Recherches et Prévisions*, n°73, 2003.
<https://www.caf.fr/sites/default/files/cnaf/Documents/Dser/PSF/073/RP73-GJan.pdf>

- **Le Défenseur des droits recommande au ministère des Solidarités et de la Santé de clarifier auprès des CAF les conditions dans lesquelles elles doivent subordonner le versement des prestations sociales à la transmission du certificat de scolarité de l'enfant, et la procédure à suivre en cas de non-transmission du document.**

95. Pour conclure ce premier niveau d'analyse, le Défenseur des droits constate que l'absence de repérage des difficultés rencontrées par la famille X, a conduit à une atteinte aux droits de ces enfants à être protégés contre toute forme de violence, à jouir du meilleur état de santé possible, à se développer, à accéder à l'éducation, à la culture, aux loisirs.
96. Les différentes administrations impliquées dans le suivi de la situation de la famille X ont, au minimum, négligé, dans l'élaboration de leurs procédures, de considérer l'intérêt de l'enfant comme une considération primordiale. Les considérations de charges de service, de complexité des dispositifs, semblent l'avoir emporté sur celle de l'intérêt de l'enfant.
97. Si des outils existent pour permettre aux administrations de faire face à leurs obligations, il demeure que, pour les mettre en œuvre avec efficacité ils doivent bénéficier de moyens suffisants. Les acteurs de terrain doivent être formés et accompagnés et des efforts majeurs doivent être portés sur la coordination entre les services concourant à la protection de l'enfance.

II. Développer, à tous les niveaux, une politique coordonnée en faveur de l'enfance

1. Mettre en œuvre les stratégies nationales annoncées en faveur de l'enfance en leur consacrant les moyens et ressources nécessaires

98. La Convention relative aux droits de l'enfant consacre les droits fondamentaux des enfants. A chaque droit énoncé, elle érige les obligations des Etats afin de permettre l'effectivité de ces droits²⁴.
99. Le Comité des droits de l'enfant a rappelé aux Etats les obligations leur incombant, et que *« conformément à l'article 4 de la CIDE, les Etats parties doivent prendre toutes les mesures nécessaires pour mettre en œuvre le droit de l'enfant à la santé dans toutes les limites des ressources dont ils disposent. [...] c. Prendre des mesures appropriées concernant les déterminants de la santé des enfants ; d. Elaborer, appliquer, contrôler et*

²⁴ - Intérêt de l'enfant comme considération primordiale, droit à la protection et soins, Article 3 alinéa 2 : *« Les Etats prennent à cette fin toutes les mesures législatives et administratives appropriées. »*

- Protection de l'enfance : Article 18 alinéa 2 : *« Pour garantir et promouvoir les droits énoncés dans la présente Convention, les Etats parties accordent l'aide appropriée aux parents et aux représentants légaux de l'enfant dans l'exercice de la responsabilité qui leur incombe d'élever l'enfant et assurent la mise en place d'institutions, d'établissements et de services chargés de veiller au bien-être des enfants. »*

- Droit d'être protégé contre toute forme de danger : Article 19 alinéa 2 : *« Ces mesures de protection comprendront, selon qu'il conviendra, des procédures efficaces pour l'établissement de programmes sociaux visant à fournir l'appui nécessaire à l'enfant et à ceux à qui il est confié, ainsi que pour d'autres formes de prévention, et aux fins d'identification, de rapport, de renvoi, d'enquête, de traitement et de suivi pour les cas de mauvais traitements de l'enfant décrits ci-dessus, et comprendre également, selon qu'il conviendra, des procédures d'intervention judiciaire ».*

- Droit de jouir du meilleur état de santé possible : Article 24 alinéa 2 : *« Les Etats parties s'efforcent d'assurer la réalisation intégrale du droit susmentionné et, en particulier, prennent les mesures appropriées »*

- Droit au développement : Article 27 alinéa 3 : *« Les Etats parties adoptent les mesures appropriées, compte tenu des conditions nationales et dans la mesure de leurs moyens, pour aider ces parents et autres personnes ayant la charge de l'enfant à mettre en œuvre ce droit et offrent, en cas de besoin, une assistance matérielle et des programmes d'appui, notamment en ce qui concerne l'alimentation, le vêtement et le logement. »*

évaluer les politiques et les plans d'action prévus au budget qui constituent une approche fondée sur les droits pour réaliser le droit de l'enfant à la santé »²⁵.

100. Dans ses observations finales concernant le cinquième rapport périodique de la France de janvier 2016²⁶, le Comité des droits de l'enfant, même s'il relevait que la santé des enfants était une des priorités de la Stratégie nationale de santé définie en 2013, indiquait être *« préoccupé par l'insuffisance des ressources, le manque de personnel spécialisé en pédiatrie et la détérioration générale des services et des structures, notamment à l'école et dans les centres de protection maternelle et infantile »*, conduisant le Comité à *« appeler l'attention de l'Etat partie sur son observation générale n°15 concernant le droit à l'enfant de jouir du meilleur état de santé possible et lui recommande de traiter d'urgence le problème de l'insuffisance des ressources et du manque de personnel, de structures et de services médicaux, en particulier à l'école et dans les centres de protection maternelle et infantile, et de prendre en considération les besoins particuliers des enfants »²⁷.*
101. Le Comité des droits de l'enfant a également précisé lors de son observation générale n°13 (2011) relative au droit de l'enfant d'être protégé contre toutes les formes de violence, les obligations des Etats parties *« d'assumer leurs responsabilités envers les enfants non seulement au niveau national, mais aussi au niveau des provinces et des municipalités. [...] Les Etats parties ont l'obligation de soutenir et d'aider activement les parents et les autres personnes responsables de l'enfant à assurer, dans les limites de leurs possibilités et de leurs moyens financiers, les conditions de vie nécessaires au développement optimal de l'enfant (art. 18 et 27 »*. Le Comité procède à une analyse juridique de l'article 19 de la convention et développe ce qu'il entend par *« les Etats prennent toutes les mesures législatives, administratives, sociales et éducatives appropriées »* en précisant qu'ils doivent *« 41.e. Allouer des crédits budgétaires suffisants à la mise en œuvre de la législation et toutes autres mesures prises pour mettre un terme à la violence contre les enfants ; [...] h. Mettre en place et appliquer des programmes sociaux pour promouvoir une éducation positive optimale en apportant, au moyen de services intégrés, tout l'appui nécessaire à l'enfant et à ceux à qui l'enfant est confié »*.
102. Le Défenseur des droits a rappelé l'importance de consacrer des moyens suffisants à la santé des enfants, et particulièrement à la prévention, dans son rapport annuel consacré aux droits de l'enfant publié le 20 novembre 2017 indiquant que *« la mise en œuvre d'une politique ambitieuse de santé des enfants implique des moyens adaptés aux besoins. Or, actuellement, de nombreux champs de la santé de l'enfant sont en difficultés : prévention, détection et accompagnement précoce, etc. L'insuffisance de ressources, qu'il s'agisse des services de protection maternelle et infantile (PMI), de la médecine scolaire, de la pédopsychiatrie, réduit la marge de manœuvre des acteurs et constitue une réelle perte de chance, en particulier pour les enfants les plus vulnérables et les plus fragiles. Ce manque de moyens s'avère particulièrement délétère sur les territoires déjà marqués par le faible niveau de ressources de ses habitants et/ou dotés de structures et personnels de santé moins nombreux. Or, dans le champ de la santé de l'enfant, les investissements non réalisés dans le présent non seulement emporteront des conséquences qui peuvent être dramatiques à long terme (pensons par exemple aux traumatismes non traités), mais impliqueront nécessairement des dépenses accrues de santé dans le futur »*.

²⁵ Comité des droits de l'enfant de l'ONU, Observation générale n°15 sur le droit de l'enfant de jouir du meilleur état de santé possible, CRC/C/GC/15, 17 avril 2013,

²⁶ Comité des droits de l'enfant de l'ONU, Observations finales concernant le cinquième rapport périodique de la France, CRC/C/FRA/CO/5, 23 février 2016.

²⁷ Observations finales concernant le cinquième rapport périodique de la France de janvier 2016 du Comité des droits de l'enfant des Nations Unies, adoptées par le Comité à sa 71^{ème} session (11-29 janvier 2016), paragraphes 61 et 62.

- **Le Défenseur des droits a eu l'occasion de relever l'engagement de l'Etat à la fois en faveur d'une stratégie nationale de santé dédiée aux enfants²⁸ et d'une stratégie nationale de protection de l'enfance²⁹. Il recommande que ces stratégies s'appuient concrètement sur des moyens et des ressources, en commençant par améliorer la consolidation des budgets et leur lisibilité.**

2. Améliorer la coopération interinstitutionnelle pour promouvoir et impulser des actions de prévention.

103. Dans son observation générale n°13 précitée, le Comité des droits de l'enfant invite les Etats à « *élaborer et mettre en œuvre (par des processus participatifs qui encouragent l'appropriation et la durabilité) des politiques intra et inter institutions de protection de l'enfance* ».
104. Au cours de l'instruction de la situation de la famille X, outre les difficultés propres à chaque acteur et soulevées précédemment, le Défenseur des droits a constaté un manque criant de coordination et des carences importantes dans l'organisation des échanges interinstitutionnels dans le domaine de la protection de l'enfance, notamment sur la question du repérage des situations de danger des enfants et dans les mesures de prévention. On constate, en effet, que chaque acteur – mairie, hôpital, PMI, service social de secteur, CAF – dispose d'informations qui ne seront échangées à aucun moment, chacun fonctionnant en silo dans sa logique propre.
105. Si la loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance envisageait à l'article L226-2-2 du CASF, un secret partagé entre les acteurs chargés de la mise en œuvre de la protection de l'enfance³⁰ et un protocole d'échange d'informations avec la CRIP, la loi du 14 mars 2016 est venue compléter et préciser les modalités d'échange d'informations entre les professionnels. L'article L112-5 du CASF prévoit la création d'un protocole dans chaque conseil départemental, réunissant les différents responsables institutionnels et associatifs amenés à intervenir dans les missions de la protection de l'enfance. L'objectif de ces protocoles est de favoriser la coordination entre les différents acteurs. Le décret 2016-1248 du 22 septembre 2016³¹ précise les modalités de réalisation et les objectifs des nouvelles mesures. Il s'agira notamment de garantir la coordination des interventions, promouvoir et impulser les actions de prévention, actions qui « *visent dès la période périnatale à : 1° soutenir et promouvoir le développement physique, affectif, intellectuel, social de l'enfant ou de l'adolescent, dans le respect de ses droits et dans son intérêt au sens de la convention des droits de l'enfant du 20 novembre 1989, et prévenir les difficultés auxquelles il peut être confronté qui compromettraient son développement* »³².

²⁸ Article 1 de la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

²⁹ Le gouvernement s'est doté de structures de coordination (HCFEA, CNPE)

³⁰ Article L226-2-2, Créé par Loi n°2007-293 du 5 mars 2007 - art. 15 JORF 6 mars 2007 : « *Par exception à l'article 226-13 du code pénal, les personnes soumises au secret professionnel qui mettent en œuvre la politique de protection de l'enfance définie à l'article L112-3 ou qui lui apportent leur concours sont autorisées à partager entre elles des informations à caractère secret afin d'évaluer une situation individuelle, de déterminer et de mettre en œuvre les actions de protection et d'aide dont les mineurs et leur famille peuvent bénéficier. Le partage des informations relatives à une situation individuelle est strictement limité à ce qui est nécessaire à l'accomplissement de la mission de protection de l'enfance. Le père, la mère, toute autre personne exerçant l'autorité parentale, le tuteur, l'enfant en fonction de son âge et de sa maturité sont préalablement informés, selon des modalités adaptées, sauf si cette information est contraire à l'intérêt de l'enfant* ».

³¹ Décret 2016-1248 du 22 septembre 2016 relatif au protocole de mise en œuvre et de coordination des actions de prévention menées en direction de l'enfant et de sa famille.

³² Article D112-3 CASF, codifié par le décret n°2016-1248.

106. Par deux délibérations, la CNIL a autorisé un traitement de données à caractère personnel dans le cadre de l'accueil, l'orientation, l'accompagnement et le suivi social des personnes (AU 048)³³ et de la prévention et de la protection de l'enfance (AU-49)³⁴.
107. La loi du 14 mars 2016 prévoit également la désignation, dans chaque département d'un médecin référent protection de l'enfance³⁵, chargé notamment de l'organisation des échanges entre les services du département, la CRIP et les médecins libéraux, hospitaliers et scolaires du secteur.
108. Dans son rapport « Handicap et protection de l'enfance, des droits pour des enfants invisibles »³⁶, le Défenseur des droits a suggéré, concernant l'articulation en réseau des acteurs de la prévention précoce, de « *formaliser, animer et financer des réseaux pluridisciplinaires et pluri-institutionnels autour du handicap, dans la logique des réseaux du plan périnatalité* ».
109. Le Conseil national de la protection de l'enfance, créé par la loi du 14 mars 2016, fait le constat dans sa feuille de route 2017 de la commission permanente, consacrée à la prévention et au repérage précoce³⁷, que « *la prévention et ses effets sont méconnus alors même que la prévention a été renforcée par la loi du 14 mars 2016* » et rappelle les enjeux stratégiques : « *il s'agit de prévenir au plus tôt les situations de risque de danger ou de danger en repérant les facteurs de vulnérabilité des enfants et de leurs familles et de faire évoluer les pratiques préventives face aux nouveaux enjeux de société. Il s'agit également de rendre plus lisibles la prévention et ses effets* ».
110. Dans leurs réponses à la note récapitulative adressée par le Défenseur des droits, la mairie et le département ont indiqué souhaiter développer leurs relations avec les autres acteurs intervenants en protection de l'enfance, mais n'ont pas précisé s'ils avaient mis en œuvre ces différents dispositifs.
- **Le Défenseur des droits insiste sur l'importance de mobiliser l'ensemble des collectivités publiques, au plan national et local, des institutions et des professionnels, en veillant à l'interministérialité, en vue du décloisonnement des interventions des différents champs, du développement de coopérations opérationnelles et de proximité, et ce pour accompagner un changement de culture et de pratiques.**

Pour y parvenir, la formation des professionnels est un enjeu capital.

³³ Délibération n°2016-095 du 14 avril 2016 portant autorisation unique de traitement de données à caractère personnel dans le cadre de l'accueil, l'orientation, l'accompagnement et le suivi social des personnes et Déclaration AU 48 accompagnement et suivi social des personnes en difficultés (<https://www.cnil.fr/fr/declaration/au-048-accompagnement-et-suivi-social-des-personnes-en-difficultes>)

³⁴ Délibération n°2016-0962016 du 14 avril 2016 portant autorisation unique de traitement de données à caractère personnel dans le cadre de la prévention et de la protection de l'enfance et Déclaration AU 49 (<https://www.cnil.fr/fr/declaration/au-049-accompagnement-et-suivi-social-dans-le-cadre-de-la-prevention-et-de-la-protection>).

³⁵ Article 7 de la loi du 14 mars 2016 : « L'article L221-2 du même code est complété par un alinéa ainsi rédigé : "Dans chaque département, un médecin référent " protection de l'enfance ", désigné au sein d'un service du département, est chargé d'organiser les modalités de travail régulier et les coordinations nécessaires entre les services départementaux et la cellule de recueil, de traitement et d'évaluation des informations préoccupantes, d'une part, et les médecins libéraux et hospitaliers ainsi que les médecins de santé scolaire du département, d'autre part, dans des conditions définies par décret" ».

³⁶ https://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/atoms/files/synthese_du_rapport_2015.pdf

³⁷ http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/22-03-2017-feuille_de_route_prevention_et_reperage.pdf

3. Former les professionnels et diffuser les bonnes pratiques : un impératif pour les administrations concourant à la protection de l'enfance

111. La loi du 14 mars 2016 opère des changements sur les secteurs de la formation et de la recherche et charge l'observatoire départemental de la protection de l'enfance (ODPE) de la réalisation d'un bilan annuel des formations continues délivrées dans le département et d'élaborer un programme pluriannuel des besoins en formation des professionnels de la protection de l'enfance³⁸. La feuille de route consacre également huit actions à la formation³⁹.
112. La feuille de route 2017 de la commission permanente du CNPE relative à l'amélioration de la formation en protection de l'enfance⁴⁰ expose le constat selon lequel « *Il est régulièrement pointé par de nombreux acteurs l'insuffisance des formations initiales et continues dans le domaine de la protection de l'enfance pour les acteurs qui mettent en œuvre cette politique publique ou qui y apportent leur concours* » et propose alors plusieurs actions opérationnelles.
113. La démarche de consensus sur les besoins fondamentaux de l'enfant en protection de l'enfance, engagée en 2016 dont le rapport⁴¹ a été remis le 28 février 2017, consacre un chapitre à la formation, et formule 7 propositions dont notamment « *34. Soutenir et développer la formation transversale interinstitutionnelle. 35. Favoriser la formation continue au sein des institutions. 36. Soutenir la formation continue spécialisée et/ou professionnalisante* ».
- **Le Défenseur des droits recommande aux collectivités publiques de renforcer la formation, initiale et continue, des professionnels, relative aux droits de l'enfant, en développant des formations et des échanges interinstitutionnels. Il insiste sur l'intérêt de la diffusion de bonnes pratiques et d'outils pour soutenir les professionnels.**

³⁸ Article 3 de la loi du 14 mars 2016 : « I.-Après le 4° de l'article L226-3-1 du même code, il est inséré un 5° ainsi rédigé : " 5° De réaliser un bilan annuel des formations continues délivrées dans le département en application de l'article L542-1 du code de l'éducation, qui est rendu public, et d'élaborer un programme pluriannuel des besoins en formation de tous les professionnels concourant dans le département à la protection de l'enfance".

³⁹ https://www.onpe.gouv.fr/system/files/publication/20160315_notedactu_loipe.pdf, page 13

⁴⁰ http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/29-03-2017-feuille_de_route_formation.pdf

⁴¹ <http://www.cnape.fr/files/news/1899.pdf>