Rapport

Droits de l'enfant en 2017

Au miroir de la Convention internationale des droits de l'enfant

Face au droit, nous sommes tous égaux

Défenseurdesdroits
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Rapport

Droits de l'enfant en 2017

Au miroir de la Convention internationale des droits de l'enfant

Éditorial

Deux ans après l'examen périodique de la France devant le Comité des droits de l'enfant de l'ONU, nous avons choisi de consacrer notre rapport annuel 2017 au suivi de la mise en œuvre par l'Etat des observations finales du Comité, rendues publiques en février 2016.

En cette année d'élections capitales pour notre pays, il nous a en effet semblé utile d'actualiser et présenter nos observations et analyses concernant la situation des enfants en France, de mesurer les avancées et les progrès restant à accomplir, en faisant ressortir les sujets les plus préoccupants ou les plus sensibles.

Utile également de saisir l'occasion du rapport pour rappeler aux pouvoirs publics, nationaux et locaux, et au grand public, les dispositions de la convention internationale des droits de l'enfant (CIDE), ainsi que de ses protocoles facultatifs, qui représentent autant d'obligations positives pour l'Etat du fait de leurs ratifications successives.

L'enquête sur l'accès aux droits réalisée par le Défenseur des droits en 2016 auprès de 5000 personnes résidant en métropole, est en effet venue confirmer le constat fait en 2015 d'une méconnaissance persistante de la CIDE dans notre pays, doublé d'incompréhensions assez générales sur son contenu, notamment sur la notion centrale « d'intérêt supérieur de l'enfant ».

Or il est de notre rôle, aux termes de la loi organique du 29 Mars 2011, d'assurer la promotion de l'intérêt supérieur et des droits fondamentaux reconnus en particulier par la CIDE ainsi que par la législation interne.

Cette mission de promotion implique que nous assurions une veille permanente et transversale de la manière dont les recommandations adressées au gouvernement à l'issue de l'examen périodique sont effectivement appliquées.

C'est tout l'objectif du dispositif à la construction duquel nous avons travaillé pendant plusieurs mois, en lien avec les experts du Comité et qui implique fortement la société civile, ce qui constitue un dispositif totalement nouveau dans notre pays.

Le rapport 2017 consacré aux droits de l'enfant est aussi inédit dans la forme que le dispositif indépendant lancé par nos soins en début d'année ! Sur le fond, il se situe dans la continuité de nos précédents travaux, qui mettent régulièrement en évidence notre constat, tiré principalement des nombreuses saisines qui nous sont adressées, d'un déséquilibre entre les droits consacrés par les textes législatifs et réglementaires ou les plans d'action nationaux, et les droits réalisés de manière effective pour tout un chacun.

Ainsi il reconnait la volonté du précédent gouvernement de dépasser les cloisonnements institutionnels dénoncés de longue date par de nombreux observateurs et clairement rappelés par le Comité des droits de l'enfant de l'ONU en février 2016, en se dotant de structures de coordination des acteurs (HCFEA, CNPE), dont la mise en place récente devra toutefois être évaluée à l'usage.

Il souligne également la pertinence de plusieurs évolutions du cadre juridique applicable aux enfants, introduites durant l'année 2016 et le premier trimestre 2017, de même que de diverses initiatives ayant vocation à améliorer structurellement la situation, telles le plan interministériel de mobilisation et de lutte contre les violences faites aux enfants ou la démarche de consensus sur les besoins fondamentaux des enfants relevant de la protection de l'enfance.

Il reconnait aussi avec satisfaction que les premiers mois du nouveau quinquennat se caractérisent par une volonté de continuité des actions engagées, avec une mobilisation de l'Etat aux côtés des collectivités territoriales, des associations et des professionnels, dans le cadre du lancement de stratégies nationales dirigées vers et pour les enfants : volet spécifique de la stratégie nationale de santé, stratégie nationale de lutte contre la pauvreté des enfants. Ceci dans une approche transversale et globale qui répond bien aux recommandations du Comité des Nations-Unies. De ce point de vue, il n'est pas indifférent de souligner le choix que nous avons fait cette année de nous intéresser plus particulièrement au droit à la santé et à l'éducation à la sexualité, au sens où les définit l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) : en mettant l'accent sur diverses réalités concrètes vécues par les enfants et adolescents, et en énonçant vingt et une préconisations, d'ordre général ou opérationnel, en direction des pouvoirs publics.

Pour autant, il restera à vérifier si les volontés affirmées, seront réellement mises en œuvre, selon quel calendrier, et avec quels indicateurs permettant d'en mesurer l'efficacité. Plus largement, il conviendra de s'assurer des conditions de mise en œuvre par l'Etat de l'ensemble des observations finales du Comité des droits de l'enfant de l'ONU, de leur degré d'appropriation et de suivi, au niveau interministériel mais aussi au niveau des collectivités locales, au vu des compétences qui leur sont dévolues. Rappelons en effet que la première des observations du Comité des droits de l'enfant à la France en 2016 est d'appliquer les recommandations énoncées en 2009 !

Exemple de contradiction manifeste : les annonces récentes du gouvernement sur la prise en charge des Mineurs non accompagnés par l'Etat ne sont pas conformes aux recommandations correspondantes du Comité.

De même, et parce que la mise en œuvre d'une politique s'appuie concrètement sur des moyens et des ressources, il faudra traiter la question de l'impact sur les droits des enfants, des contraintes financières auxquelles sont confrontées les collectivités publiques, en commençant par améliorer la consolidation des budgets et leur lisibilité.

En d'autres termes, les projets annoncés résisteront-ils à l'épreuve des faits et de la réalité ?

C'est le message de notre rapport 2017.

Jacques TOUBON,
Défenseur des droits

Geneviève AVENARD,
Défenseure des enfants
Adjointe du Défenseur des droits

Sommaire

Introduction 06

Partie 1 **Suivi de la mise en œuvre des observations du Comité des droits de l'enfant de l'ONU** 10

I . Adoption du 3e protocole facultatif à la CIDE 11

II . Applicabilité directe de la CIDE 12

III . Procédure de divorce par consentement mutuel et droit de l'enfant d'être entendu 13

IV . État civil et naissances 14

V . Liberté d'expression et d'association 16

VI . Protection contre les violences 16

VII . Protection de l'enfance 23

VIII . Réforme de l'adoption 29

IX . Enfants sans-domicile 30

X . Mineurs non accompagnés 34

XI . Réforme du système de justice des mineurs 40

Partie 2 **Suivi de la mise en œuvre du droit à la santé** 42

I . Pour une stratégie nationale de santé dédiée aux enfants 44

A . Renforcer le soutien aux parents 45

B . Donner la priorité à la prévention 45

C . Développer la participation des enfants 46

D . Garantir des moyens suffisants 46

II . Des difficultés persistantes d'accès à la santé pour les enfants en situation de vulnérabilité 49

A . Un cumul de difficultés pour l'accès à la santé des enfants de Guyane et de Mayotte 49

B . Précarité et accès aux soins : des difficultés aggravées pour les enfants étrangers 57

C . La santé des enfants confiés à la protection de l'enfance : garantir la continuité des soins 65

III . La prise en charge des enfants présentant des besoins spécifiques en santé : un défi à relever 70

A . Les enfants hospitalisés : rendre effectifs leurs droits 70

B . La lutte contre les violences faites aux enfants : un enjeu de santé publique 74

C . La santé des enfants handicapés 77

D . Les enfants touchés par des variations du développement sexuel 84

. 12 Recommandations pour le droit à la santé 86

Partie 3 Suivi de la mise en œuvre de l'éducation à la sexualité 90

I . L'éducation à la sexualité en France : mesurer son effectivité 92

A . Qu'en pensent les jeunes ? 92

B . A l'école, un cadre légal et réglementaire suffisant 99

C . En pratique : une mise en œuvre qui n'est pas à la hauteur des textes en vigueur 100

II . Renforcer le rôle de chaque acteur de l'éducation à la sexualité 104

A . Mieux former les acteurs de l'éducation à la sexualité 104

B . Garantir la qualité des interventions extérieures à l'école 106

C . Prendre en compte la parole des enfants et des jeunes 107

D . Associer les parents 109

. 9 Recommandations pour l'éducation à la sexualité 112

Conclusion 114

Annexes 115

. Liste des contributions, auditions et réunions de travail 116

. Liste des associations participantes aux ateliers organisés par le Défenseur des droits le 7 juin 2017 117

. Liste des sigles 118

. Références 120

Introduction

La Convention internationale des droits de l'enfant (CIDE)[1], adoptée par l'Assemblée générale des Nations-Unies en 1989 et ratifiée par la France en 1990, reconnaît les enfants comme sujets de droits à part entière, tout en leur apportant une protection particulière en raison de leur vulnérabilité et de leur dépendance aux adultes.

La Convention impose aux Etats qui l'ont ratifiée des obligations et des devoirs liés au respect, à la protection et à la mise en œuvre des droits de l'enfant.

Elle institue à cet effet le **Comité des droits de l'enfant de l'ONU, chargé d'assurer un contrôle de la mise en œuvre de la Convention dans les Etats parties**. La principale procédure de contrôle pour évaluer la mise en œuvre de la Convention est celle de l'examen périodique. Ainsi, tous les cinq ans, les Etats signataires sont tenus de rendre au Comité un rapport qui doit faire état des mesures prises pour l'application de la Convention, des progrès réalisés et des difficultés éventuellement rencontrées pour assurer l'effectivité de ses dispositions.

Dans le cadre de l'examen périodique, le Comité examine les rapports alternatifs qui lui sont adressés par les représentants de la société civile. Il s'appuie également sur des rapports émanant des autorités administratives indépendantes concernées par les droits de l'enfant. A l'issue de ce processus, le Comité adresse à l'Etat partie des observations présentant son analyse de la situation des droits de l'enfant dans le pays concerné et formule des recommandations visant à l'améliorer.

Le 5e examen périodique de la France devant le Comité des droits de l'enfant de l'ONU[2] s'est déroulé en 2015/2016. Le Défenseur des droits, en tant que mécanisme indépendant chargé par la Loi organique du 29 Mars 2011 de défendre et promouvoir l'intérêt supérieur et les droits de l'enfant, s'est fortement impliqué dans ce processus, qui constituait une première pour l'institution.

Le Défenseur des droits a remis au Comité en février 2015 un rapport d'appréciation qui dresse un bilan en demi-teinte de l'application de la CIDE en France, reconnaissant que des progrès significatifs ont été réalisés dans plusieurs domaines mais regrettant que les enfants les plus vulnérables – enfants en situation de précarité, porteurs de handicap, migrant seuls ou avec leur famille notamment – peinent à accéder à leurs droits.

Ce processus d'examen périodique s'est conclu par des observations finales, adressées par le Comité des droits de l'enfant à la France en février 2016[3]. Le comité, tout en relevant des points positifs, a souligné les lacunes et marges de progrès dans l'application de la Convention, et fait plusieurs recommandations, qui s'inspirent largement du rapport d'appréciation du Défenseur des droits.

Les recommandations du Comité des droits de l'enfant sont pour la France une feuille de route, qui doit lui permettre de

[1] http://www.ohchr.org/FR/ProfessionalInterest/Pages/CRC.aspx
[2] Il s'agissait du 5e examen périodique de la France, le précédent ayant eu lieu en 2009. Il s'agissait cependant du premier examen périodique de la France intervenant depuis la création du Défenseur des droits.
[3] http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRC%2fC%2fFRA%2fCO%2f5&Lang=en

mieux respecter ses obligations tirées de la Convention.

Pour le Défenseur des droits, ces recommandations sont un guide et un levier supplémentaire dans l'exercice de ses missions de défense et de promotion des droits des enfants.

C'est pourquoi, **le Défenseur des droits a souhaité créer un dispositif spécifique de suivi de la mise en œuvre, par le gouvernement, de ces observations**. Ce dispositif, fondé sur les recommandations générales du Comité des droits de l'enfant n° 2 et n° 5 et inédit dans notre pays, a vocation à faire vivre dans la durée les observations émises par le Comité des droits de l'enfant. Il s'agit à la fois d'aider les pouvoirs publics français à s'approprier les conclusions et les préconisations des experts des Nations-Unies, mais également de promouvoir leur prise en compte dans le cadre de l'élaboration et de la mise en œuvre concrète des politiques publiques.

Lancé au printemps 2017 et présenté au Collège du Défenseur des droits en charge des droits de l'enfant, le dispositif de suivi s'articule autour de trois niveaux :

- **Le premier niveau correspond aux missions du Défenseur des droits et s'appuie sur ses ressources internes**. Il comprend : une veille juridique et documentaire qui mobilise l'ensemble des services de l'institution, d'abord le pôle de défense des droits de l'enfant mais aussi les référents « droits de l'enfant » désignés dans chaque pôle et dont la mission consiste à faire remonter l'ensemble des situations et informations relatives aux droits de l'enfant ; une veille opérationnelle correspondant au recueil et à l'analyse des saisines reçues au siège ; une veille opérationnelle portant sur les spécificités territoriales, via le réseau des délégués du Défenseur des droits.
- **Le deuxième niveau repose sur un dialogue régulier avec les représentants de la société civile**, en particulier dans le cadre des comités d'entente, et les institutions qui se sont investies dans le processus d'examen périodique de la France. L'enjeu est de s'appuyer sur la dynamique collective constatée lors du dernier examen périodique tout en la développant à de nouveaux acteurs pour les sensibiliser aux sujets spécifiques liés aux enfants. Une série d'ateliers thématiques où étaient conviés de nombreuses associations et acteurs de terrain a ainsi été organisée dans les locaux du Défenseur des droits le 7 juin 2017. Cette rencontre a permis d'engager des échanges fructueux sur différents thèmes : droits civils et éducation ; violences faites aux enfants et protection de remplacement ; handicap, santé et bien-être ; mesures de protection spéciale. Pour nourrir le dispositif de suivi, ont été abordées dans chacun des ateliers l'évolution du cadre légal et réglementaire, les politiques publiques et les nouveaux enjeux.
- **Au troisième niveau, le dispositif s'appuie sur la participation des enfants**, conformément aux préconisations du Comité des droits de l'enfant dans l'observation générale n°12 du 20 juillet 2009. L'objectif est notamment de s'adresser aux jeunes les plus vulnérables et souvent les plus éloignés des dispositifs de consultation et participation (jeunes accueillis en établissements médico-sociaux, jeunes de la protection judiciaire de la jeunesse, jeunes accueillis en protection de l'enfance…) pour les associer à l'évaluation de leurs droits.

Pour 2017, année de lancement du dispositif de suivi, le choix a donc été fait d'y consacrer le rapport annuel sur les droits de l'enfant, en s'intéressant de manière précise et détaillée à la mise en œuvre par la France des observations finales du Comité des droits de l'enfant adressées à notre pays il y a deux ans.

Toutes les thématiques traitées par le Comité des droits de l'enfant ne seront pas abordées dans le présent rapport, le choix ayant été fait de présenter celles

qui ont fait l'objet d'évolutions législatives, règlementaires ou pratiques (partie I).

Une attention particulière sera en outre portée à deux thématiques : celle du droit à la santé d'une part car, s'il conditionne largement l'effectivité des autres droits reconnus aux enfants tels que le droit à l'éducation et aux loisirs, il dépend également de l'effectivité de certains droits de l'enfant, en particulier du droit à un niveau de vie suffisant (partie II) ; celle de l'éducation à la sexualité, d'autre part, en écho aux travaux du réseau ENOC - réseau européen des ombudsmans pour les droits de l'enfant, qui avait choisi de faire de cette question son thème de travail pour l'année 2017 (Partie III).

La méthodologie du rapport

Les sujets couverts par ce rapport étant vastes et complexes, plusieurs sources d'information ont été nécessaires à sa réalisation :

- Une veille portant sur les évolutions législatives et règlementaires relatives à l'enfance ;
- Une revue de littérature (rapports associatifs et institutionnels, articles spécialisés, *etc.*) ;
- Un suivi des décisions et travaux du Défenseur des droits.

Les ateliers thématiques organisés le 7 juin 2017 avec les associations dans le cadre du dispositif de suivi de la mise en œuvre de la Convention internationale relative aux droits de l'enfant ont également permis d'enrichir les informations et d'alimenter la réflexion.

Enfin, plusieurs acteurs de terrain ont été auditionnés par les équipes du Défenseur des droits et/ou ont fait parvenir des contributions écrites. Ces échanges particulièrement fructueux ont permis de confronter les évolutions du cadre juridico-politique à la pratique.

Que soient vivement remerciés tous ceux qui ont contribué à l'élaboration de ce rapport.

Les premiers ateliers avec les associations dans le cadre du dispositif de suivi

Le 7 juin dernier, près de 80 représentants d'associations étaient présents pour participer à une après-midi de travail, ponctuée d'ateliers visant à évaluer la prise en compte et le degré de mise en œuvre, par l'Etat, des recommandations formulées par le Comité des droits de l'enfant en janvier 2016.

Parmi elles, les associations ou collectifs d'associations ayant participé, par leurs rapports alternatifs, à l'examen périodique de la France, ainsi que les associations membres des différents comités d'entente mis en place par le Défenseur des droits.

Quatre ateliers ont été organisés :

- Droits civils et éducation
- Handicap, santé et bien-être
- Mesures de protection spéciales
- Violences à l'égard des enfants

Chacun des ateliers a abordé l'évolution du cadre légal et réglementaire, les politiques publiques et les nouveaux enjeux.

Partie 1

Suivi de la mise en œuvre des observations du Comité des droits de l'enfant de l'ONU

I . Adoption du 3e protocole facultatif à la CIDE

Recommandation du Comité des droits de l'enfant de l'ONU :

Ratifier le 3e protocole facultatif

Adopté le 19 décembre 2011, le Troisième Protocole facultatif à la Convention relative aux droits de l'enfant est entré en vigueur le 14 avril 2014. Le Défenseur des droits a régulièrement interpellé le gouvernement pour une ratification de ce texte dans les meilleurs délais.

La France a finalement ratifié ce texte sans réserve le 7 janvier 2016. Ce Protocole vient ainsi s'ajouter aux deux premiers protocoles facultatifs relatifs, d'une part, à la vente et la prostitution des enfants, et la pornographie mettant en scène des enfants, d'autre part, à l'implication d'enfants dans les conflits armés.

A l'instar d'autres protocoles facultatifs aux conventions onusiennes, le Troisième Protocole établit trois procédures susceptibles d'être mises en œuvre par le Comité des droits de l'enfant en cas de violation d'un ou plusieurs droits consacrés par la Convention ou par l'un des Protocoles facultatifs.

Il instaure une procédure de recours individuel autorisant un enfant, ou l'un de ses représentants, à présenter une communication individuelle devant le Comité, dans un délai d'un an après avoir épuisé l'ensemble des voies de recours juridictionnels au niveau national.

Actuellement, il existe vingt-neuf affaires pendantes devant le Comité, dont une concernant la France relative à l'expulsion forcée de mères avec jeunes enfants d'un camp rom installé dans une banlieue parisienne, sans mesures de relogement, ni possibilité d'assister à l'école.

Parallèlement à cette procédure, **le Comité peut diligenter une enquête à l'égard d'un Etat partie s'il reçoit des informations crédibles relatives à une violation grave ou systématique des droits énoncés dans la Convention** ou dans l'un des Protocoles facultatifs. Après avoir recueilli les observations de l'Etat partie en cause, le Comité peut demander à l'un ou plusieurs de ses membres de diriger l'enquête, menée de manière indépendante et confidentielle et avec la coopération de l'Etat partie. Le Comité transmet ensuite les résultats de l'enquête, accompagnés le cas échéant d'observations et de recommandations, à l'Etat partie qui est tenu de présenter ses observations, dans un délai maximum de six mois. Après consultation de l'Etat partie, le Comité peut intégrer un compte rendu succinct des résultats dans son rapport biennal présenté devant l'Assemblée générale des Nations-Unies.

Enfin, le Troisième Protocole permet à un Etat partie de porter plainte contre un autre Etat partie. Cette procédure de communications interétatiques reste, à l'heure actuelle, rarement utilisée au sein du système onusien.

Six ans après son adoption, le Troisième Protocole est encore méconnu par une multitude d'acteurs tant au plan national qu'international. Il nous apparaît donc nécessaire de mieux faire connaître ces dispositifs de protection en cas de violation d'un ou plusieurs droits consacrés par la Convention et les Protocoles facultatifs.

II . Applicabilité directe de la CIDE

Recommandation du Comité des droits de l'enfant de l'ONU :

Veiller à ce que la CIDE soit reconnue comme étant d'applicabilité directe

En 2009, à l'issue de l'examen du 4e rapport périodique de la France, le Comité des droits de l'enfant s'était félicité de la jurisprudence de la Cour de cassation qui reconnaissait l'applicabilité directe de la Convention relative aux droits de l'enfant, suivant en cela la jurisprudence du Conseil d'Etat. Cependant, il s'était dit préoccupé par le nombre limité de dispositions reconnues comme étant directement applicables.

En 2015, le Défenseur des droits a élaboré un tableau récapitulatif sur les positions des deux plus hautes juridictions des ordres administratif et judiciaire quant à l'effet direct de la Convention, transmis au Comité des droits de l'enfant, et montrant une évolution limitée de la jurisprudence.

En février 2016, le Comité des droits de l'enfant a de nouveau exprimé sa préoccupation quant au nombre très limité de dispositions de la Convention reconnues comme étant directement applicables. Il a déploré que les principes et les droits qui y sont consacrés ne soient pas intégrés dans la législation nationale et a recommandé « de nouveau » à la France de veiller à ce que toutes les dispositions de la Convention soient applicables sur l'ensemble de son territoire et à ce que celles-ci puissent être invoquées par les particuliers devant les juridictions internes.

Depuis, aucune évolution jurisprudentielle notable n'a eu lieu.

Ainsi, pour l'heure, sur les 54 articles que comprend la Convention, seuls 6 font l'objet d'un consensus du Conseil d'Etat et de la Cour de cassation quant à leur effet direct, 15 sont considérés par l'une des hautes juridictions comme n'ayant aucun effet direct en droit interne. Enfin les autres dispositions n'ont pas fait l'objet de décision permettant de se prononcer sur la reconnaissance de leur effet direct en droit interne.

Tout en constatant avec satisfaction que les deux plus hautes juridictions ont aujourd'hui une position commune sur l'applicabilité de la notion centrale qu'est l'intérêt supérieur de l'enfant, le Défenseur des droits regrette que la reconnaissance de l'applicabilité directe des dispositions de la Convention reste parfois sélective, fluctuante, voire implicite.

III . Procédure de divorce par consentement mutuel et droit de l'enfant d'être entendu

Recommandation du Comité des droits de l'enfant de l'ONU :

Veiller à ce que tous les enfants jouissent du droit d'être entendu en particulier dans le cadre des procédures et décisions judiciaires et administratives.

La loi du 18 novembre 2016, dite de « modernisation de la justice du 21e siècle », a introduit dans le code civil une forme de déjudiciarisation des divorces par consentement mutuel.

Elle a en effet consacré le nouveau « *divorce par consentement mutuel par acte sous signature privée contresigné par avocats, déposé au rang des minutes d'un notaire* ». Le juge aux affaires familiales n'interviendra donc plus pour prononcer le divorce lorsque les époux, assistés chacun de leur avocat, optent pour cette nouvelle procédure de divorce.

Toutefois, conformément aux recommandations du Comité, **la loi prévoit bien que cette nouvelle procédure ne peut pas être mise en œuvre lorsque l'enfant mineur, informé de son droit d'être entendu, demande son audition par le juge** (art. 229-2 du code civil).

Ainsi, l'article 338-1 du code de procédure civile impose que la convention de divorce contienne la mention selon laquelle « *le mineur capable de discernement a été avisé de son droit à être entendu et assisté d'un avocat et, le cas échéant, qu'il n'a pas souhaité faire usage de cette faculté* ». Un modèle de formulaire d'information des enfants mineurs dans le cadre d'un tel divorce a été fixé par l'arrêté du 28 décembre 2016.

Cette disposition relative à la possible audition de l'enfant, pour nécessaire qu'elle soit, n'est pas dénuée de limites :

- aucune autorité n'est chargée de vérifier que l'information a été correctement donnée aux enfants concernés ;
- il est laissé aux seuls parents le soin d'apprécier le discernement de leur(s) enfant(s) ;
- l'enfant est placé dans une situation délicate, entre instrumentalisation et conflit de loyauté : c'est sa demande d'être entendu par un juge qui aura des effets directs sur une décision parentale de mode de séparation dans laquelle il n'est et n'a pas à être partie prenante.

Le Défenseur des droits a, dès le 11 mai 2016, appelé l'attention du Garde des Sceaux, ministre de la Justice, sur le fait que cette nouvelle procédure de divorce ne tenait pas suffisamment compte de l'intérêt supérieur de l'enfant.

Insistant sur les termes de l'article 3 de la Convention internationale relative aux droits de l'enfant qui dispose que l'intérêt supérieur de l'enfant doit « être une considération primordiale », et sur l'article 12 qui garantit à l'enfant « capable de discernement » le droit « d'exprimer librement son opinion sur toute question l'intéressant », il avait recommandé que cette procédure de divorce à l'amiable devant notaire soit réservée aux seuls couples sans enfant ou avec enfants majeurs.

Le Défenseur des droits a été amené à faire part de ses observations en ce sens auprès de la Commission européenne, dans le cadre d'une plainte déposée courant 2017 par plusieurs avocats français qui ont estimé que cette réforme du divorce violait le droit de l'Union européenne.

IV . État civil et naissances

Recommandation du Comité des droits de l'enfant de l'ONU :

Prendre les mesures nécessaires pour garantir l'enregistrement des naissances de tous les enfants nés en Outre-mer, notamment en Guyane.

La loi du 18 novembre 2016, dite de « modernisation de la justice du 21e siècle » a étendu le délai de déclaration de naissance de 3 à 5 jours (art.54).

Le décret d'application du 2 mars 2017 (décret n° 2017-278) établit la liste des communes de Guyane où ce délai est porté à 8 jours du fait de l'éloignement entre le lieu de naissance et le lieu où se situe l'officier de l'état civil (art. 2).

Ce décret précise également que le jour de l'accouchement n'est pas compté dans le délai de déclaration de naissance (art.1).

Cette extension des délais d'enregistrement des naissances fait suite à une proposition de réforme formulée par le Défenseur des droits dans son rapport d'appréciation remis au Comité.

Recommandation du Comité des droits de l'enfant de l'ONU :

Accorder la nationalité française aux enfants nés d'une GPA à l'étranger et assurer la transcription à l'état civil français de leur acte de naissance.

Dans deux arrêts de 2016 et 2017, la CEDH a condamné la France pour avoir refusé de transcrire les actes de naissance d'enfants nés d'une GPA à l'étranger dans les registres de l'état civil français.

Elle déclare avoir pris note du revirement de jurisprudence de la Cour de cassation en 2015, autorisant la transcription partielle sur les registres de l'état civil français de l'acte de naissance de l'enfant en ce qu'il désigne le père biologique (Foulon et Bouvet c. France, 21 juillet 2016 et Laborie c. France, 19 janvier 2017).

En 2017, la Cour de cassation s'est prononcée sur la question du parent d'intention. Elle a considéré que l'acte de naissance ne peut être retranscrit sur les registres de l'état civil lorsqu'il désigne la mère d'intention, celle-ci n'ayant pas accouché de l'enfant. Cependant, la Cour a précisé que l'adoption permet de créer un lien de filiation entre les enfants et l'épouse de leur père, si elle est conforme à l'intérêt de l'enfant et si les conditions légales sont réunies (Cour de cassation, arrêts n°825 à 827, 5 juillet 2017).

Le Défenseur des droits salue l'évolution de la jurisprudence de la Cour de cassation. Cependant, il rappelle les obligations conventionnelles de la France en matière de reconnaissance et d'établissement de la filiation des enfants nés à l'étranger d'une GPA, notamment à l'égard des parents d'intention. Il restera donc attentif à l'effectivité des voies judiciaires - telles que l'adoption - permettant l'établissement du lien de filiation entre l'enfant et le parent d'intention, ainsi qu'à celle de la nouvelle procédure de réexamen en matière d'état des personnes ouverte à toute personne qui peut se prévaloir d'un arrêt de la CEDH ayant prononcé une violation de la Convention européenne des droits des droits de l'homme (procédure créée par la loi du 18 novembre 2016 de modernisation de la justice du XXIe siècle).

V . Liberté d'expression et d'association

Recommandation du Comité des droits de l'enfant de l'ONU :

Prendre les mesures nécessaires à la garantie de la liberté d'expression et d'association pour tous les enfants.

La loi du 27 janvier 2017, dite « loi égalité et citoyenneté » a renforcé la liberté d'expression et d'association de l'enfant.

S'agissant de la liberté d'expression, tout mineur de plus de 16 ans peut désormais, avec l'accord de ses représentants légaux, être nommé directeur ou codirecteur de la publication d'un journal ou écrit périodique réalisé bénévolement (art. 41).

S'agissant de la liberté d'association, tout mineur peut désormais librement devenir membre d'une association. En dessous de 16 ans, le mineur peut participer à la constitution d'une association et être en charge de son administration, sous réserve de l'accord préalable écrit de ses représentants légaux. A partir de 16 ans, seule une information des représentants légaux par l'association est nécessaire (art. 43).

Ces mesures doivent être saluées, en ce qu'elles permettent de mettre en œuvre deux droits consacrés par la CIDE en ses articles 13 et 15 et contribuent à améliorer la considération de l'enfant ou l'adolescent comme titulaire de droits civils.

VI . Protection contre les violences

Recommandation du Comité des droits de l'enfant de l'ONU :

Accélérer l'adoption d'une stratégie globale visant à prévenir et combattre toutes les formes de violence à l'égard des enfants, dans le cadre de la politique générale de protection de l'enfance.

Article 19 de la Convention relative aux droits de l'enfant :

19

*« **1.** Les Etats parties prennent toutes les mesures législatives, administratives, sociales et éducatives appropriées pour protéger l'enfant contre toute forme de violence, d'atteinte ou de brutalités physiques ou mentales, d'abandon ou de négligence, de mauvais traitements ou d'exploitation, y compris la violence sexuelle, pendant qu'il est sous la garde de ses parents ou de l'un d'eux, de son ou ses représentants légaux ou de toute autre personne à qui il est confié.*

***2.** Ces mesures de protection doivent comprendre, 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. »*

Article 34 de la Convention relative aux droits de l'enfant :

34

« Les Etats parties s'engagent à protéger l'enfant contre toutes les formes d'exploitation sexuelle et de violence sexuelle. A cette fin, les Etats prennent en particulier toutes les mesures appropriées sur les plans national, bilatéral et multilatéral pour empêcher :

***a)** Que des enfants ne soient incités ou contraints à se livrer à une activité sexuelle illégale;*

***b)** Que des enfants ne soient exploités à des fins de prostitution ou autres pratiques sexuelles illégales;*

***c)** Que des enfants ne soient exploités aux fins de la production de spectacles ou de matériel de caractère pornographique. »*

Un plan interministériel très attendu de lutte contre les violences faites aux enfants

La publication en mars 2017 du plan interministériel de mobilisation et de lutte contre les violences faites aux enfants 2017-2019 par le ministère des familles, de l'enfance et des droits des femmes constitue **une avancée incontestable pour rendre effectif le droit de l'enfant à être protégé contre toute forme de violence**. Il détaille quatre axes de travail : améliorer la connaissance et comprendre

les mécanismes des violences ; sensibiliser et prévenir ; former pour mieux repérer ; accompagner les enfants victimes de violences.

Certaines mesures ont déjà été mises en œuvre. Ainsi, une convention cadre a été signée entre le service national d'accueil téléphonique de l'enfance en danger (SNATED) gérant le 119 et Solidarité Femmes (gérant le 3919, numéro dédié aux femmes victimes de violences). Cette mesure vise à renforcer les liens entre ces deux services et à mettre en place un principe de « culture partagée dans l'information et la formation des professionnels, afin de mieux prendre en compte les enfants victimes de violences au sein du couple ».

Sur d'autres sujets, le travail est encore à faire. Il conviendra donc d'être attentif à leur mise en œuvre concrète, qui sera désormais pilotée par le ministère des Solidarités et de la Santé, également en charge de la protection de l'enfance.

Il est par ailleurs dommage que ce plan interministériel soit uniquement axé sur les violences intrafamiliales et ne concerne pas l'ensemble des violences faites aux enfants, en particulier les violences institutionnelles.

Les violences sexuelles commises sur les enfants

La loi n° 2016-297 du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant a, d'une part, réintroduit la notion d'inceste dans le code pénal[4] et, d'autre part, modifié l'article 434-3 du code pénal qui réprime désormais le fait pour quiconque ayant eu connaissance « *de privations, de mauvais traitements ou d'agressions ou atteintes sexuelles infligées à un mineur* » [et non plus seulement d'atteintes sexuelles infligées à un ou une mineur.e de quinze ans] de ne pas en informer les autorités judiciaires ou administratives.

Par ailleurs, la question de la prescription des crimes sexuels commis sur les mineurs demeure d'actualité. Si la loi n°2017-242 du 27 février 2017 portant réforme de la prescription en matière pénale a profondément réformé les règles de prescription, elle n'a pas modifié le délai applicable aux crimes sexuels commis sur les mineurs, ni retenu les amendements visant à rendre certains crimes imprescriptibles.

Le plan interministériel de mars 2017 a prévu qu'une réflexion soit menée sur ce point. Un rapport a ainsi été rendu le 10 avril 2017 par la mission de consensus sur le délai de prescription applicable aux crimes sexuels commis sur les mineurs, présidée par Madame Flavie FLAMENT et Monsieur Jacques CALMETTES. Ce rapport recommande de « *prévoir pour les crimes sexuels commis sur les mineurs un délai de prescription dérogatoire d'une durée de 30 ans, commençant à courir à partir de la majorité de la victime* ».

La ministre de la Justice et la secrétaire d'Etat à l'Egalité entre les femmes et les hommes ont annoncé qu'elles présenteront en 2018 un projet de texte contre les violences sexistes et sexuelles, notamment contre les violences à l'égard des mineurs, qui devrait inscrire dans la loi qu'en-deçà d'un certain âge, restant à définir, il n'y a pas de débat sur le fait de savoir si l'enfant est ou non consentant.

La fixation d'un tel seuil d'âge peut susciter *a priori* l'adhésion dans la mesure où il

[4] *« L'article 222-31-1 du code pénal dispose que : Les viols et les agressions sexuelles sont qualifiés d'incestueux lorsqu'ils sont commis sur la personne d'un mineur par :*
1° Un ascendant ;
2° Un frère, une sœur, un oncle, une tante, un neveu ou une nièce ;
3° Le conjoint, le concubin d'une des personnes mentionnées aux 1° et 2° ou le partenaire lié par un pacte civil de solidarité avec l'une des personnes mentionnées aux mêmes 1° et 2°, s'il a sur le mineur une autorité de droit ou de fait. »

permet de simplifier l'appréhension des situations et d'améliorer la protection des mineurs victimes. Il convient en réalité de souligner la complexité de cette question et la nécessité de la considérer dans toutes ses dimensions. Il faudra en particulier en mesurer les impacts sur l'ensemble des droits des enfants, y compris au regard des conséquences pour le mineur victime de l'ouverture d'une procédure criminelle. **Le Défenseur des droits appelle le gouvernement à réaliser une véritable étude d'impact afin d'éclairer les débats parlementaires pour que soit retenue la législation la plus respectueuse de l'ensemble des droits des enfants**.

Une sensibilisation à la protection contre les violences auprès du grand public

Recommandation du Comité des droits de l'enfant de l'ONU :

« Renforcer encore les programmes de sensibilisation et d'éducation, y compris les campagnes, avec la participation d'enfants ».

Le Défenseur des droits a récemment publié les résultats du volet de son enquête sur l'accès aux droits consacré aux droits de l'enfant[5] qui montre que seule la moitié des personnes interrogées peuvent spontanément citer au moins un droit de l'enfant, et moins d'un quart mentionnent le droit de l'enfant d'être protégé contre les violences.

Par ailleurs, 16 % de la population rapporte avoir été témoin d'une atteinte aux droits de l'enfant dans les cinq dernières années. Les situations de maltraitance (physique, verbale, psychologique et/ou sexuelle) sont les plus fréquemment rapportées. Si elles ne sont pas majoritaires, une part importante des personnes ayant été témoins d'une atteinte aux droits de l'enfant d'autrui n'engage pas de démarches pour les faire reconnaitre (49 %).

Si le non-recours est en partie lié à la méconnaissance des droits de l'enfant et des acteurs chargés de leur protection, de nombreuses autres logiques sont mises en lumière par l'enquête : doute sur l'illégalité de la situation dont on est témoin, manque de preuves, peur des conséquences, manque de confiance envers les acteurs de la protection des droits de l'enfant, freins liés à la perception d'une division entre les sphères privée et publique qu'il faudrait respecter.

Ces résultats plaident en faveur d'un travail de sensibilisation de la population sur le rôle que chacun peut jouer en matière de défense des droits de l'enfant. Seule une prise de conscience plus large du fait que tout le monde est concerné peut contribuer à mettre un terme à des situations où les droits d'un enfant sont bafoués.

Dans ce contexte, après plus de vingt années sans déploiement de campagne de communication nationale sur le sujet, le Défenseur des droits a salué la démarche de communication lancée le 1er mars 2017 par la ministre des Familles, de l'Enfance et des Droits des Femmes sous la bannière « Enfants en danger : dans le doute, agissez ! » avec pour objectif de sensibiliser, responsabiliser et mobiliser chaque citoyen en matière de prévention et de repérage des violences faites aux enfants.

La campagne de sensibilisation à la maltraitance des enfants lancée par « La Voix De l'Enfant », que le Défenseur des droits a soutenue, allait dans le même sens. L'objectif était de sensibiliser le grand

[5] Enquête sur l'accès aux droits volume 4, Place et défense des droits de l'enfant en France, Paris, Défenseur des droits, mai 2017.

public sur les violences faites aux enfants en rappelant que le 119, numéro national gratuit, à l'écoute 24h/24, 7 jours sur 7, est joignable en cas de doute ou pour signaler un enfant en danger.

Il apparaît toutefois essentiel d'évaluer l'impact de ces campagnes de communication sur les appels passés au 119, particulièrement par les enfants eux-mêmes.

Par ailleurs, s'agissant des mutilations génitales féminines, le Comité a spécifiquement recommandé à la France « *de sensibiliser les filles exposées, les professionnels de santé, les travailleurs sociaux, les policiers, les gendarmes et les magistrats* ». Une campagne de sensibilisation entièrement dédiée aux adolescentes de 12 à 18 ans et portée par l'association « Excision parlons-en ! » avec le soutien du Ministère des Familles, de l'Enfance et des Droits des Femmes, a été lancée pour la première fois en France au printemps 2017.

Une amélioration essentielle de la connaissance des phénomènes de violences faites aux enfants

Le Comité recommande à la France d'accélérer l'adoption d'une stratégie globale visant à prévenir et combattre toutes formes de violence à l'égard des enfants, dans le cadre de la politique générale de protection de l'enfance et de créer une base de données nationale sur tous les cas de violence à l'égard des enfants, dont les mauvais traitements, les violences sexuelles et la négligence, la violence familiale, le harcèlement et les brimades.

En effet, si les campagnes de communication sont essentielles pour sensibiliser, elles ne sont toutefois pas suffisantes.

Le Défenseur des droits considère que le développement d'un véritable outil statistique et la mise en place d'enquêtes approfondies sur les droits de l'enfant seraient de nature à mieux connaître les difficultés rencontrées pour améliorer la réactivité des citoyens lorsqu'ils sont témoins d'une atteinte aux droits des enfants.

La lutte contre les violences à l'école

Le Comité a indiqué être préoccupé par « *l'insuffisance des mesures prises à l'école pour sensibiliser les enfants à leurs droits, en particulier leur droit d'être protégé contre la violence, y compris le harcèlement et les brimades* ».

La problématique du harcèlement en milieu scolaire reste un sujet de préoccupation, même si des avancées notables ont eu lieu ces dernières années, avec notamment la création de la plateforme « non au harcèlement » joignable au 3020 et l'importante campagne de sensibilisation conduite sur l'année scolaire 2016-2017.

Le Défenseur des droits a récemment eu l'occasion de rendre une décision en la matière après avoir été saisi d'une réclamation relative au harcèlement subi par une lycéenne, cette dernière et sa famille estimant que la situation n'avait pas été suffisamment prise en compte par les services académiques de l'Education nationale. Dans sa décision n° 2017-076 du 19 juin 2017, le Défenseur des droits

recommande donc au ministère de l'Education nationale de diffuser à nouveau les protocoles et outils de lutte contre le harcèlement auprès de tous les chefs d'établissement scolaire et de continuer à promouvoir leur mise en place et leur utilisation systématique. Il profite également de cette occasion pour demander au ministère une plus grande promotion des droits de l'enfant définis dans la Convention internationale relative aux droits de l'enfant et notamment du droit d'être protégé contre toute forme de violence. A cet égard, il peut être déploré la non-reconduction pour l'année scolaire 2016/2017 des campagnes de lutte contre l'homophobie menées en 2015/2016 par le ministère de l'Education nationale.

Une meilleure coordination entre l'autorité judiciaire et les administrations pour tout professionnel en contact avec des enfants

Le Défenseur des droits s'est réjoui de l'adoption de la loi du 14 avril 2016 relative à l'information de l'administration par l'autorité judiciaire et à la protection des mineurs, qui permet une meilleure coordination entre le pouvoir judiciaire et l'autorité hiérarchique des professionnels en contact avec les enfants.

Cette loi, son décret d'application n° 2016-612 du 18 mai 2016 et la circulaire du 4 août 2016[6], offrent un nouveau cadre juridique précis pour une meilleure communication entre le procureur de la République et les administrations, en cas de mises en cause, de poursuites ou de condamnations de personnes exerçant une activité professionnelle ou sociale impliquant un contact habituel avec des mineurs et dont l'exercice est contrôlé, directement ou indirectement, par l'administration. Dorénavant, le procureur de la République a l'obligation d'informer l'administration concernée, par exemple l'Education Nationale, lorsqu'un agent fait l'objet d'une condamnation, même non définitive, pour des infractions graves à caractère violent ou de nature sexuelle, ou lorsque la personne, placée sous contrôle judiciaire est soumise à l'interdiction d'exercer une activité impliquant un contact habituel avec les enfants[7]. Ainsi, l'administration peut le cas échéant prendre des mesures conservatoires et engager une procédure disciplinaire.

[6] Circulaire du 4 août 2016 de présentation des dispositions de procédure pénale de la loi n° 2016-457 du 14 avril 2016 relative à l'information de l'administration par l'autorité judicaire et à la protection des mineurs et de son décret d'application n° 2016-612 du 18 mai 2016 (NOR : JUSD1622465C).

[7] L'article 706-47-4 du code de procédure pénale dispose : « *I.- Par dérogation au I de l'article 11-2, le ministère public informe par écrit l'administration d'une condamnation, même non définitive, pour une ou plusieurs des infractions mentionnées au II du présent article, prononcée à l'encontre d'une personne dont il a été établi au cours de l'enquête ou de l'instruction qu'elle exerce une activité professionnelle ou sociale impliquant un contact habituel avec des mineur.es et dont l'exercice est contrôlé, directement ou indirectement, par l'administration. Il informe également par écrit l'administration, dans les mêmes circonstances, lorsqu'une personne est placée sous contrôle judiciaire et qu'elle est soumise à l'obligation prévue au 12° bis de l'article 138. [...]* ».

Il faudra évaluer la mise en œuvre effective de ces dispositions afin de s'assurer que l'autorité judiciaire et les administrations se saisissent bien de ce dispositif, dans l'intérêt des enfants.

Protéger et accompagner les enfants témoins de violence : une recommandation qui peine à être mise en œuvre

Dans ses observations, le Comité recommande à la France « *d'élaborer des lignes directrices, protocoles et mécanismes de renvoi adaptés aux enfants victimes ou témoins de violence et en garantir une application cohérente dans l'ensemble de l'État partie* ».

Le Défenseur des droits déplore une fois de plus qu'un statut de « *l'enfant témoin* » s'inspirant pour beaucoup de la situation de l'enfant victime n'ait pas été mis en place, contrairement à ce qu'il a déjà préconisé à différentes reprises[8].

Une interdiction des châtiments corporels qui se fait attendre

Recommandation du Comité des droits de l'enfant de l'ONU :

« Interdire expressément les châtiments corporels dans tous les contextes, y compris dans la famille, à l'école, dans les structures de garde d'enfants et dans le cadre de la protection de remplacement ».

Le Défenseur des droits déplore, à l'instar du Comité, qu'à ce jour, cette recommandation n'ait pas été suivie d'effet. Plus que la portée légale d'une telle disposition, c'est davantage son poids symbolique qui serait significatif.

S'agissant du cadre familial, un amendement au projet de loi relatif à l'égalité et à la citoyenneté a été adopté, complétant l'article 371-1 du code civil aux termes duquel 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* » en y ajoutant « *et à l'exclusion de tout traitement cruel, dégradant ou humiliant, y compris tout recours aux violences corporelles* ». Mais cette disposition a été censurée par le Conseil constitutionnel, pour des raisons de procédure[9].

S'agissant de l'école, le Défenseur des droits a été saisi d'un dossier d'allégations de violences, physiques et psychologiques, commises par l'enseignante et directrice d'une école maternelle à l'encontre des enfants dont elle avait la charge.

Par jugement du 15 janvier 2016, le tribunal correctionnel l'a relaxée de l'intégralité des faits pour lesquels elle était poursuivie, les estimant insuffisamment établis. Le tribunal a notamment considéré que « *dans la présente affaire, (...) une décision de justice ne saurait se fonder sur des propos tenus ou réputés avoir été tenus par des*

[8] Voir notamment le rapport annuel sur les droits de l'enfant 2013 « l'enfant et sa parole en justice », ou encore le rapport du Défenseur des droits au Comité des droits de l'enfant des Nations-Unies – 2015.

[9] Décision du Conseil constitutionnel n° 2016-745 du 26 janvier 2017 quant à la loi n°2017-86 du 27 janvier 2017 relative à l'égalité et à la citoyenneté.

enfants âgés d'environ 3 à 5 ans ; cela serait contraire à la raison et au droit positif qui n'envisage la prise en compte de la parole d'un mineur qu'à condition qu'il soit capable de discernement (articles 388-1 et 372-2-11 du Code civil, 1186 du Code de procédure civile) ».

Le Défenseur des droits, pour qui le droit positif n'impose pas qu'un mineur soit capable de discernement pour que sa parole soit prise en considération dans une procédure pénale, a présenté des observations devant la cour d'appel de Limoges (décision n°2016-90), dans le cadre de l'appel formé par le procureur de la République contre cette décision. Dans un arrêt du 27 mai 2016, la cour d'appel de Limoges a condamné l'enseignante à 12 mois d'emprisonnement avec sursis et 5 ans d'interdiction d'exercer une activité professionnelle impliquant un contact avec des mineurs. L'enseignante s'est pourvue en cassation et le Défenseur des droits a également présenté des observations devant la Cour de cassation.

Une fois encore, le Défenseur des droits recommande que la prohibition des châtiments corporels dans tous les contextes soit inscrite dans la loi. Cette mesure devra nécessairement être accompagnée d'actions pédagogiques visant à sensibiliser le public à une éducation bienveillante et positive, ainsi qu'aux conséquences des violences de tous ordres sur les enfants, qu'elles soient physiques ou psychologiques.

VII . Protection de l'enfance

Recommandation du Comité des droits de l'enfant de l'ONU :

Améliorer la coordination des acteurs de la protection de l'enfance et la prise en compte des besoins de l'enfant.

Article 3 de la Convention relative aux droits de l'enfant :

3

*« **1.** Dans toutes les décisions qui concernent les enfants, qu'elles soient le fait des institutions publiques ou privées de protection sociale, des tribunaux, des autorités administratives ou des organes législatifs, l'intérêt supérieur de l'enfant doit être une considération primordiale.*

***2.** Les Etats parties s'engagent à assurer à l'enfant la protection et les soins nécessaires à son bien-être, compte tenu des droits et des devoirs de ses*

parents, de ses tuteurs ou des autres personnes légalement responsables de lui, et ils prennent à cette fin toutes les mesures législatives et administratives appropriées.

***3.** Les Etats parties veillent à ce que le fonctionnement des institutions, services et établissements qui ont la charge des enfants et assurent leur protection soit conforme aux normes fixées par les autorités compétentes, particulièrement dans le domaine de la sécurité et de la santé et en ce qui concerne le nombre et la compétence de leur personnel ainsi que l'existence d'un contrôle approprié. »*

Article 9 de la Convention relative aux droits de l'enfant :

9

*« **1.** Les Etats parties veillent à ce que l'enfant ne soit pas séparé de ses parents contre leur gré, à moins que les autorités compétentes ne décident, sous réserve de révision judiciaire et conformément aux lois et procédures applicables, que cette séparation est nécessaire dans l'intérêt supérieur de l'enfant. Une décision en ce sens peut être nécessaire dans certains cas particuliers, par exemple lorsque les parents maltraitent ou négligent l'enfant, ou lorsqu'ils vivent séparément et qu'une décision doit être prise au sujet du lieu de résidence de l'enfant.*

***2.** Dans tous les cas prévus au paragraphe 1 du présent article, toutes les parties intéressées doivent avoir la possibilité de participer aux délibérations et de faire connaître leurs vues.*

***3.** Les Etats parties respectent le droit de l'enfant séparé de ses deux parents ou de l'un d'eux d'entretenir régulièrement des relations personnelles et des contacts directs avec ses deux parents, sauf si cela est contraire à l'intérêt supérieur de l'enfant.*

***4.** Lorsque la séparation résulte de mesures prises par un Etat partie, telles que la détention, l'emprisonnement, l'exil, l'expulsion ou la mort (y compris la mort, quelle qu'en soit la cause, survenue en cours de détention) des deux parents ou de l'un d'eux, ou de l'enfant, l'Etat partie donne sur demande aux parents, à l'enfant ou, s'il y a lieu, à un autre membre de la famille les renseignements essentiels sur le lieu où se trouvent le membre ou les membres de la famille, à moins que la divulgation de ces renseignements ne soit préjudiciable au bien-être de l'enfant. Les Etats parties veillent en outre à ce que la présentation d'une telle demande n'entraîne pas en elle-même de conséquences fâcheuses pour la personne ou les personnes intéressées. »*

La protection de l'enfance a fait l'objet de nombreuses avancées en 2016 et au premier trimestre 2017.

La loi n°2016-297 relative à la protection de l'enfant, adoptée le 14 mars 2016, est venue renforcer et ajuster le dispositif existant de protection de l'enfance[10].

L'Etat a marqué clairement sa volonté de s'intéresser à cette question, avec le renforcement du pilotage national et du travail en interministériel.

Douze des quatorze décrets d'application prévus par la loi ont ainsi été adoptés dans des délais particulièrement courts.

[10] Article 1 alinéa 1 de la loi n°2016-297 du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant.

En outre, rapidement après son adoption, une démarche de consensus a été lancée par le gouvernement, sur les besoins fondamentaux des enfants en protection de l'enfance.

Par ailleurs, le 1er mars 2017, a été publié un plan interministériel de mobilisation et de lutte contre les violences faites aux enfants.

Réforme de la protection de l'enfance : vers une amélioration de la gestion nationale et locale et de la coordination des acteurs

Recommandation du Comité des droits de l'enfant de l'ONU :

« Adopter toutes les mesures nécessaires pour améliorer la gestion nationale et locale des politiques de protection de l'enfance en promouvant la communication, les approches transversales et la coordination entre les différents acteurs ».

Il rejoint ainsi les constats du Défenseur des droits, dans son rapport d'appréciation remis en février 2015 au Comité, selon lesquels « *la politique nationale de l'enfance reste marquée par le manque d'impulsion et de coordination tant au niveau gouvernemental que territorial, de même qu'entre l'échelon national et l'échelon décentralisé* ».

Le cloisonnement et le manque d'articulation entre les institutions ainsi que les disparités entre territoires ont également été soulignés dans de nombreux rapports[11] et dans la feuille de route pour la protection de l'enfance 2015-2017 élaborée par la ministre des familles, de l'enfance et des droits des femmes.

C'est pourquoi la loi du 14 mars 2016 a notamment institué auprès du Premier ministre un Conseil national de protection de l'enfance (CNPE) qui a pour objectif de favoriser la coordination des acteurs de la protection de l'enfance[12], non seulement au niveau national mais également au niveau local. Ce conseil a pour mission de promouvoir la convergence des politiques menées à l'échelle locale, dans le respect de la libre administration des collectivités territoriales.

D'autres dispositifs mis en œuvre ou renforcés par la loi du 14 mars 2016 tendent vers le même objectif d'amélioration de la coordination des différents acteurs de la protection de l'enfance. A titre d'exemple, si les observatoires départementaux de protection de l'enfance existaient déjà, leur composition a été élargie pour rassembler l'ensemble des intervenants sur les questions de l'enfance dans le département.

Autre exemple, l'article 2 de la loi du 14 mars 2016 sur les actions de prévention prévoit l'établissement, dans chaque département, sous l'égide du Président du conseil départemental, d'un protocole entre les différents responsables institutionnels et associatifs amenés à mettre en place des actions de prévention en direction de l'enfant et de sa famille. Ce protocole a pour objectif de recenser, structurer, promouvoir et impulser les actions de prévention menées dans le département, d'améliorer leur qualité, leur complémentarité et leur cohérence, d'identifier les principes communs de prévention, et de définir les priorités partagées par l'ensemble des acteurs concernés, qui sont hiérarchisées et, au besoin, complétées. Le 22 septembre 2016 a été publié le décret d'application

[11] Voir particulièrement Rapport d'information de Mmes Muguette DINI et Michelle MEUNIER, fait au nom de la commission des affaires sociales, n°655 (2013-2014) 25 juin 2014.

[12] Article 1 du décret n° 2016-1284 du 29 septembre 2016 pris en application de l'article L. 112-3 du code de l'action sociale et des familles et relatif aux missions, à la composition et aux modalités de fonctionnement du Conseil national de la protection de l'enfance.

relatif à la mise en place de ces protocoles de prévention, outils majeurs de la protection de l'enfance visant à éviter, le plus en amont possible, les risques de danger pour l'enfant.

Dernier exemple, la nomination d'un « médecin référent protection de l'enfance » dans chaque département, en application de l'article 7 de la loi du 14 mars 2016, devrait également aller dans ce sens, l'une de ses missions étant précisément de contribuer à l'articulation entre les services départementaux intervenant dans le dispositif de protection de l'enfance, notamment le service de protection maternelle et infantile et la cellule de recueil, de traitement et d'évaluation des informations préoccupantes, ainsi qu'entre les services départementaux et les médecins libéraux, hospitaliers et de santé scolaire du département. Dans le champ de la santé, la coordination de ces acteurs multiples se révèle en effet particulièrement importante pour assurer des parcours de santé fluides, prévenir les ruptures et le non recours aux droits, dans un contexte où le cloisonnement entre les secteurs sanitaire et socio-éducatif est particulièrement fort.

Une meilleure prise en compte des besoins de l'enfant pour une sécurisation des parcours en protection de l'enfance

Recommandation du Comité des droits de l'enfant de l'ONU :

« Mettre en place des garanties adéquates et définir des critères clairs et fondés sur les besoins, l'opinion et l'intérêt supérieur de l'enfant, permettant de déterminer si un enfant doit faire l'objet d'une protection de remplacement ».

Avec la loi du 14 mars 2016, la protection de l'enfance consacre un changement majeur de perspective en accordant à l'enfant une place primordiale. Cela se traduit en premier lieu par une nouvelle définition de la protection de l'enfance, laquelle vise désormais « *à garantir la prise en compte des besoins fondamentaux de l'enfant, à soutenir son développement physique, affectif, intellectuel et social et à préserver sa santé, sa sécurité, sa moralité et son éducation, dans le respect de ses droits* »[13]. La définition des besoins fondamentaux des enfants a par ailleurs fait l'objet d'une démarche de consensus pluridisciplinaire qui s'est tenue entre octobre 2016 et février 2017 afin de définir le périmètre, le contenu, et les outils d'analyse contribuant à l'appréhension des besoins fondamentaux, universels et spécifiques de l'enfant accompagné et/ou pris en charge en protection de l'enfance.

L'identification des situations nécessitant une intervention en protection de l'enfance est une étape primordiale pour garantir la prise en compte des besoins fondamentaux de l'enfant. A cet égard, la loi du 14 mars 2016 et son décret d'application du 28 octobre 2016 prévoient que l'évaluation de la situation d'un mineur suite à une information préoccupante soit réalisée dans un délai maximum de trois mois par une équipe pluridisciplinaire formée à cet effet, qu'elle soit étendue aux autres enfants du foyer, que des ressources possibles soient recherchées dans l'entourage durant cette évaluation, et que l'impossibilité de rencontrer le mineur, seul ou en présence des titulaires de l'autorité parentale, doit conduire à la saisine de l'autorité judiciaire[14].

[13] Article 1 de la loi n°2016-297 du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant.

[14] Décret n° 2016-1476 du 28 octobre 2016 pris en application de l'article L. 226-3 du code de l'action sociale et des familles et relatif à l'évaluation de la situation de mineurs à partir d'une information préoccupante, réalisée par une équipe pluridisciplinaire de professionnels.

Ces nouvelles dispositions devraient permettre une meilleure identification des situations de danger ou de risque, tout comme celles permettant au président du conseil départemental du lieu de résidence de l'enfant de demander au président du conseil départemental d'un autre département des renseignements relatifs à un enfant et à sa famille quand ce dernier a fait l'objet par le passé, au titre de la protection de l'enfance, d'une information préoccupante, d'un signalement ou d'une prise en charge dans cet autre département.

L'adaptation de la prise en charge aux besoins fondamentaux de l'enfant doit en outre être une considération primordiale tout au long du parcours de l'enfant. Ce principe traduit les exigences posées par l'article 3 de la CIDE qui vise à assurer et garantir la réalisation complète et effective de tous les droits reconnus dans la convention, mais aussi le « développement global de l'enfant », défini comme « embrassant le développement physique, mental, moral, spirituel, psychologique et social », ainsi que leur « bien-être » et « englobant la satisfaction de ses besoins matériels, physiques, éducatifs et affectifs, ainsi que de ses besoins d'affection et de sécurité ».

D'autres dispositions répondent aux préoccupations du Comité, telles que la possibilité d'avoir recours à un tiers bénévole pour accueillir durablement un enfant. Le Comité a en effet recommandé à la France « *de soutenir et de faciliter la prise en charge des enfants en milieu familial dans toute la mesure possible et d'instaurer un système de placement en famille d'accueil pour les enfants qui ne peuvent pas rester dans leur famille, en encourageant particulièrement le placement en famille d'accueil pour les enfants handicapés afin d'accélérer le processus de désinstitutionalisation* ». L'accueil par un tiers bénévole s'inscrit dans la lignée de l'obligation posée par la loi d'identifier, lors de l'évaluation suivant une information préoccupante, les ressources présentes dans l'entourage, et correspond à la volonté du Comité que soit soutenue et facilitée la prise en charge des enfants en milieu familial. Une prise de recul sera toutefois nécessaire avant de pouvoir appréhender l'appropriation et l'utilisation par les départements de cette possibilité et d'évaluer ce dispositif. Une telle évaluation sera indispensable pour mesurer également les effets concrets du recours ou non à ces modalités par les départements.

Le Comité a enfin recommandé que soit clarifiée « *la situation juridique et le statut des enfants abandonnés auprès des services de protection de l'enfance* ». Sur ce point, la loi du 14 mars 2016 apporte des précisions quant aux situations des enfants dont le placement s'inscrit dans la durée. Elle a introduit de nouvelles dispositions concernant le délaissement parental et la sécurisation de l'adoption simple. L'examen régulier, par une commission

pluridisciplinaire et pluri-institutionnelle mise en place à cet effet, de la situation des enfants confiés à l'aide sociale à l'enfance depuis plus d'un an est également prévu, lorsqu'il existe un risque de délaissement parental ou lorsque le statut juridique de l'enfant paraît inadapté à ses besoins. Cette nouvelle mesure est considérée par le Défenseur des droits comme une avancée, à la condition qu'elle s'accompagne d'un véritable recueil de la parole des enfants.

Des évolutions positives qui supposent des moyens et des ressources adaptés

Recommandation du Comité des droits de l'enfant de l'ONU :

Neuf ans après l'adoption de la loi du 5 mars 2007, le Comité des droits de l'enfant a recommandé à la France de veiller à ce que cette loi **« soit pleinement appliquée par les autorités publiques à tous les niveaux, notamment pour ce qui est de la prévention, de l'identification des enfants exposés à un risque et de la qualité des interventions de protection »**.

Une mesure phare de la loi de 2007 telle que l'élaboration d'un projet pour l'enfant (PPE) pour chaque enfant pris en charge en protection de l'enfance n'est toujours pas mise en œuvre sur l'ensemble du territoire national.

Dans ce contexte, l'appropriation de la loi du 14 mars 2016 et des dispositifs qu'elle instaure constitue un enjeu majeur qui repose pour beaucoup sur la formation des professionnels de terrain et donc, pour une part importante, sur la question des moyens alloués.

La protection de l'enfance reste en 2016 le premier motif des saisines du Défenseur des droits en matière de défense des droits de l'enfant. Les réclamations reçues alertent, de manière extrêmement préoccupante, sur l'insuffisance des moyens dédiés à la protection de l'enfance, depuis la prévention jusqu'à la prise en charge des jeunes majeurs. Réduction drastique des moyens alloués par les départements à la prévention spécialisée, non-exécution des décisions judiciaires de placement faute de place, insuffisances dans le déploiement des PPE, défaillances dans la prise en charge des MNA, manque de solutions de soins, psychiatriques et médio-psychologiques, pour les enfants et adolescents confiés à l'aide sociale à l'enfance, engorgement des lieux de rencontre enfants-parents, limitation des contrats jeunes majeurs : les illustrations sont nombreuses et se multiplient.

Tout en saluant les avancées récentes évoquées plus haut, il convient donc de rester vigilant quant à leur mise en œuvre et leur déclinaison effectives au niveau local, dans un contexte général de contraintes budgétaires et de restriction des moyens alloués à la protection de l'enfance.

Ce point de vigilance avait été clairement identifié par le Comité, qui a recommandé à la France « *de veiller à ce que des ressources humaines, techniques et financières suffisantes soient allouées aux centres de protection de remplacement et aux services de protection de l'enfance concernés afin de favoriser la réadaptation et la réinsertion sociale des enfants qui y résident, dans toute la mesure du possible, y compris pour les enfants proches de l'âge adulte* ».

Il convient enfin de rappeler que le Comité a recommandé à la France « *d'adopter toutes les mesures nécessaires pour améliorer la gestion nationale et locale des politiques*

de protection de l'enfance en promouvant la communication, les approches transversales et la coordination entre les différents acteurs ».

Ainsi, si la protection de l'enfance est une compétence décentralisée à l'échelon départemental, il n'en demeure pas moins qu'elle doit rester une préoccupation essentielle de l'Etat qui doit donner l'impulsion et les moyens nécessaires à sa mise en œuvre sur l'ensemble du territoire[15].

VIII . Réforme de l'adoption

Recommandation du Comité des droits de l'enfant de l'ONU :

Garantir le respect du principe de primauté de l'intérêt supérieur de l'enfant.

En vertu de l'article 21 de la Convention Internationale relative aux droits de l'enfant, les procédures d'adoption doivent faire de l'intérêt supérieur de l'enfant la considération primordiale.

La loi du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant a partiellement modifié le cadre légal de la procédure d'adoption :

- La loi dispose désormais que le mineur capable de discernement doit être entendu dans le cadre d'une procédure d'adoption (art. 35). Il s'agit d'une avancée dans la prise en compte de la parole de l'enfant. Cependant, comme exprimé dans l'avis 14-11 du Défenseur des droits en date du 27 novembre 2014 relatif à la protection de l'enfant, on peut s'interroger sur l'interprétation qui peut être faite de la notion de « discernement », laquelle ne doit pas s'apprécier uniquement au regard de l'âge de l'enfant. **Le Défenseur des droits propose de retenir la notion de « degré de maturité », ce qui est conforme à l'article 12 de la CIDE**.
- La révocation de l'adoption simple peut se faire uniquement par le ministère public lorsque l'enfant est mineur (art. 32). Auparavant, elle pouvait être demandée par l'adoptant ou l'adopté, ou par le ministère public lorsque l'adopté était mineur. Cette nouvelle mesure doit permettre de sécuriser les liens entre l'enfant adopté de manière simple et son adoptant.
- La procédure de déclaration judiciaire d'abandon est remplacée par une procédure de déclaration judiciaire de délaissement parental. A cet égard, « *un enfant est considéré comme délaissé lorsque ses parents n'ont pas entretenu avec lui les relations nécessaires à son éducation ou à son développement pendant l'année qui précède l'introduction de la requête, sans que ces derniers en*

[15] « Le Comité recommande à l'Etat partie de poursuivre ses efforts en vue d'élaborer et de mettre en œuvre, après consultation des enfants et de la société civile, une politique globale pour l'enfance, en prêtant une attention particulière aux disparités croissantes. Il lui recommande également de concevoir et d'appliquer une stratégie comprenant les éléments nécessaires à sa mise en œuvre, parmi lesquels des objectifs mesurables, un calendrier et des ressources humaines, techniques et financières suffisantes. » Observations finales concernant le cinquième rapport périodique de la France (CRC/C/FRA/CO/5).

aient été empêchés par quelque cause que ce soit ». Cette définition se veut la plus objective possible en reposant sur l'absence d'exercice effectif de l'autorité parentale. De plus, elle prévoit que des mesures appropriées de soutien aux parents doivent leur avoir été proposées. Enfin, le ministère public peut désormais, en complément de l'ASE, présenter une demande en déclaration judiciaire de délaissement parental d'office ou sur proposition du juge des enfants (art.40).

La mise en œuvre de ces dispositions devra faire l'objet d'une évaluation précise de son efficacité comme de ses conséquences sur les pratiques des professionnels et le parcours des enfants.

IX . Enfants sans-domicile

Recommandation du Comité des droits de l'enfant de l'ONU :

Faire de l'éradication de la pauvreté des enfants une priorité nationale.

Parmi les enfants vulnérables, le Comité s'est dit particulièrement préoccupé par les conditions d'existence des enfants vivant dans des bidonvilles, notamment des enfants roms, dont les familles sont régulièrement visées par des expulsions non accompagnées de solutions adaptées de relogement.

Les expulsions de bidonvilles et squats : de l'absence de domicile à l'errance forcée

Environ 16 000 personnes vivraient, selon le recensement effectué en avril 2017 par la Délégation interministérielle pour l'hébergement et l'accès au logement (DIHAL), dans des bidonvilles et grands squats en France métropolitaine. Ces personnes font fréquemment l'objet de procédures d'expulsions intentées par les propriétaires ou les pouvoirs publics. Ces expulsions, qui ne sont le plus souvent pas accompagnées de solutions de relogement, ont pour effet de précariser les personnes concernées. Pour les enfants, les conséquences sont particulièrement graves, à commencer par le risque de déscolarisation[16]. Sur le plan de la santé et plus généralement de l'accès aux droits, les expulsions constituent des ruptures majeures dans les parcours et les démarches engagées par les familles.

De récentes évolutions législatives et jurisprudentielles vont dans le sens d'une meilleure prise en compte de la situation de ces personnes particulièrement précaires. Ainsi, suivant la Cour européenne des droits de l'homme[17], la Cour de cassation a reconnu que les demandes d'expulsion d'occupants sans droit ni titre devaient faire l'objet d'un contrôle de proportionnalité au regard de la situation des occupants, la seule illégalité de l'occupation ne pouvant pas systématiquement justifier une expulsion[18].

[16] Voir notamment : Défenseur des droits, Rapport droits de l'enfant 2016 « Droit fondamental à l'éducation : une école pour tous, un droit pour chacun », pp. 29 et s.
[17] CEDH, Yordanova et autres c. Bulgarie, n° 25446/06, 24 avril 2012 et CEDH, Winterstein c. France, n°27013/07, 25 novembre 2013.
[18] Cour de Cassation, n° 14-11776 14-21515, 22 octobre 2015.

Plus récemment, la loi « Egalité et Citoyenneté » du 27 janvier 2017 a permis d'étendre le bénéfice des délais prévus par le Code des procédures civiles d'exécution, notamment la trêve hivernale, à toutes les personnes visées par une procédure d'expulsion, quel que soit le type d'habitat (tentes, cabanes, abris de fortune, *etc.*).

Si ces évolutions constituent d'indéniables avancées, elles doivent désormais s'accompagner d'une véritable politique d'insertion des personnes vivant en squat et bidonville. Alors que le Comité a recommandé à la France « *d'allouer les ressources humaines, techniques et financières nécessaires aux programmes visant à soutenir les enfants et les familles les plus démunies* », force est de constater que le budget alloué par la DIHAL à des projets d'accompagnement des familles vivant en bidonville et squat en 2016 a connu une baisse substantielle (passant de 4 à 3 millions d'euros par an).

Régulièrement saisi dans des affaires d'expulsion de bidonvilles et squats, le Défenseur des droits intervient pour vérifier que ces procédures respectent le cadre légal international, européen et interne : respect du principe de proportionnalité, octroi de délais, application de la circulaire interministérielle du 26 août 2012 relative à l'anticipation et à l'accompagnement des opérations de démantèlement des campements illicites, maintien de la scolarité des enfants et de l'accès aux droits des personnes *etc.*

Dans les décisions n°2016-56 du 17 février 2016 et n°2017-189 du 6 juin 2017 relatives à des procédures d'expulsion d'occupants sans droit ni titre de leur lieu de vie, le Défenseur des droits a rappelé que « *plusieurs normes européennes et internationales liant la France font obstacle – sauf faits d'une exceptionnelle gravité – à l'évacuation d'un site occupé illégalement dans les cas où les mesures d'accompagnement nécessaires n'ont pas été mises en œuvre afin que les occupants puissent quitter les lieux dans des conditions décentes et être accompagnés par les autorités dans le cadre du dispositif préconisé par la circulaire du 26 août 2012* ».

Des expulsions illégales à Mayotte

A Mayotte, l'année 2016 a été marquée par d'importantes opérations illégales de « décasage » organisées par des Mahorais contre des ressortissants comoriens. Ces opérations se sont déroulées dans un contexte de graves violences : des personnes ont été délogées de force de leurs habitations, dont certaines ont été intégralement brulées, et des enfants ont été retirés manu militari de leurs écoles.

Dans une décision du 6 décembre 2016[19], le Défenseur des droits a estimé que les autorités locales, constatant que les moyens à leur disposition pour empêcher

[19] Décision n° MDE-MLD-MSP 2016-292, Paris, Défenseur des droits, 6 décembre 2016.

le déroulement de ces opérations étaient insuffisants, auraient dû procéder à l'interdiction de ces manifestations. Il a indiqué que ces expulsions, accompagnées de destruction des domiciles des personnes, avaient constitué des atteintes graves aux droits fondamentaux des personnes concernées, en particulier des enfants, en raison du traumatisme qu'elles ont représenté ainsi que de leurs conséquences – à commencer par la déscolarisation de plus de la moitié des enfants victimes de ces opérations.

L'hébergement des familles à l'hôtel : un recours croissant à un mode de prise en charge inadapté et coûteux, malgré un plan gouvernemental de réduction des nuitées hôtelières

Selon les dernières enquêtes publiques, environ 30 000 enfants étaient sans domicile dans les agglomérations de plus de 20 000 habitants en 2012[20]. Par rapport à 2001, cela représente une progression de 40 %[21], un chiffre noir qui vient illustrer la réalité des parcours des enfants confrontés à la pauvreté et à la grande précarité et de leur famille. La cause en est notamment l'insuffisance de l'offre de logements abordables. Le marché du logement reste en France caractérisé par de fortes tensions dans les grandes villes, des prix élevés à l'achat comme à la location et des difficultés accrues d'accès et de maintien dans le logement privé pour les ménages les plus modestes. Les délais d'attente pour l'accès au logement social demeurent très longs dans les territoires les plus tendus, et le processus d'attribution, très sélectif, « bénéficie aux demandeurs les plus aisés »[22].

Par ailleurs, sur la période récente, l'arrivée de nombreuses familles migrantes totalement démunies sur le territoire français, se traduit par un appel croissant au dispositif d'hébergement prévu pour l'accueil des personnes en situation de précarité.

En dépit du coût très important pour la collectivité, les familles avec enfants sont prioritairement orientées vers des hôtels, solution inadaptée à l'accueil d'enfants. La promiscuité qui caractérise l'hébergement hôtelier prive les enfants d'espaces privatifs et les contraint souvent à partager leur chambre – voire leur lit - avec leurs parents. Dans ces conditions, faire ses devoirs s'avère difficile et recevoir des amis devient impossible, alors même que la socialisation constitue, pour les enfants et les adolescents, la base du développement personnel. La vie à l'hôtel complique considérablement les parcours scolaires des enfants, du fait de l'éloignement physique entre le lieu d'hébergement et l'école, du refus de certaines mairies d'inscrire ces enfants à l'école municipale[23], ou encore des tarifs prohibitifs appliqués pour l'accès à la cantine scolaire. L'hébergement hôtelier peut également emporter des conséquences graves sur la santé des enfants : insécurité alimentaire liée à l'instabilité résidentielle et à l'impossibilité de cuisiner dans les chambres, troubles du sommeil dûs au surpeuplement, troubles dépressifs et comportementaux *etc*. Un récent rapport de l'Académie nationale de médecine indique que, parmi les

[20] Françoise Yaouancq, Alexandre Lebrère, Maryse Marpsat, Virginie Régnier (Insee), Stéphane Legleye, Martine Quaglia (Ined), « l'hébergement des sans domicile en 2012, des modes d'hébergement différents selon les situations familiales », INSEE Première n° 1455, juillet 2013

[21] *Rapport annuel 2016 sur l'état du mal-logement*, Paris, Fondation Abbé Pierre, p. 134.

[22] « Synthèse de la recherche réalisée dans le cadre de l'appel à projet commun au Défenseur des droits, au CGET et au PUCA sur les délais d'accès au logement social », L'égalité d'accès au logement social à l'épreuve des territoires, Paris, Défenseur des droits, mars 2016. Pour une synthèse, voir Etudes et Résultats du Défenseur des droits.

[23] Voir décision n°2017-091, Paris, Défenseur des droits, 27 mars 2017 et Rapport droits de l'enfant 2016, *op. cit*., pp. 29 et s.

personnes hébergées à l'hôtel par le SAMU social de Paris, « *l'insécurité alimentaire majeure touche (…) le tiers des enfants, le surpoids et l'obésité concernent (…) 26% des enfants, (…), un tiers des enfants présentent des troubles émotionnels et du comportement* »[24].

Conscient de ces difficultés, le gouvernement a lancé en 2015 un plan de réduction des nuitées hôtelières visant à développer des solutions alternatives plus adaptées, notamment par le biais de l'intermédiation locative. Ce dispositif doit permettre à des ménages en situation de précarité et ne pouvant pas accéder au logement privé classique, d'occuper un logement privé conventionné, pour une somme modeste. S'il constitue une piste pertinente pour limiter le recours à l'hôtel, il n'est, deux ans après son lancement, pas suffisamment développé. Le nombre de ménages avec enfants orientés vers des hôtels sociaux continue de progresser, le plan ministériel n'ayant permis que de limiter la hausse prévisible du recours aux nuitées hôtelières.

L'annonce, le 6 juin 2017, du lancement d'un plan quinquennal pour le logement[25] semble traduire de la part du gouvernement une volonté d'action, qui doit être saluée, même s'il conviendra d'en examiner sur la durée l'effectivité et la portée pour les enfants.

L'hébergement d'urgence : un accès de plus en plus compliqué pour les familles déboutées du droit d'asile

L'accueil inconditionnel en structure d'hébergement d'urgence est prévu par l'article L345-2-2 du Code de l'action sociale et des familles, qui dispose que « *toute personne sans abri en situation de détresse médicale, psychique ou sociale a accès, à tout moment, à un dispositif d'hébergement d'urgence* ».

Le Conseil d'Etat a reconnu en 2012 que le droit d'accès à un hébergement d'urgence constituait une liberté fondamentale, ouvrant ainsi la possibilité d'engager devant le juge administratif un référé liberté en cas de non-respect par l'Etat de son obligation d'assurer un hébergement d'urgence aux personnes se trouvant en situation de détresse[26]. Cependant, dès 2013, dans un contexte de saturation des dispositifs d'hébergement d'urgence, le Conseil d'Etat a limité la portée de cette décision en estimant que l'accès à un hébergement d'urgence « *ne peut être revendiqué par l'étranger dont la demande d'asile a été définitivement rejetée et qui a fait l'objet d'une mesure d'éloignement contre laquelle les voies de recours ont été épuisées qu'en cas de circonstances particulières, faisant apparaître, pendant le temps strictement nécessaire à son départ, une situation suffisamment grave pour faire obstacle à ce départ* »[27].

La restriction progressive du principe d'inconditionnalité de l'accueil en hébergement d'urgence, même si elle s'explique notamment par la gestion de l'immigration et de la pénurie d'hébergement, est susceptible de constituer une atteinte grave aux droits fondamentaux des enfants, à leur dignité et à leur santé. Le Défenseur des droits a ainsi, à de nombreuses reprises, été saisi de la situation de familles avec enfants ayant été déboutées du droit d'asile, expulsées du Centre d'accueil pour demandeurs d'asile où elles étaient hébergées pendant le temps de l'instruction de leur demande et se voyant refuser l'accès à toute structure d'hébergement d'urgence.

[24] Académie nationale de médecine, Rapport « Précarité, pauvreté et santé » (rapporteur Alfred Spira), 20 juin 2017, p. 8.
[25] http://www.cohesion-territoires.gouv.fr/rencontre-de-richard-ferrand-avec-les-associations-de-lutte-contre-les-exclusions?xtmc=logement d'abord&xtrc=2
[26] Conseil d'Etat, n° 356456, 10 février 2012.
[27] Conseil d'Etat, n° 399750, 4 juillet 2013.

Le Défenseur des droits estime que l'hébergement d'urgence des ménages avec enfants en situation de précarité est une nécessité sociale en plus d'une obligation juridique et que les refus systématiques d'accès à l'hébergement d'urgence au seul motif de l'absence de régularité de séjour sont illégaux[28]. Dans plusieurs affaires relatives à des refus d'accorder un hébergement d'urgence à des familles déboutées de leur demande d'asile, le Défenseur des droits a notamment considéré que ces décisions étaient contraires à l'intérêt supérieur de l'enfant[29].

X . Mineurs non accompagnés

Recommandation du Comité des droits de l'enfant de l'ONU :

Adopter les mesures nécessaires, notamment des mesures juridiques, pour éviter le placement d'enfants en rétention dans les zones d'attente, en redoublant d'efforts pour trouver des solutions adéquates de substitution à la privation de liberté et pour assurer aux enfants un hébergement adapté, et de respecter pleinement les obligations de non refoulement.

Article 2 de la Convention relative aux droits de l'enfant :

2

*« **1.** 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.*

***2**. Les Etats parties prennent toutes les mesures appropriées pour que l'enfant soit effectivement protégé contre toutes formes de discrimination ou de sanction motivées par la situation juridique, les activités, les opinions déclarées ou les convictions de ses parents, de ses représentants légaux ou des membres de sa famille. »*

[28] Rapport sur les droits fondamentaux des étrangers en France, Paris, Défenseur des droits, mai 2016, pp. 211 et s.
[29] Voir décisions MDE-MSP-MLD-2015-154 et MDE-MSP-MLD-2015-156, Paris, Défenseur des droits, 2015.

Article 22 de la Convention relative aux droits de l'enfant :

22

*« **1.** Les Etats parties prennent les mesures appropriées pour qu'un enfant qui cherche à obtenir le statut de réfugié ou qui est considéré comme réfugié en vertu des règles et procédures du droit international ou national applicable, qu'il soit seul ou accompagné de ses père et mère ou de toute autre personne, bénéficie de la protection et de l'assistance humanitaire voulues pour lui permettre de jouir des droits que lui reconnaissent la présente Convention et les autres instruments internationaux relatifs aux droits de l'homme ou de caractère humanitaire auxquels lesdits Etats sont parties.*

***2.** A cette fin, les Etats parties collaborent, selon qu'ils le jugent nécessaire, à tous les efforts faits par l'Organisation des Nations-Unies et les autres organisations intergouvernementales ou non gouvernementales compétentes collaborant avec l'Organisation des Nations-Unies pour protéger et aider les enfants qui se trouvent en pareille situation et pour rechercher les père et mère ou autres membres de la famille de tout enfant réfugié en vue d'obtenir les renseignements nécessaires pour le réunir à sa famille. Lorsque ni le père, ni la mère, ni aucun autre membre de la famille ne peut être retrouvé, l'enfant se voit accorder, selon les principes énoncés dans la présente Convention, la même protection que tout autre enfant définitivement ou temporairement privé de son milieu familial pour quelque raison que ce soit. »*

La loi du 14 mars 2016 contient des dispositions spécifiques relatives aux mineurs non accompagnés (MNA). Plusieurs textes relatifs aux MNA ont été adoptés pour l'application des dispositions de cette loi : le décret n° 2016-840 du 24 juin 2016, l'arrêté du 28 juin 2016 du Garde des Sceaux relatif aux modalités de calcul de la clé de répartition et l'arrêté interministériel du 17 novembre 2016 relatif aux modalités de l'évaluation des mineurs privés temporairement ou définitivement de la protection de leur famille.

Le Défenseur des droits, saisi depuis plusieurs années de nombreuses réclamations concernant ceux qu'on appelait alors « Mineurs Isolés Etrangers » (MIE), s'est réjoui du fait qu'un cadre juridique plus solide concernant les MNA ait été apporté et que la loi dispose que le doute sur la minorité doit bénéficier aux jeunes.

Pour autant, de fortes préoccupations demeurent quant à leur situation. C'est pourquoi le Défenseur des droits a pris, à de nombreuses reprises, des décisions relatives à la mise à l'abri, l'évaluation et la prise en charge des MNA par les départements, pour rappeler notamment que ces adolescents doivent être d'abord considérés comme des enfants en danger, et non comme des étrangers.

A ce jour, il reste difficile d'obtenir des chiffres et des données précises concernant les MNA. A cet égard, le Défenseur des droits a préconisé dans une décision de juillet 2016[30] que soient régulièrement collectées au niveau départemental, des données chiffrées précises, aux fins de comparaison et d'amélioration

[30] Décision MDE 2016-183 du 21 juillet 2016, Paris, Défenseur des droits.

de l'évaluation et de l'accueil des jeunes migrants au plan national.

En tout état de cause, le Défenseur des droits constate une méconnaissance par les professionnels des textes récemment adoptés, et de fortes disparités territoriales dans leur application par les départements et les juridictions.

Premier accueil, évaluation, mise à l'abri et accès aux droits : des pratiques largement insatisfaisantes

Régulièrement sollicité sur la présence de MNA en zone d'attente, le Défenseur des droits a eu l'occasion de rappeler son opposition de principe à l'enfermement des enfants du seul fait de leur statut d'enfants migrants[31].

Le Défenseur des droits s'est particulièrement mobilisé sur la situation des MNA à Calais ainsi qu'à Grande-Synthe avant que le camp ne soit détruit par un incendie. Une décision du Défenseur des droits adoptée en avril 2016[32] faisait des préconisations en faveur des jeunes abandonnés à leur sort dans la Lande de Calais. En partie restées lettre morte, elles sont toujours d'actualité, même après le démantèlement du camp, et elles ont été réitérées en juin 2017, après la visite des équipes du Défenseur des droits à Calais[33].

Le Défenseur des droits est aujourd'hui particulièrement préoccupé par la situation des MNA refoulés à la frontière italienne, dans les Alpes-Maritimes. Il a été alerté par plusieurs témoignages à propos d'agressions sexuelles sur ce territoire, la vulnérabilité des jeunes les désignant comme des proies faciles pour les passeurs et pour divers trafiquants.

D'une manière générale, chaque jeune en demande de prise en charge, se disant mineur et isolé doit automatiquement faire l'objet d'une mise à l'abri par les services mandatés à cet effet dans chaque département.

Néanmoins, certains jeunes se voient opposer un refus de prise en charge et d'évaluation sans justification, qu'ils disposent ou non d'un document d'identité. Il s'agit souvent d'un refus au guichet fondé sur le « faciès » du jeune, son âge présumé. D'autres obtiennent un rendez-vous pour une évaluation de leur situation, avec parfois des délais assez longs, et sans pour autant bénéficier d'une mise à l'abri à titre conservatoire, si bien qu'ils restent à la rue. Enfin, certains sont mis à l'abri dans des conditions particulièrement précaires (dans des hôtels insalubres, avec peu de moyens financiers pour vivre), ne bénéficiant que rarement à ce stade d'une visite médicale.

[31] Décision MDE 2017-144 du 26 juin 2017, Paris, Défenseur des droits.
[32] Décision MDE 2016-113 du 20 avril 2016, Paris, Défenseur des droits.
[33] Décision n°2017-206 du 21 juin 2017, Paris, Défenseur des droits.

Pourtant, le Comité a, dans le cadre de ses observations, instamment demandé à la France « *de garantir le droit de tous les enfants (…) de vivre dans des conditions humaines et de bénéficier de services de santé adéquats* »[34].

Comme indiqué dans les textes précités et la circulaire interministérielle de janvier 2016[35], l'évaluation de minorité et d'isolement comprend la phase de l'entretien socio-éducatif, l'examen des « documents d'identité » en cas de doute et, le cas échéant, en dernier recours, l'examen médical.

Or, si l'on peut globalement constater que l'entretien socio-éducatif, même imparfait, est mené en préalable, l'analyse des documents d'état civil par les services de la fraude documentaire ou par les services désignés au sein des préfectures s'avère, dans de nombreux départements, quasi systématique et peut être faite en même temps voire postérieurement (en raison des délais) à la réalisation de l'examen médical.

Les conditions de l'entretien socio-éducatif demeurent très hétérogènes selon les départements. Ces entretiens sont parfois menés par les services de l'ASE, parfois par des associations auxquelles cette mission a été déléguée. L'arrêté interministériel du 17 novembre 2016 relatif aux conditions d'évaluation prévoit une harmonisation des pratiques et impose la pluridisciplinarité des évaluateurs.

Par ailleurs, la durée de la phase d'évaluation peut se prolonger sur plusieurs mois avec, à terme, des décisions négatives particulièrement difficiles pour des jeunes qui se retrouvent alors rejetés du dispositif sans solution alternative ni orientation vers des dispositifs pour majeurs.

S'il existe parfois un doute sur la minorité du jeune, il est regrettable que, dans les faits, ce doute ne lui profite que très rarement, contrairement aux prescriptions de la loi du 14 mars 2016.

Quant à la pratique des examens médicaux d'évaluation de l'âge, **le Comité a recommandé à la France « *de mettre un terme à l'utilisation des tests osseux en tant que principale méthode de détermination de l'âge des enfants et de privilégier d'autres méthodes qui se sont avérées plus précises* »**.

Le Défenseur des droits, qui partage cette recommandation, a réitéré à plusieurs reprises son opposition à ces examens et a vivement déploré que, sous prétexte de les encadrer, la réforme de la protection de l'enfance, les ait reconnus au plan juridique. En outre, il observe l'imprécision du nouvel article 388 du code civil[36], avec l'emploi des notions de « *documents d'identité valables* », d'âge allégué « *vraisemblable* », et de « *doute* »[37], qui fait perdurer des traitements très disparates selon les juridictions et les magistrats, et entraîne des inégalités de traitement majeures. Pourtant, l'appréciation de ces notions est essentielle car elle rend ou non possible le recours aux examens d'âge osseux.

Enfin, l'attention du Défenseur des droits a été appelée sur le décalage parfois constaté entre l'évaluation qui conclut à une compatibilité avec l'âge allégué et la décision finale de l'ASE qui s'avère négative, ainsi que sur les motivations stéréotypées, insuffisantes voire inexistantes de certaines décisions de refus d'admission. Ces décisions ne sont d'ailleurs pas toujours notifiées aux jeunes et/ou très peu expliquées. Refusés par les services de

[34] Pour plus de précisions sur les problématiques liées à la santé des MNA, voir pp. 60-63.

[35] Circulaire interministérielle du 25 janvier 2016 relative à la mobilisation des services de l'Etat auprès des conseils départementaux concernant les mineurs privés temporairement ou définitivement de la protection de leur famille et les personnes se présentant comme tels (NOR : JUSF1602101C).

[36] L'article 388 du code civil indique que : « Le mineur est l'individu de l'un ou l'autre sexe qui n'a point encore l'âge de dix-huit ans accomplis.
Les examens radiologiques osseux aux fins de détermination de l'âge, en l'absence de documents d'identité valables et lorsque l'âge allégué n'est pas vraisemblable, ne peuvent être réalisés que sur décision de l'autorité judiciaire et après recueil de l'accord de l'intéressé.
Les conclusions de ces examens, qui doivent préciser la marge d'erreur, ne peuvent à elles seules permettre de déterminer si l'intéressé est mineur. Le doute profite à l'intéressé.
En cas de doute sur la minorité de l'intéressé, il ne peut être procédé à une évaluation de son âge à partir d'un examen du développement pubertaire des caractères sexuels primaires et secondaires. »

[37] Voir en particulier l'avis du Défenseur des droits n° 17-03 du 7 février 2017, auditionné le 2 février 2017 par la mission d'information de la commission des affaires sociales du Sénat sur la prise en charge sociale des mineurs isolés.

protection de l'enfance car évalués majeurs, les jeunes migrants éprouvent par la suite de nombreuses difficultés dans l'accès à leurs droits. En effet, la seule voie de recours qui leur est ouverte est la saisine du juge des enfants. Or dans certains tribunaux, les délais d'audiencement sont particulièrement longs, et peuvent varier d'un juge des enfants à l'autre, au sein d'un même tribunal, ce qui crée une nouvelle rupture d'égalité. Pendant ce temps, les jeunes se trouvent à la rue ou hébergés provisoirement par des associations ou des bénévoles, les centres pour adultes refusant de les accueillir, les considérant mineurs.

De plus, il résulte de l'article 14 du code de procédure civile[38], ainsi que des articles 388-1 du code civil et 1182 et 1189 du code de procédure civile relatifs à l'audition de l'enfant doué de discernement en matière d'assistance éducative, que la convocation, puis l'audition du jeune se disant mineur, en audience devant le juge des enfants est de droit dès lors qu'il en fait la demande, et ce à peine de nullité. Certains mineurs ne sont pourtant pas entendus par le juge qui rend une décision sans les avoir écoutés ou rencontrés.

En outre, alors que les MNA n'ont pas de représentants légaux pouvant exercer leur autorité parentale sur le territoire, la procédure de tutelle devant le juge aux affaires familiales est rarement engagée. Il appartiendrait soit à l'ASE de saisir le juge aux affaires familiales dès lors que les titulaires de l'autorité parentale du mineur ne sont pas joignables, soit au juge des enfants de porter à la connaissance du juge aux affaires familiales la situation du jeune afin qu'il se saisisse d'office, de manière à ne pas laisser vacante l'autorité parentale, dès lors que la situation de danger cesse du fait de l'entrée dans le dispositif de protection de l'enfance.

Une prise en charge et une protection dérogatoires au droit commun

Le recours à un dispositif dédié ne peut constituer une réponse que si la prise en charge de chaque jeune reste individualisée et donc que le dispositif mis en œuvre dispose des moyens adaptés. En effet, il est constaté trop souvent que l'accompagnement médico-psycho-socio-éducatif n'est pas à la hauteur des besoins de ces jeunes gens. La prise en compte des troubles spécifiques qu'ils peuvent manifester, souvent victimes de traumatismes durant leur parcours d'exil, n'est encore que peu efficiente et nombreux sont ceux qui souffrent d'un sentiment d'isolement qui confine à l'exclusion[39].

Par ailleurs, la scolarisation des jeunes est parfois difficile dans la mesure où elle n'est plus obligatoire à compter de 16 ans, alors que leur insertion sociale implique la construction d'un projet de vie qui passe par la scolarisation ou la formation professionnelle. Or dans certains départements, leur accès à la scolarité est conditionné à leur prise en charge par l'ASE, ce qui peut prendre plusieurs mois. Les autres jeunes, en attente d'une prise en charge, ne peuvent pas passer les tests de niveau (au Centre d'information et d'orientation ou au CASNAV[40]), ce qui retarde leur scolarisation s'ils venaient à être pris en charge par l'ASE. Ailleurs, le manque de places disponibles rend l'accès à l'éducation particulièrement difficile et retarde la mise en œuvre du projet professionnel de ces jeunes.

Enfin, l'accès à la formation professionnelle par l'alternance et par l'apprentissage reste encore difficile dans certains départements

[38] L'article 14 du code de procédure civile prévoit que « nulle partie ne peut être jugée sans avoir été entendue ou appelée ».
[39] Pour plus de précisions sur les problématiques liées à la santé des MNA, voir pp. 60-63.
[40] CASNAV : Centre Académique pour la Scolarisation des enfants Allophones Nouvellement Arrivés et des enfants issus de familles itinérantes et de Voyageurs.

malgré la récente jurisprudence du Conseil d'Etat concernant les autorisations provisoires de travail, qui doivent être délivrées de plein droit pour les MNA pris en charge par l'ASE, avant ou après 16 ans[41].

Des moyens encore insuffisants

Préoccupé par la situation des nombreux MNA non pris en charge, le Comité a recommandé à la France « *d'allouer suffisamment de ressources humaines, techniques et financières, sur l'ensemble des territoires sous sa juridiction, à l'appui spécialisé adapté aux enfants, à la protection, à la représentation juridique, à l'assistance sociale et à la formation académique et professionnelle des enfants migrants non accompagnés, et de renforcer les capacités des responsables de l'application des lois à cet égard* ».

Si on peut saluer l'allocation par l'Etat de plus de 12 M€ au Fonds national de financement de la protection de l'enfance (FNFPE)[42] afin d'assurer la mission de mise à l'abri, d'évaluation et d'orientation des MNA, plusieurs départements affichent aujourd'hui leurs difficultés à financer l'accompagnement de ces jeunes, ainsi qu'une saturation de leurs dispositifs d'accueil et des conséquences sur leurs capacités à s'acquitter de leurs missions de protection de l'enfance[43]. Ces problèmes financiers ont par ailleurs un impact direct sur les possibilités de prise en charge offertes après la majorité des enfants. Le Défenseur des droits a ainsi été saisi de plusieurs réclamations faisant état d'une restriction, voire d'une suppression des aides aux jeunes majeurs par certains conseils départementaux.

En conclusion, le Défenseur des droits nourrit de grandes attentes à l'égard du futur plan gouvernemental annoncé pour le début de l'année 2018, qui devra notamment contribuer à corriger les disparités territoriales auxquelles sont confrontés ces enfants en danger et particulièrement vulnérables.

Le Défenseur des droits réitère son opposition à la création d'un droit spécial pour les mineurs non accompagnés qui, selon lui, relèvent clairement des dispositions de la protection de l'enfance. Si le Défenseur des droits a pu se réjouir en 2016 de l'apport d'un cadre légal plus étoffé et solide concernant les MNA, il reste vigilant quant au potentiel glissement du droit applicable à ces jeunes, de la protection de l'enfance vers un droit spécifique, « hors du droit commun ».

A cet égard, les récentes annonces du gouvernement sur la question des mineurs non accompagnés ne peuvent que sérieusement l'inquiéter.

En effet il semblerait que le gouvernement entende confier à l'Etat la responsabilité de la phase de recueil provisoire d'urgence (mise à l'abri des jeunes se disant mineurs non accompagnés) et d'évaluation, relevant pour l'heure des départements conformément aux textes relatifs à la protection de l'enfance. Il ne s'agirait donc plus d'un appui des services de l'Etat et, notamment, de son concours financier, déjà recommandé par le Défenseur des droits, mais bien d'un transfert de compétences s'agissant de la protection et l'évaluation des seuls MNA, des départements vers l'Etat.

Ainsi, d'une présomption de minorité, qui suppose que ces jeunes sont d'abord considérés comme des enfants à protéger relevant de ce fait des dispositions légales de la protection de l'enfance, pourrait s'installer un dispositif dérogatoire au droit

[41] Voir décision n°2017-153 du 21 juin 2017, Paris, Défenseur des droits.
[42] Décision du 16 février 2016 du comité de gestion du Fonds national de financement de la protection de l'enfance (FNFPE), NOR : AFSA1630329S. BO Santé – Protection sociale – Solidarité no 2016/5 du 15 juin 2016, p. 290.
[43] Concernant les MNA, voir l'avis du Défenseur des droits n°17-03 du 7 février 2017 auprès de la mission d'information de la commission des affaires sociales du Sénat sur la prise en charge sociale des mineurs isolés.

commun qui tendrait à considérer ces jeunes d'abord comme des étrangers avant d'être des enfants à protéger.

Le Défenseur des droits ne peut dès lors que mettre en garde le gouvernement contre les risques pour les droits des mineurs non accompagnés que pourraient comporter une telle réforme, notamment au regard des engagements internationaux de la France, au premier rang desquels la Convention internationale des droits de l'enfant.

XI . Réforme du système de justice des mineurs

Recommandation du Comité des droits de l'enfant de l'ONU :

Mettre le système judiciaire pour mineurs en conformité avec la Convention et les autres normes internationales.

Dans son rapport d'appréciation remis au Comité des droits de l'enfant en 2015, le Défenseur des droits avait préconisé des mesures qui n'ont pas toutes été suivies d'effet, notamment du fait de l'abandon progressif du projet de loi réformant l'ordonnance du 2 février 1945 relative à l'enfance délinquante.

La loi du 18 novembre 2016, dite de « modernisation de la justice du 21e siècle » a consacré plusieurs dispositions relatives au système judiciaire pour les mineurs, allant dans le sens des recommandations du Défenseur des droits et du Comité, mais sans permettre la réforme d'ampleur qui était souhaitée pour assurer notamment que les 16-18 ans soient traités comme des mineurs et non comme des adultes, comme c'est de plus en plus souvent le cas.
Les principales dispositions de cette loi sont les suivantes :

- Les tribunaux correctionnels pour mineurs sont supprimés. Ces tribunaux avaient vocation à juger les mineurs de plus de 16 ans poursuivis pour des délits commis en récidive et punis d'au moins trois ans d'emprisonnement (art. 29). Cette mesure constituait l'une des principales

préconisations du Défenseur des droits, qui considérait que la création de ces tribunaux était une illustration marquante de la déspécialisation de la justice des mineurs.

- La présence d'un avocat devient obligatoire pour les mineurs placés en garde à vue, sans qu'ils aient à faire de démarche (art.31). Jusqu'à présent, dans le cadre d'une garde à vue, les mineurs de plus de 13 ans ou leurs représentants légaux avaient seulement la faculté de demander l'assistance d'un avocat. Cette mesure, permet de renforcer le respect du droit des mineurs privés de liberté d'avoir rapidement accès à l'assistance juridique, comme prévu à l'article 37 de la Convention internationale relative aux droits de l'enfant.
- Le droit pénal français ne prévoit toujours pas de seuil d'âge minimal de responsabilité pénale. Le Défenseur des droits a rappelé dans son rapport d'appréciation que cela est contraire aux exigences de l'article 40 de la Convention internationale relative aux droits de l'enfant.

Recommandation du Comité des droits de l'enfant de l'ONU :

Veiller à ce que, dans la pratique, la détention soit uniquement une mesure de dernier ressort, que sa durée soit la plus brève possible et que les conditions de détention soient respectueuses des droits de l'enfant.

Le nombre de mineurs détenus en France a considérablement augmenté, plus de 16% entre octobre 2016 et juin 2017 selon l'Observatoire international des prisons. Jusque-là le nombre de mineurs détenus était stable depuis plusieurs années. Le Défenseur des droits a été amené à appeler l'attention de la Contrôleure générale des lieux de privation de liberté sur cette situation.

Partie 2

Suivi de la mise en œuvre du droit à la santé

L'article 24 de la Convention internationale relative aux droits de l'enfant (CIDE) dispose que « *les Etats parties reconnaissent le droit de l'enfant de jouir du meilleur état de santé possible et de bénéficier de services médicaux et de rééducation. Ils s'efforcent de garantir qu'aucun enfant ne soit privé du droit d'avoir accès à ces services* »[44].

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* »[45].

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.

En France, l'état de santé de la population, et notamment des enfants, tend depuis plusieurs décennies à s'améliorer[46].

Ces progrès sont cependant relativisés par des inégalités sociales persistantes, voire qui s'accroissent, et qui se doublent d'inégalités territoriales dans le champ de la santé.

Les conditions de vie, dont le logement, ou le niveau de ressources (en 2015, notre pays comptait près de 3 millions d'enfants pauvres) constituent à cet égard des facteurs déterminants. Les liens entre pauvreté, précarité et inégalités de santé ont été largement mis en exergue par différents experts, dont l'académie nationale de médecine, dans son rapport de juin 2017[47].

De surcroît, l'accès aux structures de santé et aux soins dépend notamment de facteurs tels que la maîtrise de la langue française, la compréhension du système de santé, ou encore le bénéfice ou non d'une couverture maladie.

Le rapport 2017 de la DREES sur l'état de santé de la population en France rappelle que « *les classes les plus favorisées économiquement et/ou les plus diplômées bénéficient d'un meilleur état de santé, d'une capacité d'appropriation des messages de prévention plus adéquate et d'un accès au système de santé, notamment de recours aux soins plus adapté* »[48].

N'épargnant pas les enfants, les inégalités sociales de santé surgissent dès le plus jeune âge. A titre d'exemple, en grande section de maternelle 5,8 % des enfants d'ouvriers sont atteints d'obésité, contre 1,3 % des enfants de cadres, tandis que 31 % des enfants d'ouvriers présentent des caries vers 5-6 ans, contre 8 % des enfants de cadres[49].

Ces inégalités hypothèquent le développement et l'avenir des enfants

[44] Plusieurs autres articles de la convention évoquent la santé des enfants: sans être exhaustif, peuvent être cités l'article 6 sur le droit à la vie, à la survie et au développement ; l'article 3 portant sur l'intérêt supérieur de l'enfant « Les Etats parties s'engagent à assurer à l'enfant la protection et les soins nécessaires à son bien-être » ; l'article 23 concernant les enfants handicapés ; l'article 26 sur le droit à la sécurité sociale ; l'article 27 qui reconnait « *le droit de tout enfant à un niveau de vie suffisant pour permettre son développement physique, mental, spirituel, moral et social* » ; ou encore l'article 33 relatif à la protection des enfants contre la consommation de stupéfiants.

[45] 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.

[46] Les textes prévoient 20 examens obligatoires entre l'âge de 0 et 6 ans qui suivent un calendrier précis : dans les huit premiers jours de vie, avec délivrance du premier certificat de santé ; une fois par mois durant les six premiers mois ; à neuf/dix mois avec délivrance du deuxième certificat de santé ; à douze mois ; deux fois au cours de la deuxième année de l'enfant ; à deux ans (au cours du vingt-quatrième ou vingt-cinquième mois) avec délivrance du troisième certificat de santé ; puis deux fois par an jusqu'à l'âge de six ans : Décret n°73-267 du 2 mars 1973 portant application des articles L. 164-1 et L. 164-2 du code de la santé publique relatifs à la délivrance obligatoire de certificats de santé à l'occasion de certains examens médicaux préventifs.

[47] Académie nationale de médecine, Rapport « Précarité, pauvreté et santé » d'Alfred Spira, 20 juin 2017.

[48] Drees, L'état de santé de la population en France, synthèse du rapport 2017, p. 23.

[49] *Ibid*, p. 24. Voir également Conseil national d'évaluation du système scolaire, *Qualité de la vie à l'école*, enquête sur la restauration et l'architecture scolaires, octobre 2017, p. 7. Cette enquête montre une fréquentation inégalitaire de la cantine, 59 % des élèves des collèges relevant du réseau d'éducation prioritaire n'utilisant jamais le service de restauration scolaire contre 22 % dans les collèges publics ne relevant pas de l'éducation prioritaire.

concernés. Elles «*renvoient de façon encore plus forte qu'à l'âge adulte à des enjeux de justice sociale : elles sont plus particulièrement intolérables, parce qu'elles ont des conséquences non seulement immédiates, mais aussi sur la durée et la qualité de vie des personnes devenues adultes* »[50].

C'est pourquoi il est impératif et urgent de concevoir et mettre en œuvre des politiques de santé précisément dédiées aux enfants et adolescents, et visant, au sens de la définition de l'Organisation Mondiale de la santé (OMS) : « *Un état de complet bien-être physique, mental et social* » et « *pas seulement une absence de maladie ou d'infirmité* »[51].

I . Pour une stratégie nationale de santé dédiée aux enfants

En 2013, la feuille de route de la stratégie nationale de santé se concentrait sur les aspects généraux du système de santé, sans consacrer de développement spécifique à l'enfance. Le Défenseur des droits, avait alors plaidé pour que soit élaborée « une politique transversale à l'égard des enfants et des adolescents »[52].

Depuis, la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 a représenté un progrès majeur, en prévoyant l'intégration à la stratégie nationale de santé d'un volet dédié à la santé des enfants[53]. Le Défenseur des droits a considéré que cette avancée permettait de s'inscrire « *dans la continuité de la convention internationale des droits de l'enfant en élaborant des principes directeurs en matière de santé des enfants en France* »[54].

En outre, la ministre des Solidarités et de la Santé a lancé, en septembre 2017, la concertation préalable à l'adoption de la prochaine stratégie nationale de santé, couvrant la période 2017-2022. Le rapport produit pour l'occasion par le Haut Conseil de la Santé Publique identifie cinq axes d'actions prioritaires, parmi lesquels la définition et la mise en œuvre d'une « *politique spécifique axée sur la santé des enfants et des adolescents* »[55].

Alors que les travaux autour de la nouvelle stratégie nationale de santé

[50] IGAS, Les inégalités sociales de santé dans l'enfance ; santé physique, santé morale, conditions de vie et développement de l'enfant », mai 2011, p. 3.
[51] Voir le rapport de Danièle Sommelet - « L'enfant et l'adolescent : un enjeu de société, une priorité du système de santé », Paris, La documentation Française, 2007.
[52] Décision MDE-MSP-2015-190, Paris, Défenseur des droits, 4 septembre 2015, p. 3.
[53] Article 1 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.
[54] Avis n°15-12, Paris, Défenseur des droits, 28 mai 2015, p. 2.
[55] Stratégie nationale de santé, Contribution du Haut Conseil de la Santé publique, Paris, Haut Conseil de la Santé Publique, septembre 2017.

se poursuivent, le Défenseur des droits tient à rappeler l'importance de mobiliser l'ensemble des collectivités publiques, nationales et locales, des institutions et des professionnels, en veillant à l'inter ministérialité, au décloisonnement des interventions des différents champs, au développement de coopérations opérationnelles et de proximité, avec à la clé un changement de culture et de pratiques.

A . Renforcer le soutien aux parents

Le Défenseur des droits souhaite d'abord rappeler qu'il est indispensable de s'appuyer sur les parents, qui sont les premiers concernés par la santé de leurs enfants, et leur apporter tout le soutien et l'aide nécessaires, en particulier « *via des mesures d'éducation à la parentalité, la création de groupes de soutien et la mise en place des services de consultation familiale, en particulier pour les familles dont les enfants ont des problèmes de santé ou d'autres difficultés d'ordre social* »[56]. En effet, le travail de soins engagé auprès d'un enfant ne peut être efficace si les parents n'en sont pas partie prenante, dans le cadre d'une « alliance thérapeutique » qui doit être recherchée par les professionnels. Enfin, les premiers gestes de santé, le rapport aux soins et aux dispositifs de santé se transmettent, d'abord, au sein de la famille.

Or la santé est envisagée par les parents comme l'un des domaines les plus complexes dans l'éducation de leurs enfants[57].

La société française de pédiatrie et le conseil national professionnel de pédiatrie proposent de « *promouvoir une formation adaptée de l'ensemble des acteurs à l'accompagnement et au soutien à la parentalité* », afin de « *redonner aux premiers acteurs en contact avec l'enfant leur rôle entier* »[58].

B . Donner la priorité à la prévention

Le renforcement de la prévention fait l'objet du titre premier de la loi de modernisation de notre système de santé, et devrait être l'une des priorités de la prochaine stratégie nationale de santé[59]. Le Haut Comité de Santé Publique a pour sa part recommandé d'adopter une « *approche vie entière* » qui prenne en compte les besoins des différents âges de la vie et qui conçoive la stratégie de prévention de manière à réduire les inégalités de santé, selon le « *concept d'universalisme proportionné* »[60].

Cette volonté politique est un premier pas important. Il s'agit désormais, au-delà des déclarations d'intention, de mettre en pratique les objectifs fixés.

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

Afin de remédier à ces difficultés, le Conseil national de l'ordre des médecins propose de « redonner du temps médical aux

[56] Comité des droits de l'enfant, Observation générale n°15 (2013) sur le droit de l'enfant de jouir du meilleur état de santé possible (art. 24), CRC/C/GC/15, 17 avril 2013.

[57] Claude Martin, Abdelhafid Hammouche, Marianne Modak, Gérard Neyrand, Catherine Sellenet, et al.. Accompagner les parents dans leur travail éducatif et de soin. : Etat de la question en vue d'identifier le rôle de l'action publique. 2017, p. 35.

[58] « Présidentielle 2017, la santé des enfants : une priorité pour notre société », Quinze propositions à l'attention des candidats à l'élection présidentielle, proposition n°12, Paris, Conseil national professionnel de pédiatrie et société française de pédiatrie, .

[59] Ministère des solidarités et de la santé, Stratégie nationale de santé 2017-2022, dossier de presse : http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_de_presse_sns2017_18092017.docx.pdf

[60] Contribution à la Stratégie Nationale de Santé, Paris, Haut Conseil de la santé publique, septembre 2017, p. 93.

médecins » en les déchargeant d'une partie des tâches administratives actuellement à leur charge[61].

C'est donc un changement complet de paradigme qui est attendu de la stratégie nationale de santé qui sera adoptée dans notre pays. Il sera essentiel de se doter d'un calendrier et d'indicateurs précis d'évaluation des incidences de la prévention sur la santé des personnes, en particulier des enfants, qui doivent être les premiers concernés par la construction des « parcours de prévention citoyens »[62] tout au long de la vie.

C . Développer la participation des enfants

La Convention internationale des droits de l'enfant reconnaît le droit de tout enfant d'exprimer son opinion sur les sujets qui le concernent, qu'il s'agisse de questions d'ordre collectif ou individuel. C'est ce qu'on appelle le droit à participation, qui reste très insuffisamment mis en œuvre dans notre pays. Dans le domaine de la santé, l'information des enfants et adolescents et leur consultation sur les sujets qui les touchent directement, permettraient d'encourager leur implication et leur vigilance quant à leur propre santé, et de les engager dans une culture du « prendre soin » de soi et des autres.

Plus largement, il est clair que le sentiment d'être écouté et pris au sérieux, considéré comme une personne à part entière, contribue à l'estime de soi et par suite au bien-être de l'enfant.

Dans cette perspective, le Défenseur des droits invite les pouvoirs publics nationaux et locaux à prendre les dispositions pour, selon des modalités adaptées à leur âge, recueillir l'opinion des enfants et des adolescents dans le cadre des travaux relatifs à l'élaboration de la stratégie nationale de santé 2017-2022.

D . Garantir des moyens suffisants

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 difficulté : prévention, dépistage et accompagnement précoce, *etc*.

L'insuffisance de ressources, qu'il s'agisse des services de protection maternelle et infantile (PMI)[63], 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.

[61] Pour l'avenir de la santé, de la grande consultation aux propositions, proposition n°4, Paris, Conseil national de l'Ordre des médecins. Voir : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cn_livreblanc/2016-01/index.html

[62] Avis, « Les enjeux de la prévention en matière de santé », Paris, Conseil économique, social et environnemental, 14 février 2012.

[63] La PMI est chargée de mettre en œuvre, à l'égard des parents et des enfants de moins de six ans, des actions de prévention, d'accompagnement psychologique, de dépistage, de surveillance et de contrôle des établissement et services d'accueil de jeunes enfants ainsi que actions de prévention et d'information sur les risques pour la santé liés à des facteurs environnementaux (article L2111-1 Code de la santé publique).

La protection maternelle et infantile et la médecine scolaire, des services en péril

Les services de protection maternelle et infantile (PMI) sont chargés d'assurer des actions en santé auprès des femmes enceintes et des jeunes enfants jusqu'à six ans. Leurs activités sont multiples : consultations, vaccinations, bilans de santé en écoles maternelles, planification familiale, visites à domicile…

Parce qu'elle s'inscrit pleinement dans une démarche de prévention et de promotion de la santé, la PMI est un service indispensable à l'effectivité du droit à la santé de l'ensemble des enfants en France, en particulier des plus précaires, et constitue à cet égard un acteur incontournable de la démocratisation de l'accès aux soins.

La loi de modernisation de notre système de santé, en mettant l'accent sur la prise en compte des déterminants sociaux dans l'état de santé des personnes, la prévention, la prise en charge globale, la coordination des acteurs et des parcours et en visant la réduction des inégalités de santé, est venue réaffirmer l'importance des principes qui sous-tendent les missions et l'organisation de la PMI.

La loi a prévu en particulier une animation nationale des actions de PMI, qui apparait d'autant plus intéressante que peut être constatée une aggravation sensible des disparités de fonctionnement entre territoires. Une première réunion du comité technique créé à ce titre, s'est effectivement tenue en janvier 2017 sous l'égide de la Direction générale de la Santé et de l'Assemblée des départements de France. Le Défenseur des droits salue la mise en place de cette instance et recommande que ses modalités d'organisation et de fonctionnement ainsi que ses objectifs soient précisés par voie réglementaire.

Il convient cependant de souligner que la PMI se trouve dans une situation inquiétante, sur laquelle le Défenseur des droits avait déjà alerté dans son rapport d'appréciation remis au Comité des droits de l'enfant en février 2015.

Dans de nombreux départements, les ressources humaines des services de PMI stagnent ou régressent, alors que les besoins augmentent. Les contraintes budgétaires, conjuguées à un problème de démographie médicale, ont des conséquences directes sur le fonctionnement des services.

Certains services de PMI sont dès lors contraints de réduire le périmètre de leur action, et de devoir faire des priorités en abandonnant des pans entiers des actions de prévention primaire, par exemple les bilans de santé en école maternelle, ou en limitant le suivi aux enfants de moins de deux ans. Les démarches « d'aller-vers » les familles, notamment via des visites à domicile,

se raréfient et les délais d'accès à un professionnel de PMI tendent à s'allonger. Les actions de prévention, d'accompagnement à la parentalité, de promotion de la santé, finissent par ne plus être assurées correctement.

Des difficultés similaires sont constatées s'agissant de la médecine scolaire, dont les missions concernent en particulier la promotion de la santé, la prévention, l'information en santé et la réalisation de visites médicales et de dépistages.

Comme l'indique l'exposé des motifs de la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016, « *c'est dès l'enfance, et en particulier à l'école, que se joue l'égalité des chances en matière de santé* ». Le rôle de l'Ecole dans la réduction des inégalités de santé a été réaffirmé par la circulaire n°2016-008 du 28 janvier 2016, qui rappelle que « *les inégalités de santé s'installent très précocement et que les conduites ayant une influence négative sur la santé se mettent en place dès l'enfance ou l'adolescence. Ainsi, 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* ».

Or, la médecine scolaire est en grande difficulté. Comme l'a rappelé le Médiateur de l'éducation nationale dans son dernier rapport, elle peine à recruter un nombre de médecins suffisant par rapport au nombre de postes prévus. Pour le syndicat SNMSU-UNSA Education, cela s'explique notamment par un décalage entre la rémunération proposée dans la majorité des académies avec les prétentions des étudiants en médecine, ce qui les décourage de s'orienter vers la médecine scolaire.

L'Education nationale rencontre des difficultés moindres s'agissant du recrutement des infirmières scolaires, qui assurent aussi bien des actions collectives d'éducation à la santé qu'un accompagnement individuel des élèves, et ont à cet égard un rôle majeur en termes d'écoute et d'attention porté aux élèves. Cependant, la charge de travail et l'étendue de leurs missions constituent d'importantes contraintes qui pèsent, au quotidien, sur leurs actions et leur disponibilité aux élèves, alors que leur place « d'adultes de confiance » est indispensable.

Selon l'enquête du syndicat SNMSU-UNSA Éducation, seuls 55% des élèves auraient bénéficié d'un dépistage infirmier et/ou de l'examen médical prévu lors de la 6e année pendant l'année scolaire 2015/2016.

En tout état de cause, les difficultés rencontrées par les services de PMI et de médecine scolaire fragilisent en premier lieu les enfants issus de ménages en situation de précarité, d'exclusion sociale et/ou vivant dans les territoires les moins dotés en professionnels de soins. Face à ce constat, le Défenseur des droits attend une mobilisation effective des pouvoirs public, qui doit se traduire par une inscription, dans la stratégie nationale de santé, des missions et objectifs de la PMI et de la médecine scolaire, ainsi que des moyens nécessaires à leur exercice.

II . Des difficultés persistantes d'accès à la santé pour les enfants en situation de vulnérabilité

Le Comité des droits de l'enfant de l'ONU indique dans son observation générale N° 15 : que « *les efforts déployés pour garantir l'exercice du droit de l'enfant à la santé devraient porter en particulier sur les enfants se trouvant dans des situations défavorisées et vivant dans des régions mal desservies. Les États devraient identifier les facteurs qui, aux niveaux national et régional, rendent les enfants vulnérables ou désavantagent certains groupes d'enfants. Ces facteurs devraient être pris en compte dans l'élaboration des lois, règlements, politiques, programmes et services relatifs à la santé de l'enfant et dans les activités visant à garantir l'équité* »[64].

Au vu des réclamations qui lui sont adressées, le Défenseur des droits souhaite attirer l'attention sur trois situations de vulnérabilité particulièrement préoccupantes : la situation des enfants en Guyane et à Mayotte, celle des enfants étrangers– qu'ils soient seuls ou en famille - et celle des enfants et adolescents pris en charge par l'Aide sociale à l'enfance.

A . Un cumul de difficultés pour l'accès à la santé des enfants de Guyane et de Mayotte

Recommandations du Comité des droits de l'enfant de l'ONU à la France, février 2016 :

Redoubler d'effort pour réduire les disparités existantes en termes d'accès aux services de santé destinés aux enfants et aux mères dans les départements et territoires d'outre-mer, en particulier à Mayotte.

Prendre en considération les besoins particuliers des enfants, notamment des enfants vivant dans les départements et territoires d'outre-mer.

Accroître le budget alloué aux secteurs sociaux et aux enfants défavorisés, comme (…) les enfants de Mayotte et des autres départements et territoires d'outre-mer.

Mettre en place des programmes ciblés pour prévenir les maladies évitables, notamment le VIH/sida et la tuberculose, en particulier en Guyane et à Mayotte.

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

Le Défenseur des droits est très présent dans les départements d'outre-mer grâce à ses délégués. En outre, plusieurs missions ont été organisées à Mayotte et en Guyane, qui ont permis de mieux appréhender les problématiques de santé rencontrées directement ou indirectement par les enfants.

Parmi les territoires ultra-marins, la Guyane et Mayotte sont marqués par une natalité et une immigration importantes et concentrent des difficultés économiques et sociales majeures qui se sont traduites, dans les années récentes, par d'importants mouvements sociaux.

Sur le plan de l'accès à la santé, les obstacles sont nombreux et se cumulent : manque de personnel, inaccessibilité des structures de santé, blocages administratifs, coût des soins…

La loi relative à l'égalité réelle outre-mer du 28 février 2017 est récemment venue rappeler que « *la République reconnait aux populations des outre-mer le droit à l'égalité réelle au sein du peuple français* » et préciser que les collectivités territoriales d'outre-mer doivent prendre « *des mesures en vue de la réduction des inégalités, notamment en termes d'accès aux soins* »[65].

Elle a ainsi complété la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016, qui a prévu que « *la stratégie nationale de santé (…) fixe des objectifs propres aux outre-mer à partir d'une évaluation des données épidémiologiques et des risques sanitaires spécifiques* »[66]. Pour répondre à cet impératif, une stratégie de santé pour les outre-mer a été élaborée et des feuilles de route propres à chaque territoire ont été rédigées par les Agences Régionales de Santé (ARS) de Guyane et de l'Océan indien.

Parmi les objectifs fixés par ces documents de programmation, certains concernent directement la santé des enfants, et recouvrent largement les priorités fixées par le Comité des droits de l'enfant : amélioration de la connaissance et de la prise en compte des questions de santé spécifiques des populations ultra-marines, mise en œuvre de programmes de lutte contre les addictions, renforcement de l'accès à la contraception, amélioration du suivi des grossesses, mais aussi augmentation des moyens consacrés à la santé mentale, à la médecine scolaire, à la médecine préventive.

Des services de santé sous-équipés et inégalement répartis

En Guyane comme à Mayotte, l'un des principaux obstacles à l'accès aux soins des populations est celui du manque de personnel soignant.

L'offre médicale à Mayotte est « *très nettement sous-dimensionnée par rapport aux besoins de la population* »[67], en particulier sur le plan de la médecine libérale. L'insécurité, le coût élevé de la vie, sont autant de facteurs qui limitent l'attractivité du territoire et qui peuvent décourager les professionnels de santé de s'y installer.

Les mêmes difficultés de recrutement et de fidélisation des professionnels médicaux sont constatées en Guyane, où la carence en médecins pourrait s'accentuer dans les années à venir suite à une vague de départ en retraite, un tiers des médecins du territoire ayant plus de 60 ans[68].

[65] Article 1 loi n° 2017-256 du 28 février 2017 de programmation relative à l'égalité réelle outre-mer et portant autres dispositions en matière sociale et économique.

[66] Article 2 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

[67] Alain MILON, Gilbert BARBIER, M[mes] Laurence COHEN, Chantal DESEYNE et M. Jean-Louis TOURENNE, Promouvoir l'excellence sanitaire française dans l'Océan Indien, Rapport d'information n°378 (2015-2016), fait au nom de la commission des affaires sociales du Sénat, déposé le 29 juin 2016, p. 50.

[68] Voir Stratégie de santé pour les outre-mer, Feuille de route Guyane, Paris, ministère de la Santé, mai 2016, p. 4.

Le manque de personnels soignants touche particulièrement la santé des mères et des enfants, dans des territoires qui connaissent des taux de natalité largement supérieurs à la moyenne nationale. L'offre en gynécologie-obstétrique y est de plus en plus insuffisante au regard de l'augmentation des naissances, et les services sont dépassés.

La médecine scolaire est également directement concernée, alors même que son rôle est certainement encore plus déterminant ici qu'ailleurs. Dans un rapport consacré à la santé dans les outre-mer, la Cour des comptes a ainsi considéré que la médecine préventive en milieu scolaire à Mayotte était « *dans l'impasse* »[69]. En effet, selon les services du vice-rectorat de Mayotte, il n'y aurait sur l'ensemble du territoire que deux médecins scolaires, quand dix seraient nécessaires. Dans un avis sur le droit à l'éducation dans les outre-mer, la Commission nationale consultative des droits de l'Homme (CNCDH) a également rappelé l'état de déshérence de la médecine scolaire en outre-mer, et plus particulièrement à Mayotte. Elle a regretté à cet égard que « *les élèves ne bénéficient pas tous d'un bilan médical à l'âge de 5-6 ans (article L. 541-1 du code de l'éducation) alors même que celui-ci constitue, pour nombre d'entre eux, le seul moyen de bénéficier d'une consultation* »[70].

En Guyane, le rapport précité de la Cour des comptes indique que seuls 35 % des enfants de cinq ans avaient bénéficié, pour l'année scolaire 2011/2012, d'un bilan médical complet. Alors que la médecine scolaire a notamment pour vocation de détecter d'éventuels problèmes de santé, ces défaillances ont des conséquences directes sur l'état de santé des enfants. Des troubles visuels, auditifs, dentaires, épileptiques, par exemple, ne sont ainsi pas détectés et soignés à temps.

Face aux besoins sanitaires importants dans les départements ultra-marins, le Défenseur des droits recommande au ministre de l'Education nationale et aux responsables académiques de s'assurer que les bilans de santé prévus à l'école élémentaire y soient effectivement réalisés, notamment auprès des enfants précédemment non-scolarisés entre 3 et 6 ans. Il recommande également de mettre en place des bilans de santé pour les enfants dès leur inscription à l'école maternelle[71].

Autres services de santé dédiés aux enfants, les services de PMI sont en Guyane comme à Mayotte trop sollicités au regard de leurs moyens. En Guyane, le fonctionnement des services de PMI connait des difficultés du fait du manque de personnel, de l'inadaptation des locaux et du défaut d'organisation territoriale.

Le Défenseur des droits recommande de développer la présence des équipes de PMI en Guyane[72] et à Mayotte.

A Mayotte, les équipes de Médecins du Monde ont constaté que les délais pour obtenir un rendez-vous en PMI sont souvent supérieurs à 4 mois. Comme le reconnait l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS), la PMI, qui assure le suivi

[69] *La santé dans les outre-mer, une responsabilité de la République*, Paris, Cour des comptes, juin 2014, p. 54.
[70] Avis sur l'effectivité du droit à l'éducation dans les outre-mer, regard particulier sur la Guyane et Mayotte, Paris, CNCDH, 6 juillet 2017, p. 29.
[71] Décision n°2017-078, Paris, Défenseur des droits, 14 février 2017.
[72] « Accès aux droits et aux services publics en Guyane », compte-rendu du déplacement du Défenseur des droits en octobre 2016, Rapport établi par Yvette MATHIEU, chargée de mission outre-mer auprès du Défenseur des Droits, Paris, Défenseur des droits, Décembre 2016. Voir : https://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/atoms/files/cr_deplacement_ddd_guyane_2016.pdf

de 4 enfants sur 5 à Mayotte, « *peine à assurer ses missions de base au regard de l'évolution démographique* »[73].

Le nouveau schéma départemental de l'enfance et de la famille à Mayotte, adopté pour la période 2017-2022, prend acte des difficultés de fonctionnement de la PMI, et prévoit un axe visant à « *faire de la prévention le pivot de la politique départementale de protection de l'enfance* » : en renforçant la prévention des grossesses précoces, accompagnement materno-infantile et accueil de la petite enfance, dans le cadre d'une réorganisation des missions et des moyens de la PMI ainsi que d'un renforcement du maillage territorial et de l'action partenariale[74].

Par ailleurs, la loi de finances rectificative pour 2016 a permis l'engagement d'une démarche de compensation financière par l'Etat en faveur du Conseil départemental de Mayotte, dédiée aux actions de PMI et de protection de l'enfance. A l'été 2017, une enveloppe supplémentaire de 15 millions d'euros par an a été accordée, notamment afin d'encourager la construction de structures de PMI et de rénover les structures existantes. Le Défenseur des droits a tenu à saluer les mesures prises par l'Etat.

Au-delà des carences en personnel, les services de santé à Mayotte sont également caractérisés par leur inégale répartition, qui défavorise les habitants des zones isolées.

Cette problématique est encore plus forte en Guyane, dont la taille du territoire et l'inaccessibilité de certaines zones viennent renforcer les difficultés des habitants pour accéder aux structures de santé.

Les difficultés rencontrées par les femmes enceintes issues des communes guyanaises dites isolées sont parfaitement illustratives de la situation. Pour accoucher, ces dernières doivent se rendre aux centres hospitaliers de Cayenne ou de Saint Laurent du Maroni et sont contraintes, à partir du 8e mois de grossesse, de quitter leur domicile et leur famille. Craignant le désœuvrement, les mauvaises conditions d'accueil et l'éloignement avec leurs enfants, certaines femmes enceintes refusent cette hospitalisation. Elles sont, de ce fait, privées d'un suivi obstétrique pourtant nécessaire pour éviter les complications et limiter les risques pour la santé de la mère ou de l'enfant.

Cela emporte des conséquences majeures sur la santé maternelle et infantile en Guyane, où, selon la feuille de route de la stratégie de santé, « *le taux de mortalité infantile était de 8,8 pour 1 000 naissances contre 3,3 en métropole* » en 2013. Ces difficultés ne sont pas nouvelles et ont été identifiées dès 2011 comme constituant l'un des 6 axes prioritaires de la politique régionale de santé[75]. Pour réduire la mortalité périnatale et infantile, le plan régional de santé 2011-2015 prévoyait

[73] Mission d'appui au département de Mayotte sur le pilotage de la protection de l'enfance, Dr Pierre ABALLEA et Yves RABINEAU, Paris, IGAS, février 2016, 2015-087R.
[74] Département de Mayotte, Schéma départemental de l'enfance et de la famille 2017-2021, pp. 28 et s.
[75] Projet régional de santé 2011-2015, Plan stratégique régional de santé, Cayenne, Agence Régionale de Santé Guyane, p. 71.

notamment de développer une offre de soins périnataux de proximité. Assurer un suivi de grossesses pour toutes les femmes s'avère particulièrement nécessaire sur le territoire guyanais, marqué par des grossesses précoces plus fréquentes qu'en métropole[76]. Or, des jeunes filles sont *a priori* moins armées que des adultes face à la grossesse et ont des besoins importants en termes d'accompagnement, lesquels ne sont, à l'heure actuelle, pas satisfaits.

Le Défenseur des droits a recommandé dès sa visite en Guyane en octobre 2016, que le dispositif de prise en charge des femmes enceintes des communes isolées soit analysé et que la politique de protection maternelle soit adaptée en conséquence.

Une protection maladie non systématique et des obstacles financiers à l'accès aux soins

Les populations de Guyane et de Mayotte se heurtent dans leurs démarches de santé, à des obstacles administratifs qui favorisent le non-recours aux droits.

En Guyane, une partie de la population peine à bénéficier d'une couverture d'assurance maladie, les caisses primaires ne se déplaçant pas suffisamment dans les communes isolées du territoire. Si cette insuffisance s'explique par des difficultés réelles d'accès à certaines communes par les services et la mobilité réduite des habitants, elle est source de véritables inégalités d'accès aux droits entre habitants selon leur lieu de résidence.

Pour améliorer la couverture maladie de l'ensemble de la population, le Défenseur des droits recommande que des permanences itinérantes soient plus régulièrement organisées sur l'ensemble du territoire.

Par ailleurs, les habitants des villages isolés rencontrent d'importantes difficultés pour faire enregistrer la naissance de leurs enfants et obtenir des documents civils[77], ce qui empêche en pratique l'accès à la protection maladie, et par conséquent aux soins.

Si le récent allongement des délais d'enregistrement des naissances[78], qui avait été réclamé par le Défenseur des droits, devrait avoir un effet positif, d'autres mesures pourraient être prises pour garantir une existence juridique à l'ensemble des enfants nés en Guyane : remettre en place les audiences foraines de la chambre détachée du tribunal de Saint Laurent du Maroni pour les jugements déclaratifs de naissance, qui n'ont plus lieu depuis le début de l'année 2017 ; faciliter l'accès aux procédures de révision des actes d'état civil ; développer un mécanisme d'alerte au sein de l'Education nationale pour signaler les défaillances de l'état civil ou encore créer une plateforme d'appui aux travailleurs sociaux concernant les démarches de recherche ou reconstitution d'état civil[79].

[76] Selon l'INSEE, le nombre de naissances précoces en 2014 en Guyane était de 80 pour 1 000 femmes de 15 à 19 ans. Voir : https://www.insee.fr/fr/statistiques/2559184

[77] A cet égard, voir : *La carence institutionnelle dans l'établissement de l'état civil, vecteur d'atteintes à l'accès aux droits dans l'Ouest guyanais*, Paris, Ligue des droits de l'Homme, avril 2015.

[78] La loi du 18 novembre 2016 dite de modernisation de la justice du 21e siècle a étendu le délai de déclaration des naissances de 3 à 5 jours et à 8 jours dans certaines communes isolées de Guyane.

[79] Voir Décision n°2017-078, Paris, Défenseur des droits, 14 février 2017.

A Mayotte, l'affiliation à la sécurité sociale pose problème pour une grande partie des mineurs. Ainsi, en 2015, les équipes de Médecins du Monde ont accueilli en consultation 90% d'enfants non affiliés, alors qu'un quart d'entre eux auraient pu bénéficier d'une affiliation à la sécurité sociale, ayant au moins un parent français ou résidant de manière régulière à Mayotte.

Le système de protection maladie à Mayotte, dérogatoire au droit commun, ne connait ni CMU (désormais Puma), ni CMU-C. Les personnes affiliées à la sécurité sociale peuvent bénéficier de soins gratuits à l'hôpital, mais les soins de ville sont à leur charge. Or, le niveau de vie des Mahorais est faible et certains sont contraints de renoncer aux soins en raison de leurs coûts excessifs. Le défaut de solvabilisation constitue une des causes identifiées du faible développement de l'offre libérale à Mayotte.

L'Aide Médicale d'Etat (AME) n'existe pas non plus à Mayotte. Les personnes en situation irrégulière devaient ainsi, depuis 2005, s'acquitter d'un forfait pour bénéficier d'une consultation ou de soins à l'hôpital, dont le montant était souvent supérieur à leurs moyens[80]. A partir de 2009, un dispositif de « bons roses » a été mis en place pour assurer la gratuité des soins prodigués aux enfants, mais sa mise en œuvre s'est révélée particulièrement aléatoire et arbitraire. Une ordonnance de 2012 a réaffirmé le caractère gratuit des soins prodigués aux mineurs et aux femmes enceintes. Toutefois, là encore, elle n'a pas été systématiquement appliquée, comme l'a constaté la Défenseure des enfants lors de sa mission sur place en septembre 2015. Dans le rapport qui s'en est suivi, le Défenseur des droits a « *exigé que soient prises les décisions pour permettre l'application des dispositions de l'ordonnance n°2012-785 du 31 mai 2012* »[81], et en novembre 2015, le centre hospitalier de Mamoudzou a diffusé une note interne donnant pour consigne l'application de cette ordonnance.

Le Défenseur des droits s'était félicité de cette avancée pour la santé des femmes enceintes et des enfants. Au-delà, il continue à recommander que les conditions d'accès à une protection maladie soient harmonisées avec celles de la métropole[82] afin de permettre l'affiliation à l'assurance-maladie de l'ensemble des mineurs.

[80] Selon la contribution de Médecins du Monde au présent rapport, le coût des soins constitue le premier obstacle à l'accès aux soins pour 73 % des personnes ayant consulté le centre pédiatrique de Médecins du Monde en 2015.
[81] Situation sur les droits et la protection des enfants, Paris, Défenseur des droits, septembre 2015.
[82] Voir notamment décision n° MDE/2013-87, Paris, Défenseur des droits, 19 avril 2013.

A Mayotte, des exigences administratives pour l'affiliation à l'assurance maladie contraires à l'intérêt supérieur de l'enfant

Le 27 juillet 2017, le Défenseur des droits a rendu sa décision n°2017-217 concernant un litige opposant une mère de famille à la Caisse de sécurité sociale de Mayotte (CSSM). La réclamante, de nationalité comorienne, avait sollicité son affiliation à l'assurance maladie ainsi que celle de son enfant, atteint d'une maladie génétique nécessitant une prise en charge clinique régulière, en sa qualité d'ayant-droit. La CSSM avait refusé cette affiliation au motif que la requérante ne fournissait pas de relevé d'identité bancaire (RIB) ou postal. Or, la requérante, qui était, au moment de sa demande, en attente de la délivrance d'un titre de séjour sans lequel elle ne pouvait accéder à un compte auprès d'un établissement bancaire de Mayotte, ne pouvait pas fournir un tel document. L'affaire a donné lieu à un jugement du tribunal des affaires de sécurité sociale de Mamoudzou et à un arrêt de la Cour d'appel.

Ces juridictions ont estimé que l'exigence de disposer d'un RIB pour bénéficier d'une affiliation à l'assurance maladie n'était pas discriminatoire et ne représentait pas une atteinte excessive aux droits individuels.

L'affaire a été portée devant la Cour de Cassation et le Défenseur des droits a souhaité, à cette occasion, renouveler les observations qu'il avait déjà produites devant la Cour d'appel. Sur le plan du respect des droits de l'enfant, il a ainsi estimé que « *la pratique litigieuse n'a pas permis à l'enfant de bénéficier en temps utile de l'ensemble des prestations auxquelles il aurait pu prétendre, telle que la prise en charge des frais de transport ou le remboursement des soins soumis à l'avance de frais* ». Dans ces conditions, « *l'exigence de produire un RIB exprimée par la caisse pour donner lieu à l'affiliation puis aux remboursements de soins méconnait le droit à l'accès à un service public et constitue une discrimination ainsi qu'une atteinte à l'intérêt supérieur de l'enfant* ».

Des contrôles administratifs et physiques favorisant le renoncement aux soins

Alors que Mayotte et la Guyane connaissent des flux migratoires importants, la politique de lutte contre l'immigration irrégulière tend à dissuader les habitants sans-papiers d'engager les démarches de santé qui s'imposent. Ce facteur de renoncement aux soins peut emporter des conséquences majeures sur l'état de santé de leurs enfants[83].

En Guyane par exemple, les habitants de l'est guyanais sont généralement contraints, pour consulter un spécialiste ou subir une intervention, de se rendre au CHAR (centre hospitalier de Cayenne), tandis que les habitants de l'ouest doivent également s'y rendre pour certaines pathologies. Or, les personnes en situation irrégulière peuvent légitimement hésiter à faire ce déplacement en raison de l'existence de deux barrages routiers permanents[84] situés sur les deux seules routes permettant l'accès à Cayenne. Une pièce d'identité française ou un titre de séjour en cours de validité sont nécessaires pour franchir ces barrages. S'il existe une procédure permettant la délivrance par la préfecture, après avis de l'ARS, de laissez-passer pour permettre un accès aux soins, les associations présentes localement font état d'importantes difficultés dans la mise en œuvre de cette procédure. Plusieurs d'entre elles ont engagé une procédure devant la justice administrative visant à faire annuler les arrêtés préfectoraux reconduisant systématiquement le dispositif des barrages routiers. Leur démarche n'a pas abouti, le tribunal estimant notamment que l'existence d'une procédure de laissez-passer délivrés par la préfecture après avis de l'Agence régionale de santé constituait une garantie suffisante du respect des droits des individus[85].

Les évacuations sanitaires en provenance de Mayotte

Le service de maternité du Centre hospitalier de Mayotte est dépassé face à l'accroissement rapide de son activité, les naissances ayant augmenté de 45 % entre 2013 et 2016[86]. En manque d'effectif, d'équipements et de structures spécialisées, il ne peut assurer la prise en charge de tous les cas complexes. Aussi, les services réunionnais sont régulièrement mobilisés via la procédure d'évacuation sanitaire (EVASAN). Au-delà du risque d'engorgement des services réunionnais, ces évacuations sanitaires sont également problématiques au regard des droits fondamentaux de l'enfant, notamment de leur droit au maintien des liens familiaux. En effet, une grande partie des évacuations sanitaires concernent des enfants dont les parents se trouvent en situation irrégulière sur le territoire mahorais. Tentant d'obtenir en préfecture une autorisation provisoire de séjour ou un titre de séjour temporaire leur permettant de suivre leur enfant pendant son hospitalisation, ces derniers se heurtent à la longueur des délais administratifs, la procédure de délivrance de ces documents pouvant prendre de 6 à 11 mois. En cas d'urgence ou lorsque le pronostic vital de l'enfant

[83] SA Mayotte, parmi les personnes en situation irrégulière ayant consulté, pour leur enfant, la clinique mobile de Médecins du Monde, près d'un tiers ont indiqué la peur des contrôles de police comme principal obstacle à l'accès aux soins.
[84] Ces barrages sont autorisés par arrêté préfectoral renouvelé tous les six mois.
[85] TA de Guyane, 1er juin 2017, n°1700158.
[86] https://www.insee.fr/fr/statistiques/3048782.

est engagé, ces délais sont incompatibles avec le respect du droit à la vie privée et familiale.

La stratégie de santé pour les outre-mer dans l'Océan indien fait état des difficultés liées à la procédure d'évacuation sanitaire de Mayotte vers la Réunion (indisponibilité des avions, capacité d'accueil des établissements réunionnais, accompagnement parental, prise en charge de non-assurés sociaux) et fixe pour objectif l'amélioration de l'organisation de ces transferts ainsi que des conditions d'accueil des patients et de leur famille[87]. Un tel objectif est louable sur le plan des principes et du respect des droits des personnes concernées et le Défenseur des droits sera attentif aux mesures qui permettront de l'atteindre.

B . Précarité et accès aux soins : des difficultés aggravées pour les enfants étrangers

Dans ses observations adressées à la France en février 2016, le Comité des droits de l'enfant de l'ONU s'est dit préoccupé par « *le fait que les enfants migrants qui n'ont pas de titre de séjour valable continuent d'avoir du mal à exercer leur droit aux services de santé* »[88].

1 . Une protection maladie non systématique et des obstacles financiers à l'accès aux soins

Recommandations du Comité des droits de l'enfant de l'ONU à la France, février 2016 :

Respecter les obligations internationales en ce qui concerne les expulsions forcées.

Accroître le budget alloué aux secteurs sociaux et aux enfants défavorisés, comme les enfants roms (…).

Entre 15 000 et 20 000 ressortissants d'Europe de l'Est, roms ou perçus comme tels (dont plus d'un tiers d'enfants) vivent en France métropolitaine dans une situation d'extrême précarité, contraints de s'installer, faute de mieux, dans des bidonvilles[89].

Entre conditions d'habitation indécentes et expulsions récurrentes

Les conditions de vie dans les bidonvilles sont particulièrement dégradées. Les données recueillies en 2015 dans 53 sites font état de conditions sanitaires

[87] Stratégie de santé pour les outre-mer, feuille de route régionale Océan indien, mai 2016, p. 31. Voir : https://www.ocean-indien.ars.sante.fr/sites/default/files/2016-12/Feuille_de_Route_OI.pdf.

[88] En France, les enfants ne sont pas soumis à l'obligation de disposer d'un titre de séjour. Le Comité des droits de l'enfant fait référence aux enfants dont les parents sont en situation irrégulière.

[89] Selon la 9e édition de l'état des lieux national des campements illicites, grands squats et bidonvilles dressé par la Délégation interministérielle pour l'hébergement et l'accès au logement (DIHAL), 16 000 personnes étaient recensées en avril 2017 sur 571 sites en France métropolitaine.

alarmantes : 74% d'entre eux ne disposent d'aucun système de collecte de déchets, 88% des lieux n'ont pas d'accès sécurisé à l'électricité et 77% d'entre eux ne disposent pas d'eau potable accessible sur site[90].

En 2015, parmi les patients des « programmes bidonvilles » de Médecin du Monde, environ 45 % étaient mineurs et près d'un cinquième des enfants avait moins de 5 ans[91].

À ces conditions de vie difficiles, qui conduisent à la dégradation de l'état de santé des occupants, s'ajoute la fréquence des expulsions de bidonvilles, le plus souvent sans proposition satisfaisante de relogement. Un recensement inter-associatif fait état de plus de 10 000 occupants de bidonvilles et squats expulsés de leurs lieux de vie en 2016, sachant qu'il arrive fréquemment, notamment en Île-de-France, qu'un même ménage soit concerné plusieurs fois dans l'année par des procédures d'expulsion[92].

Comme l'a rappelé le Défenseur des droits à de nombreuses reprises, les expulsions de bidonvilles renforcent la précarité des personnes concernées lorsqu'elles ne sont pas accompagnées de solutions de relogement. Sur le plan de la santé, ces expulsions peuvent emporter des conséquences dramatiques en rompant les parcours de soins engagés par les ménages et leurs accompagnants, qu'ils soient associatifs, institutionnels ou individuels.

En Seine-Saint-Denis par exemple, alors que les acteurs de santé, notamment l'Agence régionale de santé d'Île-de-France, organisent des opérations de dépistage de la tuberculose et mettent en place des traitements pour les personnes infectées, il arrive que les forces de l'ordre procèdent à l'expulsion d'un bidonville avant que ces démarches ne soient terminées. De manière générale, le niveau de prise en compte des problématiques de santé des occupants de bidonvilles s'avère disparate. En février 2016, les occupants du bidonville de la petite ceinture ont ainsi été expulsés, à la demande de la préfecture de police de Paris, alors que le Tribunal de grande instance de Paris avait rendu la semaine précédente une décision accordant aux occupants des délais devant permettre « *de pérenniser leur prise en charge médicale* » par l'association Médecins du Monde. Dans une lettre ouverte adressée aux pouvoirs publics franciliens, Médecins du Monde avait alors fermement dénoncé les conséquences de cette absence de prise en compte des besoins de santé des occupants de bidonvilles[93].

La répétition des expulsions maintient les occupants de bidonvilles dans une forme d'errance permanente qui ne laisse guère de place à la mise en œuvre de réelles actions de prévention et de suivi médical. Les questions de santé ne sont appréhendées que sous l'angle de l'urgence, réduisant les possibilités d'action précoces ainsi que la réduction des risques. Dans le cadre des programmes d'accès aux soins développés par Médecins du Monde auprès de ce public, des retards de soins sont ainsi constatés dans 60% des consultations[94].

Face aux conséquences sociales et médicales des expulsions, le Défenseur des droits intervient régulièrement pour rappeler aux pouvoirs publics que les procédures d'expulsion ne sauraient « *être réalisées sans que la continuité de l'accès aux soins –telle que prévue par la circulaire du 26 août 2012*[95] *– ne soit garantie* » et que « *les évacuations sans recours aux mesures préalables d'accompagnement vers le maintien de l'accès aux soins doivent être*

[90] Données issues du programme national de médiation sanitaire. Voir CNDH Romeurope, « 20 propositions pour une politique d'inclusion des personnes vivant en bidonvilles et squats », Rapport 2017, p. 14.
[91] Contribution de Médecins du Monde au présent rapport, juin 2017.
[92] *Des évacuations discrètes toujours aussi nombreuses, aussi injustes qu'inefficaces, face au mal-logement*, Bilan 2016 de l'observatoire European Roma Rights Centre / Ligue des Droits de l'Homme des évacuations forcées de lieux de vie occupés par des Roms ou supposés tels, 6 février 2017.
[93] http://www.medecinsdumonde.org/fr/actualites/bidonville/2016/02/23/lettre-ouverte
[94] Contribution de Médecins du Monde au présent rapport, juin 2017, *op.cit*.
[95] Circulaire interministérielle NOR INTK1233053C du 26 août 2012 relative à l'anticipation et à l'accompagnement des opérations d'évacuation des campements illicites.

limitées à des cas exceptionnels et des faits d'une extrême gravité (prostitution, exploitation de personnes vulnérables ou d'enfants) et non à tout risque d'insécurité ou toute situation d'insalubrité ».

Le Défenseur des droits appelle de ses vœux la mise en œuvre d'une réelle politique de résorption des bidonvilles, visant à assurer à chaque enfant des conditions de vie acceptables. Constatant l'impact majeur des expulsions sur la santé des enfants vivant en squats et bidonvilles, le Défenseur des droits recommande que les besoins de santé des habitants soient pris en compte par les pouvoirs publics et que les actions mises en œuvre (information et éducation à la santé, dépistage, suivi et soins) soient encouragées, au lieu d'être empêchées.

Il tient ici à rappeler la récente décision du Conseil d'Etat, qui a reconnu l'invocabilité du principe d'intérêt supérieur de l'enfant dans le cadre des procédures d'expulsions d'occupants sans droit ni titre du domaine public, affirmant que ce principe doit être pris en compte par le juge administratif pour la fixation des délais impartis aux habitants pour quitter les lieux, le cas échéant[96].

Les discriminations dans l'accès aux soins, cause majeure de non recours

Les personnes en situation irrégulière sur le territoire français ne sont pas admises au régime général de sécurité sociale. Lorsqu'elles sont présentes sur le territoire depuis plus de trois mois, elles ont droit à l'Aide Médicale d'Etat (AME), tandis que les mineurs peuvent y accéder sans délai.

En pratique, le Défenseur des droits a constaté que certaines Caisses Primaires d'Assurance Maladie (CPAM) refusent le bénéfice de cette prestation aux ressortissants d'Europe de l'Est, au motif que ces derniers ne rempliraient pas les conditions de droit au séjour applicables aux citoyens de l'Union européenne. Dans sa décision MSP-MLD-2013-130, le Défenseur des droits a rappelé que les conditions de droit au séjour ne peuvent, par nature, pas s'appliquer à une demande d'AME, prestation justement réservée aux personnes en situation irrégulière.

Le Défenseur des droits réitère sa recommandation que « *la CNAM rappelle à l'ensemble des caisses primaires, par voie d'instruction, les règles applicables en matière d'admission des ressortissants communautaires à l'aide médicale d'Etat, et notamment, leur droit à jouir de cette prestation dans les mêmes conditions que tous les autres étrangers dépourvus de droit de séjour* »[97].

La médiation sanitaire : une bonne pratique à développer

Pour favoriser l'accès à la santé des populations vivant en bidonville, un programme de médiation sanitaire[98] initié et mis en œuvre par le secteur associatif, avec le soutien et le financement du Ministère de la Santé, s'est développé à partir de 2013 dans plusieurs villes de France. Le succès de ce programme[99] a favorisé l'introduction, par la loi de modernisation de notre système de santé, d'un article consacré à la médiation sanitaire dans le Code de la santé publique. Cet article définit la médiation

[96] Conseil d'Etat, n° 395911, 28 juillet 2017
[97] *Rapport sur les droits fondamentaux des étrangers en France*, Paris, Défenseur des droits, mai 2016, p. 195.
[98] http://www.mediation-sanitaire.org/
[99] Voir NovaScopia, *Rapport final d'évaluation du programme national de médiation sanitaire*, août 2016.

sanitaire et l'interprétariat linguistique comme visant à « *améliorer l'accès aux droits, à la prévention et aux soins des personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins, en prenant en compte leurs spécificités* »[100].

Lorsqu'ils interviennent auprès des populations roms vivant en bidonville, les équipes de médiation sanitaire portent une attention particulière à la situation des enfants de 0 à 6 ans ; la santé maternelle et infantile constituant une des priorités du programme. En 2015, 41% des bénéficiaires du programme de médiation sanitaire étaient des enfants, et 52 % de ces enfants avaient moins de 6 ans. L'accès à un carnet de santé et la couverture vaccinale font notamment partie des actions prioritairement engagées par les équipes de médiation. Ainsi, alors qu'au début de la phase expérimentale du programme, seulement 36% des enfants de moins de 6 ans vivant dans les sites concernés avaient un carnet de santé à jour, ils étaient 98% à en disposer à la fin de la phase expérimentale[101].

Le Défenseur des droits salue l'introduction de la médiation sanitaire dans le Code de la santé publique et encourage vivement le développement d'actions de médiation sanitaire auprès des publics, en situation de précarité, en priorisant les enfants.

Il s'inquiète toutefois de l'évaluation finale du programme de médiation sanitaire qui fait état d'une « *saturation de l'offre de soins accessible aux bénéficiaires du programme* » et appelle les pouvoirs publics à prendre les mesures nécessaires.

2 . Les mineurs non accompagnés

Recommandations du Comité des droits de l'enfant de l'ONU à la France, février 2016 :

Garantir le droit de tous les enfants, y compris des enfants qui vivent dans des camps de réfugiés, d'être enregistrés à l'état civil, de vivre dans des conditions humaines et de bénéficier de services de santé adéquats.

Revoir l'allocation de ressources à la hausse pour que tous les enfants, y compris les enfants non accompagnés et les enfants migrants sans titre de séjour valable, aient accès aux services de santé de base.

Un peu plus de 8 000 mineurs non accompagnés (MNA), c'est-à-dire évoluant seuls sur le territoire métropolitain, ont été identifiés en 2016 par la cellule du Ministère de la justice dédiée à ce public[102]. Ce chiffre reste probablement bien en deçà de la réalité, de nombreux MNA n'étant ni repérés ni *a fortiori* pris en charge par les pouvoirs publics.

Dans les faits, les conditions de prise en charge des MNA sont globalement insatisfaisantes[103]. Sur le plan de la santé, les MNA présentent des problématiques

[100] Article L. 1110-13 du code de la santé publique créé par la loi n°2016-41 de modernisation de notre système de santé
[101] AŠAV, Programme expérimental de médiation sanitaire en direction des femmes et jeunes enfants roms, *Rapport final d'évaluation*, juillet 2013.
[102] Rapport annuel d'activité 2016 Mission Mineurs Non Accompagnés, Paris, Ministère de la Justice, mars 2017.
[103] Voir, à cet égard, l'analyse consacrée aux mineurs non accompagnés, pp. 34-40.

directement liées à leur parcours et se heurtent de surcroît à une prise en charge insuffisante et inadaptée pendant la période nécessaire à la reconnaissance de leur statut. Une fois celui-ci reconnu et ces enfants pris en charge par le dispositif de protection de l'enfance, des difficultés d'accès aux soins persistent.

Un état de santé doublement dégradé

Les acteurs de terrain constatent unanimement une dégradation de l'état de santé physique et psychique des MNA. De nombreux rapports font état d'un renforcement des traumatismes vécus par ces jeunes durant leur parcours migratoire, notamment lorsque celui-ci les amène à traverser la Lybie. Selon une enquête diligentée par l'UNICEF auprès de mineurs non accompagnés, la majorité d'entre eux aurait été victime de violences, de maltraitance, de harcèlement ou d'agressions pendant leur trajet, d'autres auraient été privés d'une nourriture suffisante[104]. Les centres de détention libyens, où de nombreux jeunes ont été enfermés, sont caractérisés par des conditions de vie indignes, des violences, une surpopulation importante et l'absence de services de santé. La traversée de la Méditerranée, étape particulièrement dangereuse et meurtrière, est une nouvelle source de traumatisme pour les enfants.

Lorsqu'ils arrivent en France, les mineurs non accompagnés se retrouvent le plus souvent dans une situation de grand dénuement, à la rue ou dans des campements de fortune installés sur le littoral Nord de la France, à la frontière italienne, à Paris ou aux abords des grandes agglomérations.

Les conditions sanitaires dans ces lieux de survie, caractérisées par l'absence d'eau potable, la promiscuité des abris, le défaut de ramassage des ordures et, de manière générale, par le manque d'hygiène, favorisent la propagation de maladies. L'insécurité alimentaire et le manque de sommeil sont également des facteurs accroissant les problèmes de santé et les dangers (prostitution, traite des êtres humains, pratiques à risque, addictions…), auxquels les MNA sont particulièrement exposés du fait de leur isolement et de leur jeune âge.

Les acteurs associatifs tentent de s'organiser pour assurer aux exilés, notamment aux mineurs, un accès aux biens de première nécessité que sont l'eau, la nourriture et les services sanitaires de base. Or, au début de l'année 2017, craignant la création d'un nouveau point de fixation sur le territoire, les autorités publiques ont tenté d'empêcher à Calais, par l'adoption d'un arrêté municipal, les distributions de repas et d'eau. Cet arrêté a été annulé par la justice administrative[105] car constituant un traitement inhumain ou dégradant. Or, en juin 2017, les équipes du Défenseur des

[104] *Un périple meurtrier pour les enfants sur la route de la Méditerranée centrale*, Paris, UNICEF, février 2017.
[105] Tribunal administratif de Lille, n° °1702397, ordonnance du 22 mars 2017.

droits dépêchées sur place constataient encore qu'une seule distribution associative était tolérée par jour.

C'est pourquoi le Défenseur des droits, en déplorant des atteintes inédites aux droits fondamentaux des exilés, et notamment des MNA, a fermement exhorté les pouvoirs publics « *à ne pas s'obstiner dans ce qui s'apparente à un déni d'existence des exilés qui, présents sur notre territoire, doivent être traités dignement, conformément au droit et aux engagements internationaux qui lient la France* »[106]. A ce jour, suite à l'ordonnance du Conseil d'Etat rendue le 31 juillet 2017, l'installation de divers équipements sanitaires a été réalisée mais ceux-ci restent sommaires et insuffisamment calibrés.

Le Défenseur des droits exhorte les pouvoirs publics nationaux et locaux à améliorer les conditions d'existence des mineurs non accompagnés présents sur le territoire et en particulier à leur assurer un accès inconditionnel aux biens de première nécessité et aux soins.

Une absence de prise en charge

Dans sa décision du 22 juillet 2016, le Défenseur des droits constatait parmi les exilés présents à Calais que « *les pathologies rencontrées restent toujours les mêmes, dominées par la traumatologie* » mais identifiait « *une nette aggravation des troubles mentaux parmi la population de la Lande* »[107]. Il avait estimé nécessaire le renforcement de l'offre de soins psychiatriques et pédopsychiatriques « *au regard du besoin accru de soins psychiatriques s'agissant d'une population sujette à des états de fort stress post traumatiques, de dépressions et de troubles anxieux, particulièrement en ce qui concerne les enfants* ». Si un suivi et un accompagnement étaient réalisés par les acteurs associatifs très présents sur le terrain, le Défenseur des droits avait appelé l'Etat à assumer sa responsabilité en venant « *dans tous les domaines qui relèvent de sa compétence et de sa responsabilité, en relai à l'offre associative en matière de psychologie, psychiatrie et pédopsychiatrie* ». Il s'agissait notamment de renforcer les moyens de la PASS (permanence d'accès aux soins de santé) installée aux abords du centre hospitalier de Calais[108].

Dans son avis de suivi relatif à la mise en œuvre du Pacte international sur les droits économiques sociaux et culturels, la CNCDH a également déploré « *la quasi-inexistence d'une prise en charge psychologique ou psychiatrique des lourds traumatismes liés aux persécutions et au parcours d'exil* » ainsi que le manque de formation du personnel médical amené à prendre en charge ce public[109]. Elle a recommandé la mise en place d'une prise en charge adaptée et la formation du corps médical.

Alors que les acteurs constatent une forte demande d'accompagnement en santé de la part des MNA, que l'IGAS a préconisé dès 2014 la réalisation d'un bilan complet de santé[110] et que la circulaire du 29 janvier 2016 en prévoit la mise en œuvre[111], il est particulièrement regrettable de constater l'insuffisance des progrès réalisés.

[106] Défenseur des droits, Décision n°2017-206, 21 juin 2017 ; Conseil d'État, 31 juillet 2017, Commune de Calais, ministre d'État, ministre de l'Intérieur, N° 412125, 412171 ; Conseil d'État, 31 juillet 2017, Commune de Calais, ministre d'État, ministre de l'Intérieur, N° 412125, 412171.

[107] Décision MSP-MDE-2016-198 du 22 juillet 2016, Paris, Défenseur des droits.

[108] *Exilés et droits fondamentaux : la situation sur le territoire de Calais*, Paris, Défenseur des droits,octobre 2015, pp. 31 et s.

[109] « suivi des recommandations du Comité des Nations-Unies sur les droits économiques, sociaux et culturels », à l'attention de la France, Paris, CNCDH, 6 juillet 2017.

[110] *L'évaluation du dispositif relatif aux mineurs isolés étrangers mis en place par le protocole et la circulaire du 31 mai 2013*, Paris, IGSJ, IGAS, IGA, juillet 2014.

[111] Circulaire interministérielle du 25 janvier 2016 relative à la mobilisation des services de l'Etat auprès des conseils départementaux concernant les mineurs privés temporairement ou définitivement de la protection de leur famille et les personnes se présentant comme tels NOR : JUSF1602101C.

Le Défenseur des droits réitère ses recommandations visant à assurer la réalisation d'un bilan complet de santé, y compris de santé mentale, dès le repérage et la mise à l'abri des mineurs non accompagnés en errance, ainsi que la mise en place du suivi nécessaire.

Des obstacles juridico-administratifs à l'accès aux soins

Une fois leur évaluation réalisée et leur admission à l'ASE actée, les mineurs non accompagnés ne sont pas pour autant mieux pris en charge sur le plan de l'accès aux soins : absence de mise en place des mesures de tutelles ou de délégation de l'autorité parentale, maintien à l'hôtel après ordonnance de placement judiciaire, défaut d'accompagnement en santé, avec une aggravation de ces difficultés lorsque les jeunes approchent de la majorité.

Par ailleurs, Médecins du Monde, qui accueille dans ses programmes des mineurs non accompagnés non pris en charge par les services de l'ASE, constate que les MNA non (encore) reconnus comme tels rencontrent d'importantes difficultés pour accéder à l'AME, prestation à laquelle ils ont pourtant droit. Cette situation s'explique notamment par le faible taux de domiciliation de ces jeunes, préalable indispensable à l'accès à la protection maladie. Enfin, l'absence de pièces d'état civil ou d'identité ou la contestation de l'authenticité de ces pièces complique l'immatriculation des mineurs et par conséquent leur accès à une protection maladie.

Dans un rapport d'information consacré à la prise en charge des MNA, le Sénat proposait de « *réviser la rédaction du décret et de la circulaire régissant le système de protection auquel sont éligibles les mineurs isolés en faveur d'une éligibilité inconditionnelle à la Puma* », qu'ils aient été reconnus mineurs ou qu'ils soient toujours en cours d'évaluation[112]. Cela rejoint les recommandations de la CNCDH qui, « pour garantir l'effectivité de la protection de la santé, estime que le dispositif d'accès aux soins doit être simplifié et que tous les MIE [mineurs isolés étrangers], sans distinction, doivent pourvoir être affiliés au régime général de l'assurance maladie et bénéficier de la couverture maladie universelle complémentaire »[113].

Tous les mineurs non accompagnés présents sur le territoire devraient être affiliés au régime général de sécurité sociale, dans les meilleurs délais, afin de pouvoir bénéficier d'un accès aux soins le plus précoce possible, lorsque leur état de santé l'exige.

Une autre problématique concernant l'accès aux soins des MNA découle de leur situation d'isolement, avant et pendant la phase d'évaluation de leur minorité. Cette situation favorise les refus de soins opposés par certains soignants au motif de l'impossibilité de recueillir le consentement du titulaire de l'autorité parentale. A cet égard, le rapport d'information sénatorial précité propose de « *redéfinir les limites de la responsabilité médicale des professionnels de santé lorsque des situations d'urgence leur imposent d'opérer des actes médicaux sur un jeune migrant dont la minorité et l'isolement ne sont pas établis* »[114].

[112] Rapport d'information fait au nom de la commission des affaires sociales sur la prise en charge sociale des mineurs non accompagnés, par M^me^ Elisabeth Doineau et M. Jean-Pierre Godefroy, enregistré à la Présidence du Sénat le 28 juin 2017, Paris, Sénat.

[113] CNCDH, Avis sur la situation des mineurs isolés étrangers présents sur le territoire national. Etat des lieux un an après la circulaire du 31 mai 2013 relative aux modalités de prise en charge des jeunes isolés étrangers (dispositif national de mise à l'abri, d'évaluation et d'orientation), Assemblée plénière – 26 juin 2014.

[114] Sénat, Rapport d'information sur la prise en charge sociale des mineurs non accompagnés, *op.cit.*, p. 8.

Le Défenseur des droits préconise la création d'un administrateur *ad hoc*, indépendant des départements et financé par l'Etat, nommé pour le jeune se disant MNA jusqu'à décision définitive le concernant[115].

Recommandations du Comité des droits de l'enfant de l'ONU à la France, février 2016 :

Fournir les ressources nécessaires pour mettre concrètement en œuvre le plan d'action national de lutte contre la traite des êtres humains ;

Faire en sorte que les normes relatives à la protection des enfants victimes de traite respectent les normes internationales, conformément à la Convention du Conseil de l'Europe sur la lutte contre la traite des êtres humains ;

Veiller à ce que les affaires de traite soient considérées comme hautement prioritaires par les autorités judiciaires et à ce que ces affaires fassent rapidement l'objet d'enquêtes ;

Veiller à ce que les enfants victimes de vente et de traite, y compris les enfants contraints à la délinquance, bénéficient d'une aide et d'une protection appropriées.

La prise en charge médicale des enfants victimes de traite des êtres humains, grande absente du plan de lutte contre la traite des êtres humains 2014-2016

La traite des mineurs désigne le recrutement, le transport, le transfert, l'hébergement ou l'accueil de personnes de moins de 18 ans aux fins d'exploitation (prostitution, autres formes d'exploitation sexuelle, travail ou services forcés, esclavage ou pratiques analogues, servitude ou prélèvement d'organes)[116].

Les enfants sont, du fait de leur âge, particulièrement vulnérables face à des adultes ou à des réseaux organisés. Cette vulnérabilité est évidemment accrue s'agissant de mineurs non accompagnés.

En 2013, la mission interministérielle de protection des femmes contre les violences et de lutte contre la traite des êtres humains (MIPROF) a été chargée d'élaborer un plan national d'action contre la traite, présenté en Conseil des ministres le 14 mai 2014. Ce plan 2014-2016 prévoyait la mise en œuvre d'un accompagnement spécialisé des mineurs victimes de traite dans le cadre de la protection de l'enfance ainsi que la définition d'une protection adaptée aux mineurs qui sont à la fois auteurs de délits et victimes de traite.

La CNCDH, chargée d'évaluer la mise en œuvre de ce plan, s'est inquiétée en 2016 de constater « *que le Plan d'action national passe largement sous silence la question du droit à la santé*

[115] Mise sous tutelle du département si mineur ou au contraire décision de justice définitive le déclarant majeur.
[116] Article 225-4-1 du Code pénal.

des victimes de traite et d'exploitation »[117]. Elle relève que les victimes de traite rencontrent des difficultés pour accéder à la protection maladie : apporter la preuve de leur identité, du montant de leurs ressources ou de la durée de leur présence est particulièrement difficile. Le coût du suivi et des actes médicaux constitue alors un facteur logique de renoncement aux soins pour une partie des victimes.

Sur le plan du suivi psychologique des victimes de traite, les défaillances sont majeures. Peu de consultations en langues étrangères sont disponibles, privant de fait les personnes non francophones d'un suivi psychologique pourtant indispensable à leur rétablissement. Le collectif Ensemble contre la Traite des Etres Humains indique également en 2017 que les professionnels de la santé mentale sont peu formés à la prise en charge du stress-post-traumatique, syndrome partagé par de nombreuses victimes de traite[118].

Si, dans ses observations, le Comité des droits de l'enfant de l'ONU a salué l'adoption du plan de lutte contre la traite des êtres humains, il a regretté son manque d'opérationnalité et recommandé que soient fournies par l'Etat « *les ressources nécessaires pour mettre concrètement en œuvre* » ce plan.

Le Défenseur des droits estime pour sa part qu'il est nécessaire de renforcer la politique d'accueil et d'accompagnement de ces mineurs au sein du dispositif de l'Aide sociale à l'enfance (ASE), pour mieux faire valoir leurs droits, en particulier leur droit à accéder aux soins qu'ils nécessitent, en facilitant les démarches exigées des mineurs concernées pour accéder à la protection maladie, en assurant un effort de formation auprès des professionnels de santé concernés et en luttant contre les refus de soins illégaux.

C . La santé des enfants confiés à la protection de l'enfance : garantir la continuité des soins

Recommandations du Comité des droits de l'enfant de l'ONU à la France, février 2016 :

Veiller à ce que des ressources humaines, techniques et financières suffisantes soient allouées aux centres de protection de remplacement et aux services de protection de l'enfance concernés afin de favoriser la réadaptation et la réinsertion sociale des enfants qui y résident, dans toute la mesure du possible, y compris pour les enfants proches de l'âge adulte.

La protection de l'enfance « *vise à garantir la prise en compte des besoins fondamentaux de l'enfant, à soutenir son développement physique, affectif, intellectuel et social et à préserver sa santé, sa sécurité, sa moralité et son éducation, dans le respect de ses droits. Elle comprend des actions de prévention en faveur de*

[117] Rapport sur la lutte contre la traite et l'exploitation des êtres humains, année 2015, adopté par l'Assemblée plénière de la CNCDH, Paris, CNCDH, janvier 2016, p. 202.

[118] Constats et propositions des associations membres du Collectif « Ensemble contre la traite des êtres humains », Analyse à la fin de l'échéance de ce premier plan national 2014-2016 au 9 mars 2017. Voir : http://contrelatraite.org/IMG/pdf/plan_national_traite_etres_humains_9_mars_2017_collectif_ensemble_contre_la_traite_des_etres_humains.pdf.

l'enfant et de ses parents, l'organisation du repérage et du traitement des situations de danger ou de risque de danger pour l'enfant ainsi que les décisions administratives et judiciaires prises pour sa protection »[119].

Sur les 290 000 enfants bénéficiant d'au moins une mesure relevant du dispositif de protection de l'enfance, la moitié sont séparés de leurs parents, au regard des dangers ou risques de dangers encourus, majoritairement par décision judiciaire, et placés en famille d'accueil ou en établissement[120].

Plusieurs études citées dans le rapport annuel 2015 intitulé : « *handicap et protection de l'enfance : des droits pour des enfants invisibles* » constatent de fortes difficultés d'ordre psychique, et soulignent l'utilisation relativement plus importante de psychotropes en cas de placement, par rapport à la prévalence générale.

Le rapport élaboré à l'occasion de la démarche de consensus sur les besoins fondamentaux de l'enfant en protection de l'enfance indique quant à lui que « *les enfants en protection de l'enfance disposent souvent d'un lourd passé médical qui s'inscrit dès l'origine dans leur histoire* »[121] : un taux de déni de grossesse en anténatal cinq fois supérieur à celui de la population générale, un taux de prématurité 2,5 fois supérieur à celui de la population générale, des parcours de soins marqués par de nombreuses hospitalisations, notamment pour des motifs traumatologiques, des violences intrafamiliales, des maltraitances, de graves négligences, *etc*. Ces enfants présentent également souvent, à leur entrée dans le dispositif de protection de l'enfance, des signes de souffrance psychique.

Or le Défenseur des droits observe régulièrement une insuffisante prise en compte de la santé de ces enfants, avec de nombreuses difficultés qui vont de l'entrée dans le dispositif de protection de l'enfance jusqu'à la sortie, les parcours de soins étant généralement marqués par des ruptures importantes.

Il a ainsi cofinancé avec le fonds CMU la réalisation d'une recherche sur l'accès à la santé des enfants pris en charge au titre de la protection de l'enfance (ASE/PJJ), finalisée en mars 2016[122].

Sur la base de cette recherche, le Défenseur des droits a adopté en juillet 2017 une décision cadre qui formule des recommandations visant à améliorer l'accompagnement en santé de ce public[123].

[119] Article L112-3 du Code de l'action sociale et des familles.
[120] https://www.onpe.gouv.fr/chiffres-cles-en-protection-lenfance#Estimation.
[121] Démarche de consensus sur les besoins fondamentaux de l'enfant en protection de l'enfance, Rapport remis par le Dr Martin-Blachais Marie-Paule à Laurence Rossignol, Paris, ministre des Familles, de l'Enfance et des Droits des Femmes, février 2017, p. 28.
[122] Séverine Euillet, Juliette Halifax, Pierre Moisset et Nadège Séverac, « L'accès à la santé des enfants pris en charge au titre de la protection de l'enfance : accès aux soins et sens du soin », Paris, Rapport final, mars 2016.
[123] Décision n°2017-235 relative à la prise en charge de la santé des enfants confiés au dispositif de la protection de l'enfance.

Former les professionnels aux droits de l'enfant

Le Défenseur des droits a soutenu en 2015 un projet de formation des professionnels de l'enfance aux droits de l'enfant, porté par SOS Village d'Enfants et la CNAPE (fédération des associations de protection de l'enfance). Ce projet vise à renforcer la connaissance des droits de l'enfant par les professionnels de la prise en charge alternative (maisons d'enfants à caractère social, services de placement familial, lieux de vie et d'accueil, villages d'enfants, *etc.*), de l'Aide sociale à l'enfance et des formateurs de travailleurs sociaux. Projet européen mené dans 8 pays partenaires, il s'inscrit dans un objectif de promotion des droits de l'enfant et de diffusion de la Convention internationale relative aux droits de l'enfant. Les formations organisées dans ce cadre s'appuient « *sur la conviction qu'une approche par les droits de l'enfant, favorisant leur participation, enrichit les pratiques professionnelles et contribue à l'amélioration de la qualité de l'accompagnement dans le champ de la protection de l'enfance* »[124].

L'évaluation et l'entrée dans le dispositif de protection de l'enfance : une difficile prise en compte des besoins en santé de l'enfant

Au stade de l'évaluation des informations préoccupantes[125], étape préalable à l'entrée dans le dispositif de protection de l'enfance, sont relevées des difficultés liées à la composition des cellules départementales de recueil des informations préoccupantes (CRIP). Dans leur rapport de 2015 consacré à l'accès à la santé des enfants porteurs de handicap relevant du dispositif de protection de l'enfance, le Défenseur des droits et la Défenseure des enfants avaient déjà déploré la faible représentation des personnels médicaux et paramédicaux dans la composition de ces cellules[126]. La loi du 14 mars 2016 prévoit désormais que l'évaluation soit réalisée par une équipe pluridisciplinaire, et le décret n°2016-1476 du 28 octobre 2016 a précisé que cette équipe devait comprendre « *au moins deux professionnels exerçant dans les domaines de l'action socio-éducative, de l'action sociale, de la santé ou de la psychologie* ». Cette évolution devrait encourager une

[124] Voir : https://www.sosve.org/actualites/conference-europeenne-droits-de-lenfant-accueilli-protection-de-lenfance-de-parole-aux-actes/

[125] Selon l'article R. 226-2-2 du code de l'action sociale et des familles, l'information préoccupante est une information transmise à la cellule départementale pour alerter le Président du Conseil départemental sur la situation d'un mineur, bénéficiant ou non d'un accompagnement, pouvant laisser craindre que sa santé, sa sécurité ou sa moralité sont en danger ou en risque de l'être ou que les conditions de son éducation ou de son développement physique, affectif, intellectuel et social sont gravement compromises ou en risque de l'être (décret n° 2013-994 du 7 novembre 2013).

[126] « *Handicap et protection de l'enfance : des droits pour des enfants invisibles* », Rapport 2015 consacré aux droits de l'enfant, Paris, Défenseur des droits, 2015, p. 59.

appréciation globale de la santé de l'enfant et l'évaluation de ses besoins spécifiques en cas de pathologie chronique ou de handicap, notamment.

Une autre difficulté constatée dès le stade de l'entrée dans le dispositif de protection de l'enfance concerne le manque de recueil d'informations sur les antécédents médicaux des enfants. De manière générale, les carnets de santé sont manquants.

Le Défenseur des droits rappelle que des bilans de santé doivent systématiquement être réalisés dès l'entrée dans le dispositif, notamment afin de disposer d'un historique des soins.

Par ailleurs, le Défenseur des droits a relevé l'absence d'informations relatives à la santé délivrées aux parents et aux enfants lors de l'entrée dans le dispositif. Ce déficit d'informations rend difficile la mise en œuvre d'une « alliance thérapeutique » entre la famille et les professionnels, autour de l'enfant. Or la santé devrait constituer un sujet de préoccupation partagée entre les parents et les professionnels, en dehors des autres problématiques travaillées dans le cadre de l'accompagnement.

Le Défenseur des droits recommande aux services de protection de l'enfance d'informer lors de l'admission l'enfant et ses parents sur les droits liés à la santé, les modalités de suivi de la santé de l'enfant dans le cadre des différents outils tels que le projet pour l'enfant (PPE) et le livret d'accueil.

Des parcours de santé trop aléatoires au cours du placement

Le droit des enfants confiés de jouir du meilleur état de santé possible implique notamment un suivi régulier de leur santé et la mise en œuvre, sans interruption, des traitements adaptés. Or, dans le champ de la protection de l'enfance, les acteurs rencontrent des difficultés pour mobiliser, conserver et tenir à jour les différents outils permettant un suivi médical des enfants.

Le Défenseur des droits recommande une surveillance médicale régulière des enfants confiés par des professionnels spécifiquement formés ayant connaissance des problématiques liées à la protection de l'enfance et la mise à jour régulière des carnets de santé. A ce sujet, il rappelle ses préconisations de mise en place de carnets de santé informatisés pour les enfants relevant de la protection de l'enfance, ainsi que d'une plate-forme médicale au sein de l'Aide sociale à l'enfance.

L'un des principaux outils pour définir et mettre en œuvre l'accompagnement des enfants est le projet pour l'enfant (PPE). Disposition majeure de la loi de 2007 sur la protection de l'enfance, sa mise en œuvre n'a cependant été que partielle[127]. La loi du 14 mars 2016 est venue renforcer cet outil, en associant l'enfant à son élaboration et en prévoyant désormais que soit réalisée « *une évaluation médicale et psychologique du mineur afin de détecter les besoins de soins qui doivent être intégrés au document* »[128].

[127] Séverine Euillet, Juliette Halifax, Pierre Moisset, Nadège Séverac, « L'accès à la santé des enfants pris en charge au titre de la protection de l'enfance : accès aux soins et sens du soin », Rapport final, mars 2016.

[128] Article 21 de la loi n° 2016-297 du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant.

Il reste que de nombreux départements rencontrent toujours, dans la pratique, des difficultés pour s'approprier cet outil et le mettre en œuvre pour l'ensemble des enfants, en raison d'une charge administrative trop lourde. Le Défenseur des droits avait plaidé pour une simplification des obligations qui pèsent sur les services de protection de l'enfance en termes d'élaboration de projets individuels (jusqu'à 6 projets distincts aujourd'hui pour un enfant handicapé relevant de la protection de l'enfance)[129].

Le Défenseur des droits note également que la dimension santé est assez peu envisagée dans le cadre des projets d'établissements ou de services de protection de l'enfance, qui tendent à privilégier les approches éducatives et sociales. D'où un cloisonnement entre le volet éducatif et le volet médical, qui s'avère peu propice au développement d'une approche globale visant le bien-être de l'enfant. Le soin reste largement considéré, à tort, comme un domaine réservé aux professionnels de santé, tandis que les coordinations entre les deux secteurs restent largement à améliorer.

Ces difficultés d'articulation à l'échelle d'une structure font écho au défaut de coordination constaté dans le dispositif de protection de l'enfance. A cet égard, le Comité des droits de l'enfant a recommandé à la France « *d'adopter toutes les mesures nécessaires pour améliorer la gestion nationale et locale des politiques de protection de l'enfance en promouvant la communication, les approches transversales et la coordination entre les différents acteurs* ».

La loi du 14 mars 2016 a créé un médecin référent « protection de l'enfance » dans chaque département afin de contribuer à l'articulation entre les services départementaux intervenant dans le champ de la protection de l'enfance et les médecins de ville, hospitaliers et de santé scolaire[130]. Sur le principe, cette mesure est à saluer. Elle interroge toutefois quant aux conditions de sa mise en œuvre, en raison du manque de médecins constaté sur un nombre de plus en plus élevé de territoires, notamment de médecins formés à la prise en charge spécifique des enfants en protection de l'enfance.

Enfin, les refus de soins opposés par des professionnels de santé restent un des principaux freins à l'accès aux soins de ce public. Ainsi 66% des services de l'ASE et 59% des directions territoriales de la PJJ (DTPJJ) font part de la réticence de certains professionnels de santé à prendre en charge des mineurs couverts par la CMU, désormais Puma[131]. Le Défenseur des droits a déjà rappelé à plusieurs reprises que de telles situations sont assimilées à des refus de soins illégaux[132].

La sortie du dispositif de protection de l'enfance : une période critique dans les parcours de santé

La sortie du dispositif de protection de l'enfance, notamment en cas de main levée du placement ou à la majorité du jeune, peut engendrer des ruptures de parcours de soins, faute d'anticipation : 16% des services ASE et 20% des DTPJJ déclarent ainsi ne pas préparer le passage à la majorité du point de vue de la santé[133]. Cela peut se traduire en pratique par des ruptures de droit en matière d'assurance maladie et des difficultés d'accès aux soins.

Il faudrait donc mieux anticiper les périodes de changement de situation, afin d'éviter des ruptures de droits et garantir la continuité des réponses en termes d'accompagnement en santé. A cet égard

[129] « Handicap et protection de l'enfance : des droits pour des enfants invisibles », Rapport annuel consacré aux droits de l'enfant, Paris, Défenseur des droits, 2015.
[130] Article 7 de la loi n° 2016-297 du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant
[131] S. Euillet, J. Halifax, P. Moisset, N. Séverac, « L'accès à la santé des enfants pris en charge au titre de la protection de l'enfance : accès aux soins et sens du soin », *op.cit*. p. 96.
[132] « Les refus de soins opposés aux bénéficiaires de la CMU-C, de l'ACS et de l'AME », Rapport remis au Premier ministre, Paris, Défenseur des droits, mars 2014.
[133] S. Euillet, J. Halifax, P. Moisset, N. Séverac, « L'accès à la santé des enfants pris en charge au titre de la protection de l'enfance : accès aux soins et sens du soin », *op. cit*. p. 124.

la mise en place, par la loi du 14 mars 2016, d'un entretien de pré-majorité, un an avant l'âge de 18 ans visant à « *faire un bilan de son parcours et envisager les conditions de son accompagnement vers l'autonomie* »[134], notamment au regard de la santé, peut être considérée comme un progrès.

III . La prise en charge des enfants présentant des besoins spécifiques : un défi à relever

Tous les enfants ne sont pas égaux en matière de santé. Si la très grande majorité n'a pas de problèmes médicaux sévères, les enfants présentant des besoins spécifiques en santé se heurtent trop fréquemment au manque de moyens du secteur médical et hospitalier. Par ailleurs, l'intérêt supérieur de l'enfant et ses droits fondamentaux (droit à l'information, droit de donner son opinion sur les décisions le concernant, droit à la vie privée et familiale, *etc*.) sont encore trop peu pris en compte dans l'élaboration des politiques publiques de santé et dans leurs déclinaisons opérationnelles.

Le Défenseur des droits souhaite là encore appeler l'attention sur les enfants vulnérables, afin que leurs situations respectives soient bien prises en considération dans les politiques publiques de santé en cours de définition : les enfants hospitalisés, les enfants victimes de violences, les enfants en situation de handicap et les enfants dits « intersexes ».

A . Les enfants hospitalisés : rendre effectifs leurs droits

Recommandations du Comité des droits de l'enfant de l'ONU à la France, février 2016 :

Réexaminer les conditions régissant l'hospitalisation selon une perspective axée sur les droits de l'enfant et autoriser les parents à accompagner leurs enfants et à s'occuper d'eux lorsqu'ils sont hospitalisés.

Les conditions de prise en charge des enfants et adolescents au sein d'un établissement de santé sont prévues de manière éparse dans différents codes : code de la santé publique, code civil, code de la sécurité sociale. Ces textes consacrent au bénéfice des mineurs un droit à l'information[135] et prévoient les modalités de leur consentement aux soins[136] ainsi que la protection du secret médical[137]. La situation de l'enfant malade a été prise en compte à travers la charte de l'enfant hospitalisé élaborée par un collectif d'associations (EACH) en 1988, qui rappelle le droit à recevoir les meilleurs soins possibles, charte dont les principes

[134] Article 15, loi du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant.
[135] Article L. 1111-2 du Code de la santé publique.
[136] Article L.3211-10 du Code de la santé publique.
[137] Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

ont été repris par plusieurs circulaires[138]. Enfin, le manuel de certification V2010 de la Haute autorité de santé (HAS) intègre un critère « *prise en charge de patients appartenant à une population spécifique* » (critère 19.a), les enfants et adolescents étant précisément identifiés comme une population nécessitant une prise en charge adaptée à leurs besoins.

Néanmoins, malgré ces différents textes, au caractère peu contraignant pour certains, un décalage persiste entre les principes énoncés et les pratiques professionnelles.

Si de véritables progrès ont été constatés dans l'accueil et la prise en charge des enfants et adolescents hospitalisés ces trente dernières années, des difficultés demeurent et des reculs sont parfois constatés, en raison d'une hétérogénéité des pratiques sur le territoire, voire au sein de différents services d'un même établissement. Le manque de moyens et d'effectifs aggrave ces difficultés.

Alerté par des associations sur la persistance des difficultés rencontrées par des personnes mineures hospitalisées, le Défenseur des droits avait mis en place un groupe de travail « *enfants et hôpital* » en 2014, composé d'acteurs associatifs, institutionnels et de personnes qualifiées, à la suite duquel il a formulé une vingtaine de recommandations dans le cadre de la décision n°MDE-MSP-2015-190[139], reprises dans plusieurs de ses avis ultérieurs.

Depuis 2015, des avancées ont été relevées sur certains points. Suite aux observations du Défenseur des droits, l'article 1er de la loi de modernisation de notre système de santé de janvier 2016 consacre désormais un volet « santé des enfants » dans le cadre de la stratégie nationale de santé (SNS)[140]. La réforme sur le temps de travail des médecins urgentistes de 2014 a permis une meilleure valorisation de l'activité pédiatrique dans les services d'urgence et le référentiel national de gestion de temps de travail applicable depuis le 1er janvier 2016 dans les structures de médecine d'urgence intègre désormais le temps de travail des médecins urgentistes de pédiatrie.

En 2016, le comité des droits de l'enfant de l'ONU a toutefois rappelé que les conditions d'hospitalisation des personnes mineures demeuraient un sujet de préoccupation, plus particulièrement en ce qui concerne la présence parentale auprès de l'enfant hospitalisé, le respect de ses droits lors de sa prise en charge dans un établissement de santé et la présence de personnes mineures dans des services adultes.

Le manque de formation des soignants

Selon l'association Sparadrap, dont l'objet est de guider les enfants et leur famille dans le domaine de la santé, le défaut de formation des personnels soignants aux enjeux spécifiques de la santé des enfants et adolescents explique en partie le manque de prise en compte de la présence parentale ou encore de la gestion de la douleur[141].

S'agissant des infirmières, la réforme intervenue en 2009 s'est traduite par la mise en place d'un tronc commun au détriment de modules spécifiques sur la pédiatrie, ce qui ne permet pas d'assurer une expertise globale de la santé des enfants, ni de valoriser l'activité des infirmières dans ce secteur. Non formés, les personnels peuvent ainsi être parfois dans l'incapacité de détecter les signes de douleurs chez l'enfant et d'établir une relation de confiance avec l'enfant et ses parents. S'agissant de la formation des pédiatres, le module « urgence pédiatrique » proposé dès le second cycle des études de médecine est le plus souvent « noyé » dans le module consacré aux urgences adultes.

Par ailleurs, le développement d'une offre de formation en pédiatrie participerait à rendre l'activité plus visible et plus

[138] Circulaire du 1er aout 1983 relative à l'hospitalisation des enfants, circulaire du 16 mars 1988 relative à l'amélioration des conditions d'hospitalisation des adolescents, Circulaire du 28 octobre 2004 relative à l'élaboration des SROS de l'enfant et de l'adolescent, *etc*.
[139] Décision du Défenseur des droits MDE-MSP-2015-190 du 4 septembre 2015.
[140] Loi 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.
[141] Audition du 28 juin 2017 de l'association Sparadrap.

attractive, et à favoriser ainsi le recrutement de personnels spécialisés qui fait, à ce jour, défaut. S'agissant des médecins, la France est actuellement confrontée à l'insuffisance de professionnels exerçant dans le secteur de la pédiatrie. La pénurie touche le secteur hospitalier ainsi que le secteur libéral. L'augmentation récente du *numérus clausus* à l'entrée des études de médecines ne suffira pas à compenser les départs à la retraite massifs. De plus, les restrictions budgétaires touchent plus particulièrement les services de pédiatrie, considérés comme peu rentables dans les structures hospitalières soumises à la tarification à l'acte (T2A).

Le Défenseur des droits recommande d'encourager le développement de modules de formation aux urgences pédiatriques et d'assurer la présence dans les services d'un nombre suffisants de soignants spécifiquement formés à la prise en charge des enfants, notamment des puériculteurs et puéricultrices et des auxiliaires de puériculture.

La prise en charge d'enfants dans des services d'adultes

La présence d'adolescents dans des services pour adultes est parfois constatée au sein des établissements de santé, notamment dans les services de psychiatrie qui peuvent rencontrer des difficultés à organiser des secteurs dédiés en raison d'une absence de moyens, ainsi que dans des services de chirurgie spécialisée (orthopédique, cancérologique, viscérale…).

La présence de personnes mineures dans des services adultes met en évidence le flou juridique sur l'âge à partir duquel la prise en charge peut se dérouler dans un service adulte.

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS) « *l'adolescence est la période de croissance et de développement humain qui se situe entre l'enfance et l'âge adulte, entre les âges de 10 et 19 ans* ». La Charte de l'enfant hospitalisé rappelle que : « *les enfants ne doivent pas être admis dans les services adultes. Ils doivent être réunis par groupe d'âge pour bénéficier de jeux, loisirs, activités éducatives, adaptés à leur âge, en toute sécurité* ». Enfin, les textes réglementaires nationaux se réfèrent à des âges « limites » différents : 16 ans ou 18 ans. La circulaire relative à l'hospitalisation des enfants, considère que même si l'hospitalisation des enfants en service adulte doit demeurer l'exception, elle peut être envisagée en cas de prise en charge dans des services de spécialités non pédiatriques[142]. Concernant les adolescents, le texte encourage la création de secteurs dédiés pour faciliter le regroupement par tranche d'âge dans les établissements de santé qui reçoivent régulièrement des adolescents, afin de garantir une prise en charge adaptée à leur âge. Si aucun texte ne fixe un seuil d'âge au-delà duquel une hospitalisation en service adulte est envisageable, dans les faits, selon la taille et la pratique des services, les adolescents peuvent être hospitalisés dans des services pour adultes à partir de 15 ans et trois mois.

Le Défenseur des droits recommande à la ministre des solidarités et de la santé de définir dans le cadre d'une disposition législative l'âge seuil de 18 ans pour l'accueil en unité d'adulte quel que soit le service concerné, sauf demande contraire d'un adolescent. En particulier, il insiste sur la nécessité d'éviter l'hospitalisation de mineurs au sein d'unités pour adultes dans les services psychiatriques.

[142] Circulaire n°83-24 du 1er août 1983 relative à l'hospitalisation des enfants.

Le droit à la présence parentale durant l'hospitalisation : un droit pas toujours garanti en France

Des parents se voient parfois opposer un refus de rester auprès de leur enfant de la part de personnels soignants, plus particulièrement au bloc opératoire et dans les services de réanimation. L'ouverture des services pédiatriques aux parents, qui s'est longtemps heurtée à d'importantes résistances de la part des équipes médicales, reste aléatoire. Si le guide de certification de la HAS encourage la présence parentale, qui peut se révéler plus efficace que les soins antalgiques, le caractère peu contraignant du texte n'engage pas les établissements de santé à systématiser une telle présence. Certains services acceptent la présence des parents sans pour autant leur offrir des modalités d'hébergement adaptées, contraignant certains à effectuer de nombreux trajets ou à recourir à des solutions alternatives insatisfaisantes. Enfin, des refus de présence parentale ont pu être également observés lors des évacuations sanitaires d'un enfant en cas de graves problèmes de santé lorsqu'il se trouve à l'étranger.

Le Défenseur des droits recommande de consacrer par la loi un droit à la présence parentale au sein des hôpitaux dans le cadre du code de la santé publique afin d'améliorer l'accueil des parents.

C'est ce qui se fait, aujourd'hui, dans des pays comme le Portugal ou la Suède où la loi autorise les parents à rester jour et nuit auprès de leur enfant durant son hospitalisation. Cependant, si ce droit doit être réaffirmé, il doit distinguer la situation des jeunes enfants de celle des adolescents, pour qui la présence continue des parents dans leur chambre peut parfois occasionner d'autres difficultés. Ainsi, il est essentiel de prendre en compte l'opinion des mineurs s'agissant de la présence de leurs parents.

Un défaut d'accès à l'information et aux droits pour les enfants et leurs parents

L'information délivrée aux enfants et aux parents sur leurs droits et les conditions de l'hospitalisation participe à une meilleure compréhension des soins et favorise l'établissement d'une « alliance thérapeutique » (enfant, parents, soignants). Or, malgré l'existence de textes qui en rappellent la nécessité, l'information donnée est parfois insuffisante.

La remise du livret d'accueil lors de l'admission n'est pas systématique.

Les professionnels s'attachent parfois à recueillir le consentement des seuls détenteurs de l'autorité parentale mais pas celui de l'enfant ou de l'adolescent. Les outils pédagogiques sur les pathologies et les protocoles de soins ne sont pas toujours adaptés aux différentes catégories d'âge. Les instances de médiation telles que les commissions des usagers (CDU) ne sont pas suffisamment connues en raison d'un manque de communication. Enfin, les lieux d'expression dédiés aux enfants et aux adolescents sont à ce jour peu développés dans les établissements de santé.

A cet égard, il convient de citer l'initiative prise récemment par la commission des usagers de la Fédération hospitalière de France (FHF), concernant un projet d'enquête sur l'accueil des enfants et adolescents hospitalisés dans des établissements publics de santé, qui devrait apporter des éléments sur l'ensemble de ces questions.

Le Défenseur des droits recommande que soit rappelé aux établissements de santé, via une circulaire, la nécessité de délivrer une information sur les conditions d'hospitalisation et les droits dont bénéficient les enfants et leurs parents durant la prise en charge.

Le développement de lieux d'expression dédiés aux personnes mineures à l'instar des comités des adolescents installés dans certains hôpitaux pédiatriques devrait être encouragé. Enfin, des échanges réguliers pourraient être mis en place entre les commissions des usagers et les espaces de dialogue dédiés pour sensibiliser leurs membres aux enjeux de l'hospitalisation des personnes mineures.

B . La lutte contre les violences faites aux enfants : un enjeu de santé publique

Recommandations du Comité des droits de l'enfant de l'ONU à la France, février 2016 :

Faire en sorte que les enfants reçoivent une protection immédiate et des soins médicaux et psychologiques dispensés par un personnel convenablement formé.

Adopter les mesures nécessaires, y compris des mesures juridiques, pour interroger les enfants victimes dans des locaux conçus et adaptés à cette fin, en utilisant notamment l'enregistrement vidéo et en faisant appel à un personnel qualifié.

Les liens entre violences subies et santé peuvent sembler évidents, aussi bien sur le plan du traumatisme et de la souffrance psychologique qu'elles engendrent que sur celui des séquelles physiques et mentales qu'elles peuvent causer. La sensibilisation des familles est fondamentale, de même que l'ensemble des mesures prises pour les aider et soutenir dans l'exercice de leurs responsabilités dans une démarche de prévention.

Parce que les violences ont des conséquences majeures sur la santé des enfants qui peuvent se répercuter tout au long de leur vie, leur prévention et leur prise en charge médicale précoce constituent des enjeux majeurs.

Sur le plan de la prise en charge financière des soins, le Code de la santé publique prévoit, depuis de nombreuses années, une prise en charge à 100% des soins prodigués aux mineurs victimes d'atteintes sexuelles ou de viols. Le plan interministériel contre les violences faites aux enfants propose que soit envisagée la possibilité d'étendre cette prise en charge intégrale à toutes les violences faites aux enfants.

Au-delà de cet aspect, la qualité de la prise en charge dépend largement du niveau de formation des personnels soignants amenés à s'occuper des enfants victimes. Or, le Conseil national de l'ordre des médecins relève que si des modules de formation sur la maltraitance existent au sein de certaines facultés de médecines, ceux-ci restent très insuffisants. Il s'agirait donc d'augmenter, au sein des études de médecine, la part des formations cliniques et de sensibilisation sur la prise en charge des publics spécifiques,

comme celui des enfants victimes de violences[143]. En particulier, la formation aux soins spécifiques aux psycho-traumatismes devrait être renforcée.

En matière de violences faites aux enfants, la question du repérage et du signalement, par les professionnels du soin et/ou de l'enfance, est centrale. La loi n°2015-1402 du 5 novembre 2015 tend à clarifier la procédure de signalement de situations de maltraitance par les professionnels de santé. L'article 226-14-3° du Code pénal modifié dispose désormais que le secret professionnel n'est pas applicable « *au médecin ou à tout autre professionnel de santé qui, avec l'accord de la victime, porte à la connaissance du procureur de la République ou de la cellule de recueil, de traitement et d'évaluation des informations préoccupantes relatives aux mineurs en danger ou qui risquent de l'être (…) les sévices ou privations qu'il a constatés, sur le plan physique ou psychique, dans l'exercice de sa profession et qui lui permettent de présumer que des violences physiques, sexuelles ou psychiques de toute nature ont été commises. Lorsque la victime est un mineur ou une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique, son accord n'est pas nécessaire* ». En pratique, peu de signalements au parquet ou d'informations préoccupantes transmises aux cellules de recueil, émanent du corps médical, qu'il s'agisse de médecins de ville ou de praticiens hospitaliers[144].

La loi du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfance prévoit ainsi la désignation dans chaque département d'un médecin référent en protection de l'enfance, chargé de coordonner l'action des professionnels de santé (médecins scolaires, libéraux et hospitaliers) et de la cellule de recueil, de traitement et d'évaluation des informations préoccupantes (CRIP). Le plan interministériel relatif aux violences faites aux enfants prévoit quant à lui qu'un médecin référent soit également désigné dans chaque établissement hospitalier, sur la base du volontariat, avant le 31 décembre 2017 avec un rôle de sensibilisation, d'outillage et d'accompagnement des équipes médicales. Ces médecins référents devraient être formés, dès le premier semestre 2018, à la prévention, au repérage et à la prise en charge des violences.

[143] Audition du Conseil national de l'ordre des médecins réalisée dans le cadre de la rédaction du rapport annuel sur les droits de l'enfant, 28 septembre 2017.

[144] Voir à cet égard le Rapport d'information sénatorial sur la protection de l'enfance, par Muguette DINI et Michelle MEUNIER, enregistré à la présidence du Sénat le 25 juin 2014 : http://www.senat.fr/rap/r13-655/r13-655.html

Les unités médico-judiciaires pédiatriques, quand médecine et justice travaillent de concert

Dans ses observations, le Comité s'est dit « *préoccupé par l'insuffisance des dispositifs visant à identifier les enfants victimes et à leur assurer une protection immédiate et une prise en charge psychosociale pendant et après la procédure* » ainsi que par « *l'utilisation inefficace des enregistrements vidéos des auditions, qui sont généralement conduites dans des locaux inadaptés par des personnes qui n'ont pas reçu la formation spécialisée nécessaire* ».

En effet, si les enfants victimes de violences doivent être pris en charge aux niveaux médical et psychosocial, ils doivent également, le cas échéant, être entendus dans le cadre de la procédure judiciaire engagée. Plusieurs objectifs se cumulent, sur le plan de l'établissement des faits et sur celui de la réparation physique et psychologique du traumatisme vécu par l'enfant. Pour les acteurs de la santé et pour ceux de la justice, il s'agit alors de mettre en place les dispositifs coopératifs permettant de prendre l'enfant en charge dans les meilleures conditions possibles, sans qu'un des objectifs précités ne prenne le pas sur l'autre.

Or, alors que l'enfant victime devrait bénéficier d'un parcours médico-judiciaire fluide, les enjeux judiciaires relatifs à la preuve des lésions d'une part et les enjeux médicaux relatifs à la mise en place d'un protocole de soins adapté aux besoins de l'enfant d'autre part, se confrontent parfois. En effet, la recherche de la manifestation des faits est, aujourd'hui, envisagée comme impliquant, pour la réalisation des constats, une grande neutralité de la part de l'expert et l'absence de lien avec l'enfant. Or, l'intérêt de l'enfant implique un accueil bienveillant et une démarche de « prendre soin » de l'enfant à tous les stades de la prise en charge. L'engagement d'une démarche thérapeutique et l'accès rapide à des soins appropriés dépendent de l'attention qui sera donnée aux besoins en santé de l'enfant et impliquent donc un investissement réel de la part du corps médical. Dans ce contexte, la coordination d'acteurs formés et équipés pour repérer les violences, les signaler et les prendre en charge sur le plan médical s'avère fondamentale pour répondre dans le même temps aux enjeux judiciaires et aux besoins médicaux de l'enfant. La complémentarité du travail des pédiatres et des médecins légistes constitue à cet égard un atout majeur.

C'est dans cette perspective qu'ont été créées les UAMJP (Unité d'Accueil Médico Judiciaire Pédiatrique),

structures permettant la prise en charge médicale et l'audition de l'enfant victime dans un lieu unique où collaborent divers spécialistes (pédiatres, médecins-légistes, pédopsychiatries, infirmières, éducateurs, enquêteurs, *etc.*)[145]. Ces lieux, qui sont mobilisés sur réquisition de l'autorité judiciaire, visent à coordonner les acteurs autour de l'enfant et de ses besoins fondamentaux, répondant ainsi à l'impératif de prise en compte de l'intérêt supérieur de l'enfant. En effet, mal organisée, la procédure judiciaire peut avoir des conséquences traumatisantes pour l'enfant, notamment lorsqu'elle le conduit à répéter à de nombreuses reprises son témoignage, le contraignant ainsi à « revivre » les événements en question.

Le Défenseur des droits, qui s'était déjà penché sur la question dans son rapport consacré à la parole de l'enfant en justice[146], est très favorable au développement et à la généralisation des UAMJP, qui, en coordonnant les réponses médicales et judiciaires, placent les besoins de l'enfant au cœur du dispositif, dans une perspective globale, et non plus morcelée. Il insiste sur la nécessité qu'elles s'intègrent dans un univers pédiatrique, afin d'assurer une prise en compte, à tous les stades, des spécificités liées à l'enfance[147]. De surcroît, il rejoint la position de la Société française de pédiatrie médico-légale qui souligne la nécessité de prévoir un double mode d'entrée dans ces services, à la fois sur demande judiciaire et hors mandat judiciaire[148].

C . La santé des enfants handicapés

Recommandations du Comité des droits de l'enfant de l'ONU à la France, février 2016 :

Adopter sans délai une approche du handicap fondée sur les droits de l'homme, de reconnaître le droit de tous les enfants à l'éducation inclusive et de veiller à ce que l'éducation inclusive soit privilégiée, à tous les niveaux d'enseignement, par rapport au placement en institution spécialisée ou à la scolarisation en classe séparée.

Organiser la collecte de données sur les enfants handicapés et de concevoir un système efficace de détection précoce, afin de faciliter l'élaboration de stratégies et de programmes appropriés en faveur de ces enfants.

Adopter des mesures visant à faciliter et à assurer l'accès à une aide appropriée.

Former tous les enseignants et les professionnels de l'éducation à l'éducation inclusive et au soutien individualisé, en créant des environnements inclusifs et

[145] L'association la Voix de l'Enfant a initié et accompagné la création de ces unités dès 1998. Voir : http://www.lavoixdelenfant.org/fr/actions/france/accueil-et-audition-des-enfants-victimes/

[146] Défenseur des droits, « L'enfant et sa parole en justice », Rapport annuel 2013 consacré aux droits de l'enfant, p. 66.

[147] Pour plus d'informations, voir : http://www.sfpediatrie.com/actualite/cr%C3%A9ation-de-la-soci%C3%A9t%C3%A9-fran%C3%A7aise-de-p%C3%A9diatrie-m%C3%A9dico-l%C3%A9gale-sfpml.

[148] Contribution de la Société française de pédiatrie médico-légale au rapport annuel du Défenseur des droits consacré aux droits de l'enfant, juillet 2017.

accessibles et en prêtant l'attention voulue à la situation particulière de chaque enfant.

Garantir l'allocation de ressources suffisantes pour tous les enfants, y compris les enfants handicapés, allocation qui doit être soutenue par le plan le plus approprié pour répondre à leurs besoins et à leur situation.

Mener des campagnes de sensibilisation pour lutter contre la stigmatisation et les préjugés dont sont victimes les enfants handicapés.

Le droit à la santé sans discrimination des enfants en situation de handicap bénéficie d'une protection renforcée, tant en droit interne qu'en droit externe[149]. Le droit de l'enfant handicapé à la santé occupe ainsi une place centrale dans l'évaluation de son intérêt supérieur[150]. L'article 23 de la CIDE dispose que les « *enfants mentalement ou physiquement handicapés doivent mener une vie pleine et décente, dans des conditions qui garantissent leur dignité [et] favorisent leur autonomie* » et qu'à ce titre ils bénéficient de soins et d'aides adaptés et gratuits. En outre, l'article 25 de la CIDPH dispose que les personnes handicapées « *ont le droit de jouir du meilleur état de santé possible sans discrimination fondée sur le handicap* », et ce, au moyen de mesures appropriées leur assurant l'accessibilité des services de santé.

Le comité des droits de l'enfant a ainsi souligné la nécessité de politiques publiques dédiées et spécifiques, s'agissant tant d'actions de prévention, d'intervention précoce (psychologique ou matérielle) que de formation, de recherche et de coopération entre les différents professionnels du soin[151]. « *Les services doivent être disponibles, accessibles, éthiquement acceptables et scientifiques, et de qualité* »[152].

Les relations entre problèmes de santé et situation de handicap sont complexes, comme le souligne l'Organisation mondiale de la santé (OMS), dans son Rapport mondial sur le handicap. En effet, si la situation de handicap peut résulter de l'état de santé de la personne, elle peut également être associée à des affections primaires et secondaires, voire comorbides, c'est-à-dire liées à la coexistence de plusieurs problèmes de santé, pouvant d'ailleurs amener à un surhandicap[153].

Cette complexité pourrait expliquer, pour partie, que, toujours selon l'OMS, les personnes en situation de handicap, considérées dans leur ensemble, seraient en moins bonne santé que le reste de la population, s'agissant de leurs besoins tant en soins de santé généraux qu'en soins de santé spécialisés.

Egalement selon l'OMS, si les personnes en situation de handicap sont davantage en demande de soins de santé que les autres, elles auraient davantage de besoins non satisfaits, notamment à défaut de programmes de prévention spécifiques (vérification de poids, programmes d'éducation sexuelle, *etc.*)[154].

Les personnes en situation de handicap font face, par ailleurs, à de nombreux obstacles

[149] Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights, World Health Organization, The Right to Health, Fact Sheet n° 31, « *Person with disabilities* » : pp. 16-18.

[150] Comité des droits de l'enfant, *Observation générale n° 14 (2013) sur le droit de l'enfant à ce que son intérêt supérieur soit une considération primordiale (art. 3, par. 1)*, CRC/C/GC/14, p. 17, § 77.

[151] S'agissant plus spécifiquement de la santé mentale des adolescents en situation de handicap : Comité des droits de l'enfant, Observation générale n° 20 (2016) sur la mise en œuvre des droits de l'enfant pendant l'adolescence, CRC/C/GC/20, pp. 15-16.

[152] Comité des droits de l'enfant, *Observation générale n° 15 (2013) sur le droit de l'enfant de jouir du meilleur état de santé possible (art. 24)*, CRC/C/GC/15.

[153] OMS, *Rapport mondial sur le handicap*, 2011, p. 36.

[154] OMS, « *Handicap et Santé* », Aide-mémoire n° 352, novembre 2016 [disponible en ligne].

Handicap et maladie : la complexité des liens

Le Défenseur des droits a été saisi d'une réclamation relative aux modalités d'accueil d'un enfant autiste dans le cadre de la restauration scolaire. Si une intolérance à la protéine de lait avait d'abord été diagnostiquée chez l'enfant, justifiant la mise en place d'un projet d'accueil individualisé, ses troubles alimentaires résultaient, en réalité, de son trouble du spectre de l'autisme.

La commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées, compétente pour évaluer les besoins visant à compenser son handicap, lui a octroyé des droits à un accompagnement par une aide humaine. Si le temps de cantine ne nécessitait aucun aménagement autre qu'un panier repas, le maire a toutefois décidé de faire déjeuner l'enfant dans une salle séparée, avec un surveillant. Il a justifié la séparation d'avec les autres élèves par l'existence d'une délibération municipale prévoyant une mise à l'écart des enfants atteints d'allergies alimentaires ou de troubles de santé.

Le Défenseur des droits a conclu que les faits portés à sa connaissance étaient constitutifs d'une discrimination fondée sur le handicap au sens des articles 225-1 et 432-7 du code pénal, et d'une atteinte aux droits et à l'intérêt supérieur de l'enfant.

Il a, notamment, recommandé au maire de proposer la modification de la délibération municipale afin de la rendre conforme au droit en vigueur, ainsi que de procéder à l'accueil de l'enfant dans le restaurant scolaire, au même titre que tous les autres, avec son panier-repas (Décision n° 2017-025).

aux soins de santé : coûts prohibitifs[155], offre limitée de services, obstacles physiques à l'accessibilité des soins, formation insuffisante des professionnels de santé aux besoins spécifiques liés au handicap, difficultés de diagnostic et de traitement, en particulier en cas de handicap psychique ou neuro-développemental.

Consultées par le Défenseur des droits, les associations relèvent la persistance des inégalités territoriales, d'un manque de coopération entre les acteurs de terrain, d'un déficit en matière de pédopsychiatrie ou d'inégalités socio-économiques dans l'accès aux soins.

[155] A mettre en lien avec l'appauvrissement des familles lié au diagnostic d'un handicap. Voir à cet égard : IGAS, rapport « Les liens entre handicap et pauvreté : les difficultés dans l'accès aux droits et aux ressources », novembre 2014. .

L'accueil en micro-crèche des enfants en situation de handicap et/ ou souffrant de maladie chronique

Le Défenseur des droits a été saisi d'une réclamation relative à l'exclusion d'une micro-crèche d'une enfant de moins d'un an en raison de ses allergies alimentaires. Alors que l'enfant avait été initialement accueillie, son accueil a été ensuite conditionné à la signature d'un projet d'accueil individualisé, avant de cesser, lorsque le diagnostic d'allergie aux protéines de vache et aux œufs a été confirmé. Cette décision a été prise aux motifs que l'enfant était alors en capacité de se déplacer seule et que, ne disposant pas de personnels médicaux et paramédicaux, la structure ne pouvait assurer sa sécurité.

Aux termes de l'article R. 2324-17 4° du code de la santé publique, les micro-crèches sont des établissements d'accueil collectif dont la capacité est limitée à dix places. A la différence des crèches, les micro-crèches sont dispensées du concours régulier d'un médecin et de celui d'une équipe pluridisciplinaire composée de professionnels qualifiés. Le débat juridique concernant l'accueil de cette enfant portait sur la distinction entre l'administration des médicaments et l'aide à la prise de médicaments.

Au terme de son instruction, le Défenseur des droits a conclu, en l'état du droit alors applicable, que si un enfant est capable de prendre son traitement lui-même, les auxiliaires de puériculture, assistances maternelles, éducateurs de jeunes enfants, ou autres professionnels, peuvent effectivement l'aider à prendre les médicaments, cette action relevant d'un acte de la vie courante. A l'inverse, en raison de l'âge de l'enfant ou en raison de la nature de l'acte, seule une personne qui appartient au personnel médical pourra administrer un médicament à un enfant. Aussi, et bien qu'étant tenu de concourir à l'intégration des enfants présentant un handicap ou atteints de maladie chronique, les micro-crèches n'ayant pas dans leur personnel de médecin référent, elles ne disposent pas des ressources nécessaires pour accueillir ces enfants dans des conditions de sécurité suffisantes.

Le Défenseur des droits a recommandé au Ministère de la Santé et des Affaires sociales d'aménager le dispositif relatif au rôle du médecin de l'établissement dans la mise en place d'un projet d'accueil individualisé de sorte à permettre aux micro-crèches d'accueillir des enfants en situation de handicap ou atteints de maladie chronique, ainsi que de clarifier les droits, les devoirs et les obligations des personnels d'accueil lorsqu'un médicament doit être administré. (Décision n° 2014-21).

Les saisines du Défenseur des droits mettent en évidence certains des nombreux obstacles auxquels font face les enfants en situation de handicap pour que leurs besoins fondamentaux en matière de santé soient satisfaits, s'agissant à la fois des réponses du droit commun, comme des réponses spécifiques : insuffisances de la prévention, démarches administratives complexes, difficultés d'accès aux soins somatiques dans les structures de droit commun, pénurie de places dans les établissements sanitaires et médico-sociaux, manque de formation des professionnels de santé au handicap, qui peut entrainer des refus de soins discriminatoires.

En outre, le rapport 2015 du Défenseur des droits, intitulé « Handicap et protection de l'enfance : des droits pour des enfants invisibles », avait pointé de nombreuses atteintes au droit à la santé de ces enfants, doublement vulnérables, avec des ruptures dans les parcours, et un morcellement des prises en charge thérapeutiques, au préjudice de la continuité du soin.

Une nouvelle problématique a été soulevée début 2017 avec plusieurs réclamations émanant de parents, confrontés à des difficultés pour la prise en charge des soins complémentaires de leurs enfants en situation de handicap.

Les réclamations concernent notamment les services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD), les centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP) et les centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP).

En principe, ces services sont financés dans le cadre d'une dotation globale ou d'un prix de journée par l'assurance maladie, afin de leur permettre d'assurer les soins liés à leur mission. Leur budget doit couvrir les interventions des praticiens salariés de la structure mais aussi celles des praticiens libéraux extérieurs avec lesquels une convention a été passée. De même, les frais de transports associés à cette externalisation des soins sont compris dans les dépenses d'exploitation des structures[156].

Toutefois, les besoins de soins des enfants pris en charge peuvent les amener à envisager de recourir à d'autres professionnels que ceux prévus dans l'organigramme du personnel validé par l'Agence régionale de santé (ARS) en raison d'un manque de professionnels compétents, en particulier pour les séances d'orthophonie, ou d'une surcharge de travail des praticiens disponibles.

Les familles sont alors invitées à se rendre chez des praticiens exerçant en libéral en dehors des structures. Les frais correspondants n'étant pas assumés par le budget des structures, il incombe aux parents de demander une prise en charge des soins complémentaires à leur caisse d'assurance maladie.

Or, il semble que certaines caisses d'assurance maladie refusent d'accorder cette prise en charge, considérant que les budgets des structures doivent permettre d'assumer cette dépense. Par ailleurs, bien que l'article R.314-122 du code de l'action sociale et des familles prévoit, à titre dérogatoire, la possibilité du remboursement des frais complémentaires, force est de constater que cette possibilité n'est que rarement admise par les organismes.

Parallèlement, se pose la question de la prise en charge des frais de transports associés, lorsque les enfants sont contraints de se rendre à des séances de rééducation en dehors des établissements.

Ainsi, s'agissant des transports vers des praticiens extérieurs aux ESSMS, plusieurs caisses d'assurance maladie considèrent que ces frais sont déjà intégrés au budget de l'établissement et n'admettent pas leur prise en charge. Concernant les enfants admis dans des CAMSP ou des CMPP, la prise en charge par les Caisses primaires d'assurance maladie des frais de transport doit obéir aux règles de droit commun et est limitée à la prise en charge de la

[156] A l'exception des frais de transports à l'endroit des CAMSP et CMPP qui sont pris en charge directement par l'assurance maladie, conformément à l'article R.322-10 1° f du code la sécurité sociale.

distance parcourue vers la structure de soin appropriée la plus proche[157].

Bien que certains accords entre les caisses d'assurance maladie et les Agences régionales de santé (ARS) prévoient un assouplissement du dispositif dérogatoire de l'article R.314-22 du CASF, force est de constater que ces accords locaux ne sont pas satisfaisants : ils ne garantissent pas une égalité de traitement sur le territoire et créent au contraire une insécurité juridique difficilement acceptable pour les familles.

Dans l'attente d'une réponse adaptée à leur situation, les familles, confrontées à des surcharges de coût, se trouvent face à un dilemme : assumer ces frais, ou en cas de difficultés, réduire le nombre de séances, par exemple d'orthophonie, voire interrompre ces soins complémentaires, au risque de remettre en cause l'ensemble du projet thérapeutique de leur enfant.

De fait, le « reste à charge » constitue un facteur de renoncement aux soins, le coût des consultations en libéral ayant un effet dissuasif pour les parents, plus encore lorsqu'il concerne des familles en situation précaire.

Le Défenseur des droits recommande à la ministre des Solidarités et de la Santé d'assurer la prise en charge intégrale des frais afférents au suivi médical des enfants handicapés, y compris lorsqu'il est effectué en externe au service ou à la structure d'accueil.

Un enfant abandonné pour défaut de place en structure ou famille d'accueil

Le Défenseur des droits a été saisi en juillet 2015 de la situation d'un enfant de 7 ans, abandonné au Centre hospitalier de Mayotte (CHM) de Mamoudzou depuis plus d'un an. Des contacts auprès des médecins, du service social de l'hôpital et de l'association ont permis de rassembler des éléments concernant la situation de cet enfant, arrivé à Mayotte en février 2013 chez son oncle sans délégation d'autorité parentale.

L'oncle (qui ne dispose pas de l'état civil de l'enfant) aurait amené son neveu à l'hôpital en avril 2014 et s'en serait rapidement désintéressé. Dès avril 2014, l'hôpital a fait un signalement auprès du procureur et de l'ASE en raison de l'absence de contact avec la famille. Sans réponse, en mai 2015, l'assistante sociale de l'hôpital les a relancés, sans succès, aucune décision ni évaluation n'ayant lieu en l'absence d'une famille d'accueil qui pourrait prendre en charge cet enfant handicapé à Mayotte. La saisine du Défenseur des droits est intervenue dans ce contexte de blocage total.

A la suite des démarches de l'institution et d'un signalement auprès du procureur de la République de Mayotte

[157] Par ailleurs, une problématique concerne les enfants handicapés qu'ils soient en établissement ou en milieu ordinaire : l'Assurance Maladie rembourse les trajets liés à des soins en taxi ou en VSL mais pas en véhicule de Transport Pour Personne à Mobilité Réduite (TPMR). L'Association des Paralysés de France appelle donc à une modification de l'article R322-10-1 du Code de la Sécurité Sociale.

en novembre 2015, sollicitant la saisine du juge des enfants, ce dernier a confié l'enfant à l'ASE pour une durée d'un an le 11 décembre 2015.

Toutefois, après échanges avec le CHM de Mamoudzou, la situation de l'enfant n'a pas évolué, en raison, notamment, d'une impossibilité de prise en charge par une famille d'accueil à Mayotte, adaptée aux besoins de l'enfant.

En mai 2016, et après de multiples relances et échanges entre le Défenseur des droits et les services de la Cellule de recueil des informations préoccupantes (CRIP) et l'ASE, une réunion de synthèse s'est tenue entre l'ASE et l'hôpital, en présence de représentants de l'Agence régionale de santé et de la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH). La situation administrative de l'enfant concernant les soins a été régularisée et son affiliation auprès de la sécurité sociale a pu être effectuée. Un projet de transfert vers la Réunion a également été évalué. Toutefois, l'absence d'état civil a bloqué pendant plusieurs mois le dossier auprès de la MDPH. Le Défenseur des droits a également interrogé les services de l'ASE à plusieurs reprises sur le statut de l'enfant, en les invitant à le clarifier et à engager les démarches nécessaires, en l'absence de tout titulaire d'autorité parentale présent sur le territoire de Mayotte, quand l'état de santé de l'enfant exige des prises de décisions importantes régulièrement.

La MDPH a exceptionnellement accepté de passer le dossier de l'enfant en commission en novembre 2016 et la situation a finalement favorablement évolué suite à la visite du correspondant du Défenseur des droits sur place en mai 2017. Ce dernier a pu faire le relai entre la MDPH et l'ASE afin de s'assurer que la notification d'orientation en établissement spécialisé leur était bien parvenue.

Par ailleurs, en raison du caractère exceptionnel de la situation, l'ARS de Mayotte a accordé des moyens supplémentaires à l'association désignée pour accueillir l'enfant afin que sa prise en charge se fasse dans de bonnes conditions.

L'enfant a ainsi pu être accueilli dans son nouvel établissement en juin 2017, après plus de deux ans à l'hôpital de Mayotte, et d'interventions multiples du Défenseur des droits. Cette situation extrême est symptomatique des difficultés qui peuvent émerger en matière de prise en charge des enfants porteurs de handicap et du contentieux qui y est lié. Une réflexion en la matière doit impérativement être engagée par les pouvoirs publics, dans l'intérêt des enfants concernés.

D . Les enfants touchés par des variations du développement sexuel

Recommandations du Comité des droits de l'enfant de l'ONU à la France, février 2016 :

Elaborer et mettre en œuvre, pour les enfants intersexués, un protocole de soins de santé fondé sur les droits, qui garantisse que les enfants et leurs parents sont convenablement informés de toutes les options qui s'offrent à eux, que les enfants sont associés, dans toute la mesure du possible, aux décisions concernant leur traitement et leurs soins, et qu'aucun enfant n'est soumis à des actes chirurgicaux ou à des traitements qui ne sont pas nécessaires.

Certaines personnes présentent dès la naissance, ou plus tard à la puberté, ce que l'on considère comme des « variations du développement sexuel » rendant complexe leur identification à un sexe ou à un autre. Elles sont qualifiées de personnes intersexes[158].

Le Comité des droits de l'enfant de l'ONU a adressé, en 2015 et 2016, à de nombreux Etats des recommandations visant à assurer le respect des droits des enfants intersexes : droit de jouir du meilleur état de santé possible, droit à l'intégrité physique mais également droit à l'information, et droit de s'exprimer sur les sujets le concernant. En tout état de cause, le Comité a rappelé que c'est bien l'intérêt supérieur de l'enfant qui doit être une considération primordiale dans toutes décisions le concernant ; les positions, parfois contradictoires, doivent être pondérées *in concreto*.

La question des enfants dits « intersexes » a notamment fait l'objet d'un récent rapport d'information de la délégation aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes du Sénat[159], dans le cadre duquel le Défenseur des droits a été auditionné et son avis rendu public[160].

Au-delà de la prise de conscience politique, relativement récente, des enjeux liés à l'intersexuation en termes de respect des droits des personnes concernées, le sujet reste méconnu, notamment, sur un plan scientifique et éthique. Les conséquences des interventions médicales, comme de l'absence d'intervention, restent à ce jour trop peu connues et devraient faire l'objet d'études scientifiques. Dans l'attente d'un développement de la connaissance sur le sujet, le Défenseur des droits insiste sur l'absolue nécessité de respecter, à tous les stades, les droits de chaque enfant et de prendre en compte son intérêt supérieur.

Sont à cet égard importantes la qualité et la pluralité des informations qui sont données aux parents au stade de l'identification de l'intersexuation et de leur accompagnement. Il a en effet été démontré, au travers de plusieurs études réalisées dans divers pays, que la façon dont la situation de l'enfant est présentée aux parents influence directement leur choix de recourir à telle intervention ou tel traitement hormonal.

Il est, par ailleurs, souhaitable que les professionnels de santé sortent d'une approche pathologisante, en appréhendant l'intersexualité comme une différence plutôt que comme un trouble.

[158] Cela concernerait environ une naissance sur 4 500 selon : Colette CHILAND, « La problématique de l'identité sexuée », *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, vol. 56, n°6, septembre 2008, p. 331

[159] M[mes] Maryvonne BLONDIN et Corinne BOUCHOUX, Rapport d'information n°441 fait au nom de la délégation aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes sur les variations du développement sexuel : lever un tabou, lutter contre la stigmatisation et les exclusions, enregistré à la Présidence du Sénat le 23 février 2017

[160] Voir : Avis n°17-04, Paris, Défenseur des droits, février 2017.

Au-delà de la première phase de diagnostic, l'ensemble du cheminement des professionnels devrait être présenté aux parents pour garantir un choix libre et éclairé. Un dialogue continu et un soutien psychologique devraient être assurés pour les enfants et les familles concernés, notamment dans le but de limiter les difficultés d'identification que peuvent rencontrer les enfants concernés, particulièrement à l'adolescence. Si un tel dialogue relève en premier lieu du respect du droit à l'information, il permet également de fluidifier les parcours de soins et de limiter les ruptures.

Sur le plan médical, le Défenseur des droits a constaté que la prise en charge des enfants intersexes avait été, dans le passé, peu respectueuse de leurs droits. En effet, au moment du repérage par les professionnels médicaux de l'intersexualité d'un nouveau-né, la pratique médicale la plus répandue consistait à traiter et/ou opérer l'enfant le plus rapidement possible, dans ce qui était considéré comme un objectif de « normalisation » des organes génitaux, encore qualifié de « réassignation ».

Ces interventions se faisaient parfois sans qu'une information appropriée ait été donnée aux parents concernant la situation médicale de leur enfant, le protocole de soins mis en place et ses conséquences à long terme, les informations contenues dans le dossier médical de la personne étant d'ailleurs trop souvent jugées comme lacunaires, voire inexistantes. S'agissant des enfants, désormais adultes, qui ont subi de telles interventions et qui ont subi de graves préjudices corporels et psychologiques, **le Défenseur des droits a recommandé que soit mis en place un fonds d'indemnisation**.

Le Défenseur des droits a constaté que si les opérations et traitements médicaux ne sont désormais plus systématiques dans les centres de référence dédiés, des interventions seraient encore pratiquées avec le consentement des parents, dans un but thérapeutique mais sans que le pronostic vital de l'enfant ne soit engagé.

Or, les décisions médicales relatives à la réalisation d'opérations chirurgicales ou le suivi de traitements devraient intervenir après l'intervention systématique d'un comité d'éthique. Seule une « nécessité médicale » peut en effet justifier qu'une atteinte soit portée au corps humain. Or, dans un contexte sociétal marqué par la binarité du genre, il est nécessaire de s'interroger sur les objectifs et les conséquences d'une intervention irréversible visant notamment à assigner les enfants à un sexe.

Comme l'a recommandé l'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe, ce comité d'éthique devrait être « *une équipe multidisciplinaire spécialisée, composée de professionnels de santé, mais aussi d'autres professionnels compétents tels que des psychologues, des assistants sociaux et des éthiciens et suivant des lignes directrices élaborées ensemble par ces professionnels en consultation avec des organisations de personnes intersexes* »[161]. Ce comité d'éthique chargé d'assurer un contrôle de proportionnalité du but thérapeutique des interventions ou des protocoles de soins proposés, notamment au regard du contexte familial et social et du développement de l'enfant, devrait statuer *in concreto* sur chaque situation individuelle après avoir consulté les parents et, si son niveau de maturité le permet, l'enfant lui-même.

Face aux conséquences irréversibles, aussi bien physiques que psychologiques, que peuvent avoir ces interventions, l'Etat de Malte a adopté en 2015 une loi interdisant la pratique des opérations d'assignation sexuelle pouvant être différées, sauf circonstances exceptionnelles, avant que l'enfant concerné ne soit en âge de donner son consentement. Dans d'autres Etats européens, comités d'éthique et ordres de médecins se sont également prononcés

[161] Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe (APCE), « Promouvoir les droits humains et éliminer les discriminations à l'égard des personnes intersexes », projet de résolution et projet de recommandation adopté à l'unanimité par la commission le 18 septembre 2017, p. 3.

contre les interventions d'assignation sexuelle pratiquées sur des enfants trop jeunes pour y consentir.

Dans la mesure du possible, il conviendrait de retarder les opérations qui peuvent l'être, dans l'attente de pouvoir recevoir le consentement éclairé de l'enfant concerné. Cela rejoint la position récemment adoptée par l'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe, invitant les Etats membres à « *faire en sorte que hormis dans les cas où la vie de l'enfant est en jeu, tout traitement visant à modifier les caractéristiques sexuelles de l'enfant, notamment ses gonades ou ses organes génitaux externes ou internes, soit reporté jusqu'au moment où celui-ci soit en mesure de participer à la décision, en vertu du droit à l'autodétermination et du principe du consent*. »

12 recommandations pour le droit à la santé

Recommandation 1

Le Défenseur des droits invite les pouvoirs publics nationaux et locaux à prendre les dispositions pour, selon des modalités adaptées à leur âge, recueillir l'opinion des enfants et des adolescents dans le cadre des travaux relatifs à l'élaboration de la stratégie nationale de santé 2017-2022.

Recommandation 2

Le Défenseur des droits recommande au ministre de l'Education nationale et aux responsables académiques de s'assurer dans les départements ultramarins que les bilans de santé prévus à l'école élémentaire y sont effectivement réalisés, notamment auprès des enfants précédemment non-scolarisés entre 3 et 6 ans. Il recommande également de mettre en place des bilans de santé pour les enfants dès leur inscription à l'école maternelle.

Recommandation 3

Le Défenseur des droits recommande de développer la présence des équipes de PMI en Guyane et à Mayotte.

Recommandation 4

Le Défenseur des droits recommande, que le dispositif de prise en charge des femmes enceintes des communes isolées de Guyane soit analysé et que la politique de protection maternelle soit adaptée en conséquence.

Recommandation

5

Le Défenseur des droits rappelle qu'il faut garantir l'affiliation à la sécurité sociale de l'ensemble des enfants :

- s'agissant de l'Outre-Mer et plus particulièrement de Mayotte, il recommande à la ministre des Solidarités et de la Santé et à la ministre des Outre-mer que les conditions d'accès à une protection maladie soient harmonisées avec la métropole et que des permanences itinérantes des caisses primaires soient plus régulièrement organisées sur l'ensemble du territoire ;
- il réitère sa recommandation que la CNAM rappelle à l'ensemble des caisses primaires, par voie d'instruction, les règles applicables en matière d'admission des ressortissants communautaires à l'aide médicale d'Etat, et notamment, leur droit à jouir de cette prestation dans les mêmes conditions que tous les autres étrangers dépourvus de droit de séjour.

Recommandation

6

Le Défenseur des droits appelle de ses vœux la mise en œuvre d'une réelle politique de résorption des bidonvilles, visant à assurer à chaque enfant des conditions de vie acceptables. Constatant l'impact majeur des expulsions sur la santé des enfants vivant en squats et bidonvilles, le Défenseur des droits recommande que les besoins de santé des habitants soient pris en compte par les pouvoirs publics et que les actions mises en œuvre (information et éducation à la santé, dépistage, suivi et soins) soient encouragées, au lieu d'être empêchées.

Recommandation

7

Le Défenseur des droits recommande vivement le développement d'actions de médiation sanitaire auprès des publics, en situation de précarité, en priorisant les enfants.

Recommandation

8

S'agissant des mineurs non accompagnés, le Défenseur des droits recommande :

a. d'améliorer les conditions d'existence des mineurs non accompagnés présents sur le territoire et en particulier à leur assurer un accès inconditionnel aux biens de première nécessité et aux soins ;

b. d'assurer la réalisation d'un bilan complet de santé, y compris de santé mentale, dès le repérage et la mise à l'abri des mineurs non accompagnés en errance, ainsi que la mise en place du suivi nécessaire ;

c. la création d'un administrateur *ad hoc*, indépendant des départements et financé par l'Etat, nommé pour le jeune se disant MNA jusqu'à décision définitive le concernant.

Recommandation

9

A la suite de sa décision n°2017-235 du 24 juillet 2017 relative au suivi de la santé des enfants confiés à la protection de l'enfance, le Défenseur des droits :

- rappelle que des bilans de santé doivent systématiquement être réalisés dès l'entrée dans le dispositif, notamment afin de disposer d'un historique des soins ;
- recommande aux services de protection de l'enfance d'informer l'enfant et ses parents lors de l'admission sur les droits liés à la santé, les modalités de suivi de la santé de l'enfant dans le cadre des différents outils tels que le projet pour l'enfant (PPE) et le livret d'accueil ;
- recommande une surveillance médicale régulière des enfants confiés par des professionnels spécifiquement formés ayant connaissance des problématiques liées à la protection de l'enfance et la mise à jour régulière des carnets de santé. A ce sujet, il rappelle ses préconisations de mise en place de carnets de santé informatisés pour les enfants relevant de la protection de l'enfance, ainsi que d'une plate-forme médicale au sein de l'Aide sociale à l'enfance.

Recommandation

10

A la suite de sa décision n°MDE-MSP-2015-190 du 4 septembre 2015 sur les droits des enfants hospitalisés, le Défenseur des droits recommande :

- d'encourager le développement de modules de formation aux urgences pédiatriques et d'assurer la présence dans les services d'un nombre suffisants de soignants spécifiquement formés à la prise en charge des enfants, notamment des puériculteurs et puéricultrices et des auxiliaires de puériculture ;
- à la ministre des Solidarités et de la Santé de définir dans le cadre d'une disposition législative l'âge seuil de 18 ans pour l'accueil en unité d'adulte quel que soit le service concerné, sauf demande contraire d'un adolescent. En particulier, le Défenseur des droits insiste sur la nécessité d'éviter l'hospitalisation de mineurs au sein d'unités pour adultes dans les services psychiatriques ;
- de consacrer par la loi un droit à la présence parentale au sein des hôpitaux dans le cadre du code de la santé publique afin d'améliorer l'accueil des parents ;
- que soit rappelé aux établissements de santé, via une circulaire, la nécessité de délivrer une information sur les conditions d'hospitalisation et les droits dont bénéficient les enfants et leurs parents durant la prise en charge.

Recommandation

11

Le Défenseur des droits recommande à la ministre des Solidarités et de la Santé d'assurer la prise en charge intégrale des frais afférents au suivi médical des enfants handicapés, y compris lorsqu'il est effectué en externe au service ou à la structure d'accueil.

Recommandation

12

A la suite de son avis n°17-04 du 16 février 2017 relatif aux droits des enfants intersexes, le Défenseur des droits recommande de retarder les opérations qui peuvent l'être dans l'attente de pouvoir recevoir le consentement éclairé de l'enfant concerné.

Partie 3

Suivi de la mise en œuvre de l'éducation à la sexualité

L'éducation à la sexualité des enfants et des adolescents n'est pas expressément prévue par la Convention internationale relative aux droits de l'enfant. Mais plusieurs dispositions de la convention rejoignent les objectifs assignés à l'éducation à la sexualité et permettent d'en comprendre la nécessité.

Le droit de jouir du meilleur état de santé possible consacré à l'article 24 de la Convention doit être compris dans une acception large, incluant la santé sexuelle. Celle-ci est définie par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) comme un « *état de bien-être physique, émotionnel, mental et social relié à la sexualité. Elle ne saurait être réduite à l'absence de maladies, de dysfonctions ou d'infirmités* »[162]. Pour l'OMS, l'éducation à la sexualité désigne « *l'apprentissage des aspects cognitifs, émotionnels, sociaux, interactifs et physiques de la sexualité. Elle commence dès la petite enfance, et se poursuit à l'adolescence et à l'âge adulte. Pour les enfants et les jeunes, son objectif premier est d'accompagner et de protéger le développement sexuel* »[163].

L'éducation à la sexualité est donc nécessaire pour donner aux jeunes les connaissances et compétences psycho-sociales nécessaires à une sexualité épanouissante et respectueuse des droits d'autrui ainsi que pour leur permettre de maîtriser leur fécondité et de prévenir efficacement les infections sexuellement transmissibles.

Dans ses observations finales adressées à la France en février 2016, le Comité des droits de l'enfant a recommandé à la France « *d'adopter une politique globale en matière de santé sexuelle et procréative à l'intention des adolescents et de veiller à ce que l'éducation à la santé sexuelle et procréative soit inscrite dans les programmes scolaires obligatoires et cible les adolescents, filles et garçons, en mettant tout spécialement l'accent sur la prévention des grossesses précoces* ».

L'éducation à la sexualité doit également être considérée au regard du droit à l'éducation reconnu par la Convention internationale relative aux droits de l'enfant. En 2010, le rapporteur spécial des Nations-Unies sur le droit à l'éducation a ainsi signé un rapport consacré au « droit fondamental à l'éducation sexuelle intégrale » où il indique que « *les standards internationaux relatifs aux droits de l'homme reconnaissent clairement le droit fondamental à l'éducation sexuelle intégrale, lequel se révèle indissociable du droit à l'éducation et essentiel à l'exercice effectif des droits à la vie, à la santé, à l'information et à la non-discrimination, entre autres droits* »[164].

L'éducation à la sexualité participe enfin à l'apprentissage de l'égalité des sexualités, du respect des orientations sexuelles et des identités de genre et à la lutte contre les préjugés sexistes ou homophobes. Elle constitue donc un levier de lutte contre les discriminations.

L'éducation à la sexualité, qui relève de plusieurs droits fondamentaux consacrés par la Convention internationale relative aux droits de l'enfant, ne doit donc pas être réduite aux dimensions physiques et biologiques mais appréhendée de manière globale.

En France, l'éducation à la sexualité en milieu scolaire est prévue par la loi depuis 2001[165]. Elle n'est pourtant pas systématiquement mise en œuvre comme le montre l'enquête réalisée par le Haut Conseil à l'Egalité entre les femmes et les hommes (HCE) en 2014-2015 auprès de 3 000 établissements scolaires[166]. Parmi les établissements ayant répondu, 25% ont déclaré ne pas mettre en œuvre d'actions

[162] http://www.who.int/topics/sexual_health/fr/

[163] Standards pour l'éducation sexuelle en Europe, un cadre de référence pour les décideurs publics, les autorités compétentes en matière d'éducation et de santé et les spécialistes, Genève, OMS Europe et BZgA, 2010, p. 20

[164] Rapport du Rapporteur spécial des Nations-Unies sur le droit à l'éducation, 23 juillet 2010, A/65/162.

[165] Loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception.

[166] Haut Conseil à l'Egalité entre les femmes et les hommes, *Rapport relatif à l'éducation à la sexualité*, « Répondre aux attentes des jeunes, construire une société d'égalité femmes-hommes », rapport n°2016-06-13-SAN-021, 13 juin 2016.

d'éducation à la sexualité, seulement 55 % des écoles ayant mis en place des actions d'éducation à la sexualité les ont intégrées à des enseignements disciplinaires et 64 % n'ont pas articulé cette éducation à la sexualité avec les actions de promotion de l'égalité entre les filles et les garçons.

Ces disparités peuvent emporter des conséquences importantes sur le bien-être, la santé et le respect des droits des enfants et des adolescents.

Plusieurs intervenants ou représentants de la société civile ont d'ailleurs souhaité alerter le Défenseur des droits sur les effets négatifs des insuffisances de la sensibilisation et de l'information des enfants, mais aussi des parents et professionnels en contact avec des enfants.

Ces préoccupations sont partagées au niveau européen. Le réseau européen des Défenseurs des enfants, ENOC, à la présidence duquel la Défenseure des enfants française a été élue en septembte 2017, a ainsi décidé de consacrer ses travaux 2017 à la thématique de l'éducation à la sexualité et à la vie affective. La déclaration d'Helsinki, adoptée le 21 septembre 2017 par l'ENOC, témoigne de larges convergences entre les constats opérés dans chaque pays[167].

Après avoir effectué une analyse critique du cadre et de la pratique de l'éducation à la sexualité en France (partie 1), cette contribution s'attachera à étudier le rôle de chaque catégorie d'acteurs et à émettre des recommandations visant à encourager l'accès à une information appropriée par les enfants et les adolescents en matière de sexualité (partie 2).

I . L'éducation à la sexualité en France : mesurer son effectivité

L'éducation à la sexualité en France se trouve à un moment clé de son évolution. Elle a vu, depuis le début du siècle, son cadre légal et réglementaire renforcé mais peine encore à s'adapter à un contexte nouveau. Les outils à disposition des acteurs tout comme l'approche retenue en pratique sont le reflet de résistances qui persistent autour de l'éducation à la sexualité. Il s'agit désormais de les dépasser.

A . Qu'en pensent les jeunes ?

Selon l'OMS, la santé sexuelle « *exige une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences plaisantes, en toute sécurité, sans coercition, discrimination et violence* »[168]. La santé sexuelle doit être envisagée comme une composante du bien-être global de l'enfant que la Convention internationale relative aux droits de l'enfant cherche à assurer. Elle relève également du droit au développement, consacré à l'article 6 de la Convention. Enfin, elle constitue un levier efficace pour donner aux jeunes les connaissances nécessaires, déconstruire les éventuels préjugés qu'ils peuvent avoir en matière de sexualité et questionner les normes sociales qui y sont liées.

[167] http://enoc.eu/wp-content/uploads/2017/10/ENOC-position-statement-on-CRSE.pdf. Voir en annexe.
[168] http://www.who.int/topics/sexual_health/fr/

Même si la sexualité des jeunes n'a pas fait l'objet d'une enquête approfondie depuis plusieurs années[169], on constate que, dès lors que la parole leur est donnée, ces derniers s'emparent du sujet et s'écartent de l'éducation à la sexualité envisagée comme seule politique de prévention des risques.

Ainsi, **les demandes exprimées par les jeunes dans le cadre des travaux européens de l'ENOC visent notamment** :

- La mise en œuvre à titre obligatoire d'une éducation à la sexualité envisagée de manière globale ;
- La nécessité de partir de la parole des jeunes pour répondre effectivement à leurs questions ;
- La formation des enseignants ;
- Le renforcement de la lutte contre les stéréotypes et discriminations liées au sexe, à l'identité de genre ou à l'orientation sexuelle ;
- Le développement du soutien aux parents dans le champ de l'éducation à la sexualité.

On le voit, les jeunes Européens sont porteurs d'une vision globale, intégrant les dimensions sociales, affectives, de prévention et de soins, et la lutte contre les violences et pour l'égalité des genres et des sexualités.

ENOC, la parole aux jeunes

Le réseau ENOC est une association européenne regroupant les institutions de défense des droits de l'enfant, dont la mission consiste à promouvoir et protéger les droits de l'enfant consacrés par la Convention internationale relative aux droits de l'enfant. Geneviève Avenard, la Défenseure des enfants, adjointe du Défenseur des droits, est un membre actif du réseau européen des ombudsmans pour les droits de l'enfant (ENOC) et en a été élue présidente en septembre 2017 à Helsinki.

Le réseau détermine chaque année une thématique pour ses travaux de réflexion et de partage de bonnes pratiques. Dans ce cadre, il consulte systématiquement des jeunes des pays volontaires, afin d'éclairer ses analyses et ses recommandations afin de développer l'effectivité du droit à la participation des enfants prévu par la Convention internationale relative aux droits de l'enfant. Il s'agit du projet ENYA ou « Parlons jeunes ! » qui associe régulièrement entre 10 à 12 pays européens.

« Il n'y a pas de cases. Qui décide des cases ? C'est chaque personne qui se définit. Il faudrait s'affranchir des cases et ne pas mettre d'étiquette sur les gens. Et si on ne trouve pas sa case dans ces étiquettes ? »

[169] La dernière enquête, réalisée par l'Agence Nationale de recherche sur le sida, date de 1995.

En 2017, le réseau ENOC a choisi de traiter du sujet de l'éducation à la vie affective et à la sexualité et a lancé le projet « Parlons jeunes ! » dans 11 institutions européennes de défense des enfants : Azerbaïdjan, Belgique (Wallonie), Espagne (Catalogne), Chypre, France, Grèce, Italie, Malte, Pologne, Royaume Uni (Ecosse et Pays de Galles).

En France, un groupe d'une dizaine d'adolescents a été constitué auprès du Défenseur des droits et a bénéficié de l'intervention de plusieurs professionnels, sur des sujet variés : prévention sur le VIH/SIDA et les infections sexuellement transmissibles par l'association Solidarité Sida, débat avec SOS Homophobie, ateliers de mise en situation animés par le Planning familial, débat théâtral animé par la compagnie Entrées de jeu sur les thèmes de la séduction, de la jalousie, de la première fois, du préservatif, de l'homophobie, de l'identité et de la réputation…

« On ne se demande pas si on est hétéro, c'est comme respirer – on respire ! »

Ces échanges multiples ont permis aux jeunes de poser librement leurs questions sur le sujet, d'exprimer leurs points de vue et d'en débattre ensemble.

« C'est très chouette d'en parler. Il faudrait que les jeunes soient plus renseignés sur ce qui existe sur un sujet qui les concerne quand même un peu, la sexualité. On devrait plus sensibiliser les gens, dès leur plus jeune âge, aux différentes sexualités qui existent »

A l'issue de leurs travaux, les jeunes français ont formulé des propositions sur l'éducation à la sexualité en milieu scolaire : renforcement de la formation des personnels éducatifs et des intervenants, application effective de la loi prévoyant 3 séances annuelles d'éducation à la sexualité, adaptation des outils et de l'approche à l'âge des élèves, etc. Ils demandent également la diffusion de campagnes télévisées d'éducation à la sexualité et la sensibilisation des parents à ces questions.

Un séminaire européen a ensuite été organisé en juin 2017 à Paris, avec des représentants de chaque groupe ayant participé au projet « Parlons Jeunes » dans les différents pays. Ce séminaire a permis de repérer un grand nombre de points de convergences, malgré les différents contextes nationaux. Elles ont été reprises dans la résolution annuelle du réseau ENOC (en annexe du présent rapport).

ENOC
Parlons jeunes, parlons éducation à la sexualité !

Témoignage de Kylianne, jeune ambassadrice à la rencontre des Défenseurs européens des droits des enfants à Helsinki :

« En 2017, l'ENOC a organisé, comme chaque année depuis 8 ans, une rencontre entre plusieurs jeunes de différents pays de l'espace européen. Une rencontre qui s'est faite à Paris afin de débattre autour d'une question de société les concernant tout particulièrement : l'éducation à la vie affective et à la sexualité chez les jeunes.

Après une semaine de débat, et de remise en question pour certains jeunes, nous nous sommes tous entendus et avons placé l'espoir de voir aboutir ce projet en 6 jeunes d'entre nous, tous de nationalités différentes, en souhaitant qu'ils puissent nous représenter du mieux possible lors de la rencontre des Défenseurs européens des droits des enfants qui s'est tenue en Finlande.

Moi, Kylianne Boukem, jeune française âgée de 16 ans, j'ai eu l'immense chance de faire partie de cette délégation et de pouvoir défendre les pensées des jeunes, principaux concernés dans ce cas-ci.

Lors de cette rencontre, la présence d'adolescents fut un véritable événement. En effet, le fait de pouvoir s'exprimer de vive voix et de montrer à tous ces adultes qui œuvrent pour nos droits à quel point nous nous sentons concernés et voulons être impliqués, a, je pense, eu plus d'impact que de rédiger des recommandations sans pouvoir les expliquer ou les défendre par nous-même.

Nous avions rédigé trois pages de recommandations que nous avions organisées par catégories : responsabilités générales des gouvernements, santé, école (éducation) et médias (communauté, droits numériques). Durant la présentation de nos recommandations, chacun des 10 jeunes en choisit une qui lui tenait particulièrement à cœur et en parla devant tous les Défenseurs. Ensuite, un moment d'échange eut lieu entre les Défenseurs et les jeunes durant lequel, nous jeunes, nous sommes interrogés sur la suite à donner à ce projet, tandis qu'eux, Défenseurs, recherchaient plus de détails sur nos désirs, nos besoins.

Ce projet fut pour moi et pour tous les autres jeunes, que je peux désormais appeler mes amis, une des expériences les plus marquantes de toute notre vie. Elle nous a appris la tolérance, l'acceptation de l'autre, tout un tas de qualités nécessaires pour la vie en société. Avant d'être un projet, ce fut pour moi de magnifiques rencontres humaines et je tiens à remercier tous les Défenseurs des droits des enfants de nous avoir donné la parole ainsi que tous nos coordinateurs/-trices qui nous encadrent et nous maternent de manière tellement adorable. Mon grand souhait aujourd'hui, c'est qu'un jour tous les jeunes puissent acquérir la richesse morale que j'ai eu la chance d'obtenir durant cette magnifique période, qui ne cessera de continuer et de vivre en moi, pour tout mon entourage, et même plus si possible. »

Plusieurs indicateurs viennent corroborer les constats posés par les jeunes

On notera ainsi, par exemple, que les jeunes, et en particulier les filles, connaissent mal leur corps : 83% des filles de 13 ans sont incapables de représenter leur propre sexe[170]. Or, connaître son corps est indispensable pour se protéger de comportements non désirés et prévenir les violences d'ordre sexuel.

La stratégie nationale de santé sexuelle adoptée en mars 2017 relève qu'un tiers des grossesses est non prévu et aboutit 6 fois sur 10 à un avortement. Elle indique par ailleurs que les infections sexuellement transmissibles (IST) ont augmenté de 10 % chez les 15-24 ans entre 2012 et 2014[171].

Les jeunes sont également particulièrement concernés par le harcèlement sexuel, les violences, physiques, psychologiques ou verbales, qu'elles soient sexistes ou homophobes. Ainsi, selon une enquête portant sur la victimation et le climat scolaire, les violences à caractère sexuel concerneraient 5 à 7% des élèves[172]. Pour les femmes, la jeunesse augmente le risque de subir une violence sexuelle. Parmi les femmes victimes de viol ou de tentative de viol, 59% ont subi ces violences pour la première fois alors qu'elles étaient mineures[173].

En milieu scolaire, les violences homophobes sont persistantes. Le rapport annuel 2017 de SOS Homophobie indique que 23% des agressions physiques homophobes en 2016 auraient touché des jeunes de moins de 18 ans. Dans 8% des cas, les agressions physiques homophobes auraient eu lieu dans des établissements scolaires[174].

Internet tend à amplifier les phénomènes de violences. Une étude menée en 2015-2016 par l'observatoire universitaire international d'éducation et de prévention et le centre francilien pour l'égalité femmes-hommes auprès d'établissements de la 5e à la 2nde révèle à cet égard que 17% des filles et 11% des garçons ont été confrontés à des cyberviolences à caractère sexuel[175]. Cybersexisme et cyberharcèlement sont autant de nouvelles expressions de formes de violence préexistantes, qu'il s'agit désormais de mieux appréhender.

Recommandation issue du groupe France du projet « Parlons jeunes » 2017 :

Travailler sur la question de la violence hommes/femmes, parents/enfants, entre pairs : ne pas banaliser la violence verbale, faire prendre conscience que l'humiliation n'est pas normale.

A l'ère du numérique, les jeunes qui cherchent des informations sur des sujets relevant de l'éducation à la sexualité se trouvent confrontés à une multitude de sources et de contenus, qui peuvent, dans certains cas, s'avérer erronés, moralisateurs, mensongers, voire dangereux. Certains sites, parfois très bien référencés dans

[170] *Rapport relatif à l'éducation à la sexualité*, Paris, Haut Conseil à l'Egalité entre les femmes et les hommes (HCE), *op. cit.*, p. 5.
[171] Stratégie nationale de santé sexuelle, agenda 2017/2030, Paris, Ministère des affaires sociales et de la santé, p. 10. Voir : http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_nationale_sante_sexuelle.pdf
[172] https://www.reseau-canope.fr/climatscolaire/fileadmin/user_upload/enquetes/DEPP_NI_2013_26_perception_climat_scolaire_collegiens_reste_positive_283977.pdf.
[173] *Rapport relatif à l'éducation à la sexualité*, *op. cit.*, Paris, HCE, p. 32.
[174] Rapport annuel 2017, Paris, SOS Homophobie, p. 158.
[175] Cybersexisme chez les adolescent·e·s (12-15 ans), Etude sociologique dans les établissements franciliens de la 5e à la 2nde, septembre 2016. Voir : https://www.centre-hubertine-auclert.fr/sites/default/files/fichiers/synthese-etude-cybersexisme-cha-web.pdf.

les moteurs de recherche, relaient des informations homophobes, sexistes ou, sous couvert d'une prétendue objectivité, visent à dissuader les jeunes filles de recourir à l'Interruption volontaire de grossesse (IVG). A cet égard, la loi du mars 2017 a complété l'article du Code de la santé publique relatif au délit d'entrave à l'IVG, lequel vise désormais également les sites de désinformation sur internet[176].

Sur internet, l'accès à la pornographie est facilité, et s'impose parfois même sans que cela ne relève d'une recherche délibérée. L'impact sur les pratiques des jeunes d'un accès précoce à la pornographie fait l'objet d'un débat où s'expriment à la fois résultats scientifiques et convictions morales. En tout état de cause, la pornographie véhicule des représentations inégalitaires de la sexualité, auxquelles le Défenseur des droits est fondamentalement opposé[177].

A cet égard, l'éducation à la sexualité peut s'avérer particulièrement utile, dès lors qu'elle est envisagée comme devant « *permettre un dialogue entre éducateurs et élèves, afin que les adultes puissent comprendre et intégrer les différentes composantes des cultures sexuelles juvéniles et pouvoir ainsi développer, ensemble, une perspective critique sur l'écart entre représentations pornographiques et expériences vécues du sexe et du genre* »[178].

La prévention de l'exposition des jeunes à la pornographie constitue ainsi la mesure n°7 du plan interministériel de lutte contre les violences faites aux enfants. Un groupe de travail a été mis en place par la direction générale de la cohésion sociale (DGCS), et ses travaux, auxquels participe le Défenseur des droits, devraient aboutir à la formulation de recommandations sur les quatre objectifs suivants :

- Renforcer la sensibilisation des parents et des enfants sur les conséquences de l'exposition à la pornographie ;
- Limiter l'accès des enfants à la pornographie sur internet ;
- Mobiliser les fournisseurs d'accès, éditeurs et sociétés de moteurs de recherche pour la protection des enfants face à la pornographie ;
- Développer de nouveaux moyens techniques pour limiter l'exposition des enfants et adolescents à la pornographie sur Internet.

Une attention particulière doit également être portée aux phénomènes de prostitution occasionnelle qui semblent augmenter chez les jeunes[179].

Dans sa contribution au présent rapport transmise en juin 2017, l'association Agir contre la prostitution des enfants indique que la prostitution occasionnelle « *concerne les collégiennes ou lycéennes qui, de manière autonome et sans la supervision d'un tiers, consentent à exécuter des prestations sexuelles tarifées à leurs camarades d'établissement scolaire* ».

Le Défenseur des droits souhaite attirer l'attention des pouvoirs publics sur ce phénomène qui reste invisible car tabou. Il les encourage à engager des démarches visant à renforcer la connaissance de ce phénomène, à prévenir ces situations, à mettre en place les actions adaptées et améliorer la protection et l'accompagnement des jeunes concernés.

[176] L'article L2223-2 du Code de la santé publique dispose désormais qu'est « puni de deux ans d'emprisonnement et de 30 000 euros d'amende le fait d'empêcher ou de tenter d'empêcher de pratiquer ou de s'informer sur une interruption volontaire de grossesse ou les actes préalables prévus par les articles L. 2212-3 à L. 2212-8 par tout moyen, y compris par voie électronique ou en ligne, notamment par la diffusion ou la transmission d'allégations ou d'indications de nature à induire intentionnellement en erreur, dans un but dissuasif, sur les caractéristiques ou les conséquences médicales d'une interruption volontaire de grossesse (...) ».

[177] Brigitte GONTHIER-MAURIN, Rapport d'information fait au nom de la délégation aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes sur la proposition de loi n° 207 (2013-2014), adoptée par l'Assemblée nationale, renforçant la lutte contre le système prostitutionnel, enregistré à la présidence du Sénat le 5 juin 2014, p. 35.

[178] Claire Balleys (INJEP), « Socialisation adolescente et usages du numérique, revue de littérature », juin 2017.

[179] Audition de l'association Charonne, juillet 2017.

Contribution ACPE – Agir Contre la Prostitution des Enfants

Image corporelle et estime de soi

Dans sa contribution au présent rapport, l'ACPE indique : « *Dans la période de changement pubertaire, l'adolescent est particulièrement focalisé sur son image corporelle et en est rarement satisfait. Cet écart entre ses attentes et la réalité mène à une baisse de l'estime de soi – particulièrement chez les jeunes filles. Le risque réside justement dans le fait que la prostitution permet la valorisation de l'identité de ces adolescentes par le corps : elles sont belles et désirées, et ont donc de la valeur. Cela s'observe notamment par la mise en ligne d'annonces à caractère prostitutionnel comportant des photos suggestives. Pour prévenir cela, les adolescents ont besoin d'être écoutés. Il est important de parler avec eux de leur image corporelle, de resituer la norme corporelle par rapport à ce qui est véhiculé dans les médias, de parler du sentiment de dépréciation qu'ils peuvent ressentir, de parler de leur propre valeur et de la manière de considérer son corps et le corps de l'autre avec respect. Aborder ces sujets permettra d'impacter leur estime d'eux-mêmes de manière générale.*

Ainsi, l'éducation à la sexualité est fondamentale pour la construction d'une santé sexuelle et d'un bien-être identitaire, personnel et affectif solide pour l'adolescent. En effet, les profils vulnérables et influençables, ayant une estime personnelle faible et une méconnaissance de la sexualité, forment un terrain propice aux influences extérieures. D'ailleurs, en raison du temps de la maturation cérébrale – et en particulier du cortex préfrontal –, certaines compétences ne sont pas encore acquises à l'adolescence. L'adolescent aura plus de difficultés à orienter ses choix en fonction des conséquences à long terme, et à résister à des récompenses immédiates, comme, par exemple, de l'argent obtenu rapidement. C'est donc aux adultes de le guider dans ses choix et d'être présents régulièrement pour le soutenir. »

B . A l'école, un cadre légal et réglementaire suffisant

L'éducation à la sexualité est présente, sous des formes et à des niveaux divers depuis les années 1970 dans les établissements scolaires. D'abord facultative, elle est devenue une obligation légale depuis l'adoption de la loi du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse. Elle est désormais inscrite à l'article L312-16 du Code de l'Education, qui dispose qu'une « *information et une éducation à la sexualité sont dispensées dans les écoles, les collèges et les lycées à raison d'au moins trois séances annuelles et par groupes d'âge homogène* ».

Les objectifs assignés à l'éducation à la sexualité, précisés par la loi du 13 avril 2016 visant à lutter contre le système prostitutionnel et à accompagner les personnes prostituées sont notamment de présenter « *une vision égalitaire des relations entre les femmes et les hommes* » et de contribuer « *à l'apprentissage du respect dû au corps humain* ».

La circulaire du 17 février 2003, prise pour l'application de la loi de 2001 et toujours en vigueur, pose le cadre d'un enseignement transversal, intégré à différentes disciplines étudiées en milieu scolaire : enseignements scientifiques mais également littérature, éducation civique, arts plastiques, philosophie, histoire, éducation civique, juridique et sociale. Au-delà des opportunités éducatives qu'offrent ces disciplines, trois séances annuelles d'éducation à la sexualité sont obligatoires du CP à la terminale.

S'agissant du pilotage de la politique d'éducation à la sexualité, la circulaire prévoit que soit adopté, dans chaque académie, un projet d'éducation à la sexualité intégré au projet académique de santé des élèves et que soit constituée une équipe de pilotage dédiée. Cette dernière est chargée d'émettre des propositions dans le cadre du projet académique d'éducation à la sexualité mais également de construire les partenariats nécessaires à son application.

Aux niveaux départemental et académique, des comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC) sont chargés de définir des grands axes d'action et de faire le relais, au niveau local, de la politique académique d'éducation à la sexualité. Au sein de chaque établissement, un comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté présidé par le chef d'établissement est responsable, notamment, de la définition d'un « *programme d'éducation à la santé et à la sexualité et de prévention des comportements à risque* »[180].

L'intégration de l'éducation à la sexualité parmi les missions de ces comités constitue une véritable avancée en ce qu'elle permet d'inscrire ce sujet dans le projet d'établissement, et par conséquent d'assurer une certaine continuité à la démarche. Cependant, les chefs d'établissement doivent être vigilants sur le risque de voir l'éducation à la sexualité marginalisée, voire écartée au profit d'autres thématiques plus consensuelles relevant également du champ de compétences des comités, comme la sécurité routière par exemple.

C'est ainsi que les chercheuses auditionnées dans le cadre du présent rapport ont évoqué de possibles difficultés d'évaluation des actions d'éducation à la sexualité mises en œuvre dans le cadre de ces instances[181]. En effet, l'existence d'un CESC actif ne permet pas d'évaluer la place faite au sein de son activité globale à l'éducation à la sexualité. L'éducation à la sexualité en milieu scolaire ne faisant, à ce jour, pas l'objet d'évaluation, le Défenseur des droits s'inquiète de la capacité future

[180] Article R421-47 Code de l'éducation.
[181] Audition du 21 juin 2017 de M^mes^ Anne Fernandes, Yaelle Amsellem-Mainguy, et Marie Mengotti.

des pouvoirs publics à évaluer l'implication de ces CESC dans la politique d'éducation à la sexualité.

Plus récemment, la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé a permis d'intégrer dans le code de la santé publique la notion de santé sexuelle et reproductive. Sur le plan opérationnel, elle est venue réaffirmer l'existence des parcours éducatifs de santé, créés par la loi du 8 juillet 2013 d'orientation et de programmation pour la refondation de l'école de la République, en les intégrant à l'article L541-1 du Code de l'éducation.

La circulaire n°2016-008 du 28 janvier 2016 a précisé les conditions de mise en place de ces parcours éducatifs de santé et en a explicité les principaux axes : éducation à la santé, prévention et protection de la santé. Si l'éducation à la sexualité n'est pas explicitement mentionnée, elle est cependant visée par le guide d'accompagnement des équipes pédagogiques et éducatives sur la mise en œuvre du parcours éducatif de santé[182]. Ce dernier précise que les actions engagées dans le cadre du parcours de santé doivent s'organiser en complémentarité avec les autres parcours (parcours d'éducation artistique et culturelle et parcours citoyen en particulier)[183].

Le Défenseur des droits, qui encourage la mise en place d'une approche globale de l'éducation à la sexualité, ne peut que saluer une telle démarche et sera vigilant quant aux modalités de mise en œuvre d'actions d'éducation à la sexualité dans le cadre de ces parcours.

Cette approche globale a également trouvé une traduction dans la stratégie nationale de santé sexuelle adoptée en mars 2017, pour une période allant jusqu'à 2030. Son premier axe est dédié à « *la promotion en santé sexuelle, en particulier en direction des jeunes, dans une approche globale et positive* ». Portant une attention particulière aux jeunes de moins de 15 ans, elle vise notamment à « *placer l'éducation à la sexualité et à la santé sexuelle des plus jeunes au cœur de leurs parcours éducatifs en santé* »[184].

En associant l'ensemble des acteurs – ministères, agences régionales de santé, associations, agences et institutions nationales, sociétés savantes et associations professionnelles –, cette stratégie crée une véritable impulsion et encourage la mise en œuvre d'une politique coordonnée d'éducation à la sexualité. Elle représente à cet égard une avancée notable.

C . En pratique : une mise en œuvre qui n'est pas à la hauteur des textes en vigueur

La France dispose d'un cadre légal et réglementaire relativement satisfaisant en matière d'éducation à la sexualité, mais d'importantes difficultés surgissent au stade de la mise en œuvre.

Une approche encore trop sanitaire

Le Comité des droits de l'enfant de l'ONU a récemment regretté « *que l'adolescence soit généralement perçue de manière négative, ce qui se traduit par des interventions et des services étroitement axés sur les problèmes plutôt que par une volonté de mettre en place le meilleur environnement possible pour garantir les droits des adolescents et favoriser le développement de leurs capacités physiques, psychologiques, spirituelles, sociales, affectives, cognitives, culturelles et économiques* »[185].

[182] http://cache.media.eduscol.education.fr/file/parcours_sante/59/2/Guide_Parcours-educatif-sante_656592.pdf

[183] Des expériences fructueuses d'éducation à la sexualité ont déjà été menées dans le cadre de ces parcours. Ainsi, au collège Georges-Pompidou à Claix, le projet d'éducation à la sexualité s'intègre à la fois dans le parcours citoyen et dans le parcours santé. Voir : Laurence Communal, « Education à la sexualité dans les collèges en France : la place du genre », *La santé en action n°441*, septembre 2017.

[184] http://www.gouvernement.fr/argumentaire/lancement-d-une-strategie-d-amelioration-et-de-promotion-de-la-sante-sexuelle

[185] Comité des droits de l'enfant de l'ONU, observation générale n°20(2016) sur la mise en œuvre des droits de l'enfant pendant l'adolescence, CRC/C/GC/20, 6 décembre 2016, p. 6.

S'agissant de l'éducation à la sexualité, on constate que l'entrée sanitaire prévaut encore largement. Le regard porté sur les adolescents comme « public à risque » explique en partie cette tendance à aborder la sexualité par la prévention. Or, ce décalage avec les attentes des bénéficiaires, participe à la consolidation d'une sorte de tabou autour de la sexualité des jeunes. Cela peut conduire à une autocensure et à un désintérêt de leur part, réduisant de fait les bénéfices qu'ils peuvent tirer des séances d'éducation à la sexualité.

Selon l'enquête réalisée par le HCE, « *au collège et lycée, les thématiques abordées dans les séances d'éducation à la sexualité sont majoritairement celles du VIH/Sida, de la contraception/ IVG et du « respect ». En revanche, d'autres thématiques sont peu abordées comme les questions de « l'identité, des orientations et discriminations sexuelles », les « stéréotypes de sexe » et le sujet des « violences faites aux femmes* » ». Ce constat, partagé par de nombreux acteurs consultés dans le cadre de l'élaboration du présent rapport, est pour le Défenseur des droits un sujet de préoccupation.

L'angle égalité femmes-hommes commence à émerger au sein de certaines associations agréées intervenant en milieu scolaire, mais principalement dans une perspective de prévention des violences[186]. L'orientation sexuelle est le plus souvent abordée sous l'angle de l'impact de la discrimination sur la santé, dans une perspective de lutte contre l'homophobie. La notion de genre quant à elle n'est généralement pas abordée. La sexualité en tant que telle reste globalement absente des séances d'éducation à la sexualité, qui portent en ce sens assez mal leur nom.

Une approche positive de la sexualité serait pourtant de nature à faciliter le dialogue avec les jeunes et pourrait ainsi avoir un impact direct sur leur comportement.

L'éducation à la sexualité devrait permettre, au-delà du rappel du cadre pénal qui borne les relations interpersonnelles et la condition du consentement, de questionner les normes sociales entourant la sexualité. En effet, les jeunes filles se trouvent souvent confrontées à une « *double injonction de se montrer désirables mais respectables* » et les garçons sont soumis à une « *norme de virilité* »[187]. L'éducation à la sexualité devrait être un moyen de mettre à distance ces normes assignées à chaque sexe, qui se développent fortement à l'adolescence et pèsent dans les rapports entre les jeunes. Elle permettrait ainsi de remettre la liberté individuelle au cœur de leur développement et trouverait, dans cette perspective, tout son sens au regard de l'intérêt de l'enfant.

Sur ce point, le Haut Conseil de la Santé publique (HCSP) a récemment proposé « *de transformer l'approche par pathologie et par risque en une démarche globale, valorisée par un parcours de santé sexuelle portant une attention particulière à l'individu, à ses spécificités et à ses choix* »[188].

La position du Conseil national du Sida est sensiblement la même. Dans un avis adopté en janvier 2017, il s'est fait l'écho des professionnels, indiquant que ces derniers « *s'accordent (...) sur le souhait des jeunes de recevoir une information positive sur la santé sexuelle plutôt qu'une information centrée sur les risques liés à la sexualité* »[189].

C'est également l'approche de la stratégie nationale de santé sexuelle qui affirme qu'« *à l'approche biomédicale de la sexualité doivent être associées des approches individuelles intégrant les quatre dimensions de la santé sexuelle: psycho-sociétale, communautaire, environnementale et structurelle dans le respect des droits humains* »[190].

[186] Pour plus d'explications sur la procédure d'agrément, voir p. 106.

[187] Rapport relatif à l'éducation à la sexualité, « Répondre aux attentes des jeunes, construire une société d'égalité femmes-hommes », Rapport n°2016-06-13-SAN-021, Paris, Haut Conseil à l'Egalité entre les femmes et les hommes, 13 juin 2016, p. 30.

[188] Avis relatif à la santé sexuelle et reproductive, Paris, Haut Conseil de la santé publique, 2 mars 2016.

[189] Avis de suivi de recommandations sur la prévention et la prise en charge des IST chez les adolescents et les jeunes adultes, Paris, Conseil national du Sida, janvier 2017, p.23.

[190] Stratégie nationale de santé sexuelle, agenda 2017-2030, Paris, Ministère des Affaires sociales et de la Santé.

Ces récentes prises de position témoignent d'une volonté de mieux prendre en compte les attentes des jeunes. Elles vont également dans le sens d'une meilleure efficacité des messages de prévention. En effet, l'avis du HCSP rappelle que « *les programmes fondés sur l'égalité des sexes dans les relations sexuelles sont cinq fois plus efficaces dans la réduction des IST et des grossesses non désirées que ceux qui n'insistent pas sur cette égalité intrinsèque* »[191].

S'appuyant sur ces prises de position, le Défenseur des droits recommande aux différentes parties prenantes de favoriser une approche globale de la sexualité, intégrant ses aspects affectifs, psychologiques et sociaux en même temps que reproductifs.

Des outils à repenser

Au soutien de la politique définie au niveau national et des priorités identifiées à l'échelle de chaque territoire, les outils pédagogiques, produits et diffusés par le ministère de l'Education nationale, constituent des supports incontournables des actions d'éducation à la sexualité. Or, dans leur contenu, certains de ces outils ne semblent pas adaptés.

Dans son rapport consacré à l'éducation à la sexualité, le HCE s'est prononcé en faveur d'une refonte complète des outils pédagogiques. Etait notamment reprochée au guide du formateur[192] une « *vision biologisante de la sexualité qui affirme très clairement et sans nuance que la sexualité est un fait de nature et qu'elle est par définition d'abord un mode de reproduction* »[193]. La vision hétéronormée de la sexualité et l'absence de réflexion sur l'égalité des sexes et des sexualités étaient également largement critiquées. Les représentants de la DGESCO rencontrés dans le cadre de ce rapport ont indiqué que ce guide était en cours de réécriture[194].

Le Défenseur des droits recommande au ministre de l'Education nationale que le guide du formateur soit profondément remanié dans le sens d'une approche globale de l'éducation à la sexualité en milieu scolaire et mette l'accent sur l'égalité entre les sexes, les orientations et les pratiques sexuelles et les identités de genre, ainsi que sur la lutte contre les stéréotypes de genre, les discriminations et les violences.

Recommandation issue du groupe France du projet « Parlons jeunes » 2017 :

Soutenir l'émancipation des femmes par rapport aux hommes.

Le guide d'intervention pour les collèges et les lycées, qui a également fait l'objet de critiques de la part du HCE, a quant à lui été réédité en 2017[195]. Sa nouvelle version intègre un volet « égalité filles-garçons » comme l'un des enjeux importants à aborder lors des séances d'éducation à la sexualité. En revanche, la lutte contre

[191] Haut Conseil de la santé publique, Avis relatif à la santé sexuelle et reproductive, 2 mars 2016, p.4.
[192] Destiné aux personnels responsables de la formation et de la mise en œuvre des actions dans les établissements scolaires, le guide du formateur est disponible ici : http://cache.media.eduscol.education.fr/file/Action_sanitaire_et_sociale/68/2/education_sexualite_112682.pdf
[193] *Rapport relatif à l'éducation à la sexualité*, Paris, HCE, *op. cit.*, p. 93.
[194] Audition du 4 septembre 2017.
[195] Ce guide est un outil visant à accompagner les équipes pédagogiques dans l'organisation, la préparation et l'animation des séances d'éducation à la sexualité. Il est disponible ici : http://cache.media.eduscol.education.fr/file/couv_synthese_sante_sociale_2009-2011/95/0/Guide_EAS_751950.pdf

l'homophobie, déjà absente précédemment, n'est pas davantage mise en avant dans cette nouvelle version du guide, ce que le Défenseur des droits a déploré vivement auprès du ministre de l'Education nationale.

Enfin, alors que l'éducation à la sexualité est prévue par la circulaire du 17 février 2003 dès l'école primaire, peu d'outils sont dédiés à ce public très jeune, à l'égard duquel un discours et une méthode pédagogique spécifiques sont pourtant nécessaires.

Le Défenseur des droits recommande de produire des outils pédagogiques adaptés aux plus jeunes et tenant compte des stades de développement de l'enfant pour les personnes qui assurent l'animation des séances, qui restent à ce jour, peu formées pour ce faire.

Au-delà des outils conçus spécifiquement pour l'éducation à la sexualité, les manuels scolaires, notamment les manuels de Sciences de la vie et de la terre (SVT) constituent une ressource pour aborder avec les élèves les aspects biologiques et physiques de la sexualité. Or, il est constaté que ces manuels proposent, dans leur majorité, des explications incomplètes, voire erronées, alors qu'une enquête réalisée en 2009 a montré que 83 % des filles en 4e et en 3e ne connaissaient pas la fonction du clitoris, tandis qu'un quart des filles de 15 ans ne connaissent même pas l'existence de cet organe[196].

Le rapport du HCE consacré à l'éducation à la sexualité établit un lien direct entre cette méconnaissance du corps féminin et les inégalités persistantes entre les sexes, indiquant que « *les différences de satisfaction et de plaisir sexuels (dont l'orgasme fait partie) entre femmes et hommes s'expliquent largement par le fait que l'on ne permet pas aux filles de connaître avec précision et exhaustivité leur sexe* »[197].

[196] Sauvet Annie, « État des lieux des connaissances, représentations et pratiques sexuelles des jeunes adolescents. Enquête auprès des 316 élèves de 4e et 3e d'un collège du Nord de Montpellier », Mémoire de DU Sexologie, Faculté de Médecine Montpellier-Nîmes, 2009, pp. 30-33.
[197] *Rapport relatif à l'éducation à la sexualité*, Paris, HCE, *op. cit.*, p. 38.

II . Renforcer le rôle de chaque acteur de l'éducation à la sexualité

Améliorer l'éducation à la sexualité en France, dans et en dehors du milieu scolaire, implique de renforcer le rôle que sont amenés à jouer l'ensemble des parties prenantes en la matière. Si le personnel de l'Education nationale, les professionnels de l'enfance et les intervenants extérieurs sont des acteurs essentiels de l'éducation à la sexualité, le Défenseur des droits souhaite également insister sur la place qui devrait être accordée aux enfants et aux adolescents d'une part, et à leurs parents d'autre part.

A . Mieux former les acteurs de l'éducation à la sexualité

Le personnel de l'Education nationale, qu'il s'agisse du corps enseignant, des infirmières scolaires (dont le rôle en termes d'accompagnement individuel des élèves est majeur) ou encore des chefs d'établissements, des conseillers principaux d'éducation ou des surveillants, ont un rôle majeur en matière d'éducation à la sexualité en milieu scolaire, à laquelle ils participent en application de la loi et de la circulaire encadrant l'éducation à la sexualité en milieu scolaire.

Leur présence et leur connaissance des élèves leur permettent par ailleurs de repérer d'éventuelles situations problématiques (harcèlement, violences, *etc*.) et de mettre en place les actions appropriées. Leur sensibilisation et leur formation aux enjeux relatifs à l'éducation à la sexualité sont à cet égard absolument capitales car elles déterminent leur capacité à répondre d'une manière adéquate aux situations individuelles ou collectives qui peuvent surgir au sein des établissements et à organiser les séances annuelles prévues par la loi.

La circulaire du 17 février 2003 relative à l'éducation à la sexualité aborde les modalités de formation des personnels éducatifs amenés à participer à la mise en œuvre du projet académique d'éducation à la sexualité : professeurs des écoles, enseignants, conseillers principaux d'éducation, médecins et infirmières scolaires, assistants de service social. Cette formation, qui doit s'adapter aux besoins de terrain, peut en partie reposer sur l'expertise des partenaires extérieurs spécialisés dans l'éducation à la sexualité, en particulier sur les associations agréées pour intervenir dans les établissements dans le cadre des trois séances annuelles prévues par la loi.

L'ensemble du personnel éducatif est ainsi formé à l'éducation à la sexualité dans le cadre d'un plan national de formation piloté par la DGESCO élaboré en collaboration avec des partenaires extérieurs. Selon la DGESCO, depuis 2013, cette formation tend à s'éloigner de l'approche « médicalisante » précédemment décrite[198].

[198] Audition DGESCO du 4 septembre 2017.

Si la mise en œuvre de ce plan de formation, a permis, dans la dernière décennie, de faire monter en compétence le personnel, notamment les infirmiers scolaires[199], force est de constater que de nombreux enseignants se sentent encore démunis face à des sujets qu'ils jugent sensibles et complexes à aborder avec un groupe de jeunes.

Recommandation issue du groupe France du projet « Parlons jeunes » 2017 :

Former les personnels éducatifs et en particulier les professeurs et les infirmières scolaires.

Le Défenseur des droits recommande de renforcer la formation, initiale et continue, dispensée au personnel de l'Education nationale.

Cette formation est particulièrement importante pour aider ces professionnels à se positionner face aux élèves, en fonction de leur âge, de leurs questionnements et en prenant en compte leurs valeurs culturelles et/ou religieuses. Elle doit permettre de dépasser l'approche médicale de l'éducation à la sexualité, notamment lorsque, comme c'est souvent le cas, les séances sont assurées par les infirmières scolaires ou les professeurs de sciences.

La formation des intervenants à l'animation et au travail avec les jeunes tend à favoriser leur participation et constitue à cet égard une condition de la réussite de l'éducation à la sexualité en milieu scolaire.

La DGESCO encourage par ailleurs la co-animation des séances d'éducation à la sexualité, ce qui doit permettre d'éviter l'isolement des intervenants. Si cette démarche, qui repose sur la complémentarité des intervenants, peut être pertinente, elle ne saurait se substituer à une politique de formation et de sensibilisation de l'ensemble des équipes.

Par ailleurs, l'intervention d'acteurs extérieurs à l'Education nationale présente, dans le champ de l'éducation à la sexualité, des avantages indéniables. Elle permet de s'appuyer sur des personnes expérimentées sur le sujet et parvient généralement à libérer plus facilement la parole des jeunes. Elle peut à cet égard rendre les séances d'éducation à la sexualité plus constructives.

En dehors du champ scolaire, d'autres professionnels en contact avec les enfants, notamment ceux qui ne fréquentent pas l'école et/ou sont en situation de vulnérabilité, doivent être formés.

La politique nationale d'éducation à la sexualité ne doit pas reposer sur le seul ministère de l'Education nationale, qui ne permet pas de toucher les enfants et les jeunes ayant peu accès à l'école ou ayant des parcours de scolarité fluctuants et complexes.

La question de l'éducation à la sexualité reste encore un sujet difficile à appréhender pour les institutions sociales et médico-sociales, pour les professionnels comme des parents. A cet égard, pour la CNAPE, la baisse du nombre d'infirmiers et de psychologues dans les établissements et services de protection de l'enfance oblige les équipes éducatives à s'approprier le sujet de la sexualité, sans pour autant

[199] Selon le Défenseur des droits, il reste en la matière à assurer une harmonisation des pratiques de formation, certaines académies prévoyant un stage consacré à l'éducation à la sexualité pour les futures infirmières scolaires, d'autres non.

avoir reçu la formation nécessaire pour ce faire[200]. Certains enfants sont pourtant placés après avoir vécu des violences sexuelles, et auraient de ce fait besoin d'un accompagnement spécifique prenant en compte les traumatismes vécus, lequel implique une formation adaptée des accompagnants. Cette problématique se retrouve au sein d'autres structures accueillant des publics spécifiques, tels les centres éducatifs fermés, les prisons pour mineurs[201], les établissement médico-sociaux d'accompagnement au handicap ou encore les centres d'accueil pour personnes sans-domicile.

B . Garantir la qualité des interventions extérieures à l'école

Le Code de l'éducation prévoit une procédure d'agrément auprès du ministère de l'Education nationale (agrément national) ou du recteur d'académie (agrément local, départemental ou académique). Cet agrément, d'une durée de validité de cinq ans, « *est accordé après vérification du caractère d'intérêt général, du caractère non lucratif et de la qualité des services proposés par ces associations, de leur compatibilité avec les activités du service public de l'éducation, de leur complémentarité avec les instructions et programmes d'enseignement ainsi que de leur respect des principes de laïcité et d'ouverture à tous sans discrimination* »[202].

Un tel agrément doit garantir la qualité des interventions pratiquées en milieu scolaire par des acteurs associatifs. Or, deux lacunes principales rendent cette garantie insuffisante.

D'une part, le choix des intervenants est laissé à l'appréciation des chefs d'établissements, qui peuvent sélectionner des structures non agréées et/ou refuser l'intervention de structures agréées. Ceci explique en partie que les interventions soient, d'un établissement à un autre, marquées par une grande hétérogénéité.

D'autre part, la procédure d'agrément ne comprend pas de critère d'agrémentation propre à l'éducation à la sexualité. Or, parmi les structures intervenant sur le sujet, toutes n'ont pas une approche globale et positive. Le récent rapport du HCE indique que certaines associations agréées ont « *une approche défensive et moralisatrice de la sexualité imprégnée de forts stéréotypes de sexe. Pire certaines associations peuvent parfois aller jusqu'à faire obstacle à l'exercice des droits sexuels et reproductifs par les jeunes et notamment l'avortement* »[203].

Le Défenseur des droits prend très au sérieux cette alerte, rappelant que l'intérêt de l'enfant implique que les informations dispensées en milieu scolaire soient objectives et fondées sur le respect des droits individuels ainsi que sur l'égalité des sexes, des sexualités et de l'identité de genre.

Un groupe de travail lancé en 2012 par le ministère de l'Education nationale sur ce sujet avait recommandé qu'une charte type d'intervention en milieu scolaire soit élaborée et inscrite dans les projets d'établissement, afin d'assurer une certaine homogénéité des interventions, dans la ligne fixée notamment par la stratégie nationale de santé sexuelle. Dans son rapport consacré à la question, le HCE a réitéré en 2016 cette recommandation,

[200] Contribution de la CNAPE (fédération des associations de protection de l'enfant) au rapport du Défenseur des droits, juin 2017.
[201] Yaëlle Amsellem Mainguy, Benoît Coquard, Arthur Vuattoux, « Intimité, sexualité : la vie privée des jeunes à l'épreuve de la prison », Injep analyses & synthèses, Etudes et recherches n°5, septembre 2017.
[202] Article D551-2 Code de l'Education.
[203] *Rapport relatif à l'éducation à la sexualité, Paris,* HCE, *op. cit*., p. 92.

demandant à ce que « *l'agrément des associations intervenant sur l'éducation à la sexualité [soit conditionné] à la signature d'une charte d'intervention (élaborée en concertation avec les partenaires associatifs spécialisés)* »[204].

Le Défenseur des droits recommande au ministre de l'Education nationale que soit élaborée une charte d'intervention en éducation à la sexualité en milieu scolaire et estime que la diffusion, auprès des chefs d'établissements, d'une liste d'associations signataires adhérant à cette approche permettrait de les accompagner efficacement dans le choix des intervenants, dont ils restent, *in fine*, responsables.

Au-delà de l'agrément des structures, se pose la question de la formation de leurs intervenants, notamment sur le plan de la formation continue. L'offre en la matière est insuffisante et conduit certains acteurs associatifs à s'auto-former. Ce défaut d'accès à un cycle de formation continue tend à renforcer l'hétérogénéité des intervenants, de leur approche et du contenu de leurs interventions.

C . Prendre en compte la parole des enfants et des jeunes

L'article 12 de la Convention internationale relative aux droits de l'enfant dispose que « *les Etats parties garantissent à l'enfant qui est capable de discernement le droit d'exprimer librement son opinion sur toute question l'intéressant, les opinions de l'enfant étant dûment prises en considération eu égard à son âge et à son degré de maturité* ». Cet article est interprété par le Comité des droits de l'enfant de l'ONU comme consacrant, au bénéfice des enfants, un droit à la participation, lequel s'applique notamment à l'école. Ainsi, « *dans tous les contextes éducatifs, y compris dans les programmes éducatifs destinés à la petite enfance, il convient de promouvoir le rôle actif des enfants dans un environnement d'apprentissage participatif* »[205].

Les enfants et les jeunes sont à ce jour trop peu associés à la définition, aux niveaux national et académique, des politiques. Ils sont également trop souvent considérés comme de simples bénéficiaires et, à ce titre, peu écoutés lors des séances. Pourtant, la circulaire du 17 février 2003 relative à l'éducation à la sexualité prévoit qu'elle doit partir des représentations et acquis des élèves, ce qui implique nécessairement de leur laisser la parole, et de la prendre en compte.

Plusieurs instances doivent permettre, au sein d'un établissement scolaire, de donner la parole aux élèves, en vue d'organiser un programme d'éducation à la sexualité adapté à leurs attentes. C'est notamment le cas des conseils de vie lycéenne comme des conseils de vie collégiennes récemment mis en place. La représentation des élèves au sein des comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC) est également une manière de favoriser la participation des élèves. Si l'existence de ces instances constitue un progrès, il faut toutefois rappeler que tous les élèves n'y sont pas présents et que leur représentativité est limitée.

[204] *Rapport relatif à l'éducation à la sexualité, Paris,* HCE, *op. cit.*, p. 92.
[205] Comité des droits de l'enfant de l'ONU, observation générale n° 12(2009) sur le droit de l'enfant d'être entendu, CRC/C/GC/12, 20 juillet 2009, p. 22.

Le Défenseur des droits recommande que des dispositifs permettant de recueillir la parole des enfants et des jeunes soient mis en place, notamment au sein des instances représentatives des élèves et des Comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté. Il recommande également que leurs attentes ainsi exprimées soient effectivement prises en compte pour élaborer le projet d'éducation à la sexualité au sein de l'établissement et dans le cadre des parcours santé et citoyenneté des élèves.

Par ailleurs, en dépit des aspects positifs du guide d'accompagnement des équipes éducatives en collège et lycée du ministère de l'Education nationale, récemment mis à jour, qui indique que l'apprentissage « *est lié à des méthodes actives et participatives, mêlant action et réflexion au centre de la démarche éducative* »[206], en pratique, la participation des jeunes reste très formelle, dans le cadre d'une approche « descendante » trop souvent employée. Or, le droit à la participation reconnu aux enfants par la Convention internationale relative aux droits de l'enfant, plaide en faveur d'un inversement de cette tendance. En effet, partir des interrogations des élèves permet notamment de s'assurer que les sujets abordés soient adaptés à leur âge et à leur niveau de développement.

Une telle approche va dans le sens des préconisations du Comité des droits de l'ONU. S'agissant des adolescents, celui-ci estime « *qu'il est important d'adopter une approche axée sur les droits de l'homme reposant sur la reconnaissance et le respect de la dignité et des aptitudes des adolescents, leur autonomisation, leur citoyenneté et leur participation active à leur propre vie, la promotion d'un état de santé, de bien-être et de développement optimal, et la volonté de promouvoir, protéger et mettre en œuvre leurs droits de l'homme, sans discrimination* »[207].

Le rapport du HCE rejoint ces préconisations en rappelant que « *partir des paroles des jeunes en les invitant à s'exprimer, permettra non seulement de les rendre acteurs et actrices de la séance, mais aussi d'évaluer leurs angoisses, leurs interrogations, leurs curiosités afin de proposer les réponses et l'accompagnement les plus adaptés* ».

Dans son récent avis, le Conseil national du sida confirme que « *dans le cadre des séances d'éducation à la vie affective et sexuelle, les jeunes apprécient les approches conçues à partir de leurs préoccupations et de la manière dont ils les expriment eux-mêmes, à l'instar des techniques d'animation de type*

[206] Guide d'accompagnement des équipes éducatives en collège et lycée, Paris, Ministère de l'Education nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche, p. 5.

[207] Comité des droits de l'enfant de l'ONU, observation générale n°20 (2016) sur la mise en œuvre des droits de l'enfant pendant l'adolescence, CRC/C/GC/20, 6 décembre 2016, p. 3.

" brainstorming " ou bien de recueil anonyme de questions écrites fréquemment utilisés pour lancer la discussion collective »[208].

Les échanges entre jeunes sont d'autant plus importants que les « pairs » exercent, en matière de représentations liées à la sexualité, une influence majeure. Ainsi, de nombreux adolescents se tournent vers leurs amis et camarades de classe pour répondre aux questions qu'ils ou elles n'osent pas nécessairement poser à des adultes. Ils doivent donc être facilités.

Le Défenseur des droits recommande que l'ensemble des parties prenantes soit formé aux techniques d'animation permettant de favoriser les échanges entre et avec les jeunes lors des séances d'éducation à la sexualité.

D . Associer les parents

Le rôle des parents dans l'éducation à la sexualité de leurs enfants est primordial. La circulaire du 17 février 2003 relative à l'éducation à la sexualité dans les écoles, les collèges et les lycées, leur reconnait ainsi un « *rôle de premier plan* » en la matière.

Les acteurs de l'éducation à la sexualité que le Défenseur des droits a auditionné dans le cadre de la rédaction de ce rapport ont pourtant fait état d'un changement de contexte depuis la mobilisation contre le dispositif des « ABCD de l'Egalité », dont la mise en place avait été prévue par la loi de refondation de l'école du 8 juillet 2013. Ce dispositif a fait l'objet d'une campagne visant à le décrédibiliser, qui a favorisée de vives inquiétudes chez certains parents d'élèves, notamment sur le volet de la sexualité et le concept de genre. Cette mobilisation a abouti au retrait de ce dispositif expérimental, qui a été remplacé par d'autres outils.

Recommandations du Comité des droits de l'enfant de l'ONU à la France, février 2016 :

Redoubler d'efforts pour combattre les stéréotypes de genre, notamment dans le cadre du plan d'action pour l'égalité, en établissant des objectifs mesurables et un calendrier et en ciblant spécifiquement les enfants à tous les niveaux d'enseignement.

Rendre obligatoires les formations pertinentes destinées aux éducateurs.

Les auditions menées dans le cadre de ce rapport ont pointé la persistance de réserves et de crispations chez certains parents d'élèves, et une forme de réticence, de la part des chefs d'établissements à faire appel aux services des associations spécialisées ; réticence qui s'explique en partie par une crainte de réactions négatives des parents d'élèves[209].

Le Défenseur des droits rappelle que pour être efficace, la politique d'éducation à la sexualité doit impérativement associer

[208] Avis de suivi de recommandations sur la prévention et la prise en charge des IST chez les adolescents et les jeunes adultes, Paris, Conseil national du Sida, janvier 2017, p. 23.
[209] Audition du 27 juin 2017 du Mouvement français pour le planning familial.

les parents des enfants et des jeunes concernés. A cet égard, si la présence de parents au sein des comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté permet d'assurer une certaine participation de ces derniers, elle ne saurait suffire dès lors qu'elle ne concerne pas l'ensemble des parents d'élèves.

Le Défenseur des droits recommande aux équipes pédagogiques et éducatives d'informer les parents, y compris ceux qui sont le plus éloignés de l'institution scolaire, de la politique académique d'éducation à la sexualité et de renforcer les démarches informationnelles et pédagogiques. D'autre part, il leur recommande d'associer les parents au projet d'éducation à la sexualité au sein des établissements afin de s'assurer de leur compréhension des enjeux et, dans la mesure du possible, leur adhésion à la démarche.

Dans ce contexte, le développement d'espaces de dialogue entre les parents d'élèves et les professionnels de l'Education nationale ainsi que les intervenants extérieurs est indispensable pour éviter les incompréhensions, désamorcer les éventuelles crispations, et légitimer le rôle de l'école en matière d'éducation à la sexualité.

Recommandation issue du groupe France du projet « Parlons jeunes » 2017 :

Bien informer les parents pour qu'ils puissent plus facilement en parler avec leurs enfants et qu'ils donnent le même message par exemple lors de portes ouvertes à l'école, ou lors de cafés des parents.

En dehors de l'école, la sexualité reste un sujet sensible dans de nombreuses familles et certains jeunes rencontrent des difficultés pour aborder le sujet. Une enquête réalisée auprès d'élèves de 4e et de 3e a montré que 59 % des élèves n'avaient jamais parlé de sexualité avec leur mère et que 80 % n'avaient pas abordé le sujet avec leur père[210].

Dans l'ensemble, les parents semblent freinés, pour aborder le sujet, par une volonté de respecter la vie privée de leurs enfants et restent à ce jour trop peu informés pour participer efficacement à l'éducation à la sexualité de ces derniers. Dans ces conditions, ils peuvent, parfois malgré-eux, participer à une désinformation tout à fait contre-productive.

La stratégie nationale de santé sexuelle adoptée en mars 2017 aborde très succinctement la question du rôle parental dans l'éducation à la sexualité. Elle prévoit à cet égard de « *renforcer les compétences des parents en éducation à la santé sexuelle de leurs enfants, en mettant à leur disposition des outils adaptés, et en s'appuyant sur les dispositifs existants : au sein de l'Education nationale (espaces parents, mallette des parents, Eduscol…), dans les Caisses d'Allocations familiales (CAF), les mairies, via les médiateurs de santé associatifs, etc.* »[211]. L'Union nationale des associations familiales (UNAF) a, à cet égard, regretté que l'information et l'éducation des parents ne fassent pas l'objet de plus de développements au sein de la stratégie nationale de santé sexuelle[212].

[210] Dominique Berger et al., « Éducation à la sexualité : conceptions des élèves de 4e et 3e en collège et SEGPA », *Santé Publique* 2015/1 (Vol. 27), p. 17-26.
[211] Stratégie nationale de santé sexuelle, Paris, Ministère des Affaires sociales et de la Santé, p. 19.
[212] Contribution au rapport annuel du Défenseur des droits sur les droits de l'enfant, juin 2017.

Si un renforcement de la pédagogie à l'égard des parents peut les aider à aborder plus aisément le sujet avec leurs enfants, il convient néanmoins de respecter la volonté et l'intimité de ces derniers, notamment de ceux qui ne souhaiteraient pas échanger avec leurs parents sur la question. **Le droit de l'enfant à émettre une opinion sur une situation qui le concerne comprend pour ce dernier le droit de se taire**[213].

Conscient des enjeux majeurs liés à l'éducation à la sexualité des enfants et des adolescents en France, le Défenseur des droits avait déjà interpellé le Comité des droits de l'enfant de l'ONU dans son rapport d'appréciation remis en 2015 dans le cadre de l'examen périodique de la France devant le Comité. Il avait alors recommandé « *de continuer à développer les actions d'information et d'éducation à la sexualité notamment par les centres de planification ou en milieu scolaire* ». Deux ans plus tard, il souhaite réitérer cette recommandation, qui est toujours d'actualité.

Recommandation issue du groupe France du projet « Parlons jeunes » 2017 :

Appliquer la loi, et organiser l'éducation à la sexualité à l'école dès la maternelle, en adaptant l'éducation à la sexualité en fonction de l'âge.

La stratégie nationale de santé sexuelle, adoptée en mars 2017, constitue une impulsion politique favorable en fixant l'objectif d'atteindre en 2023 un taux de 100 % de jeunes ayant bénéficié, tout au long de leur scolarité, d'une éducation de qualité à la sexualité et aux risques liés. Elle doit désormais être déclinée sur le terrain opérationnel et donc pleinement appropriée par l'ensemble des différents acteurs : agences régionales de santé mais également académies, rectorats, responsables de structures accueillant des jeunes, *etc*.

La DGESCO reconnait qu'aucune enquête n'est réalisée au sein des établissements scolaires et estime qu'il est difficile d'évaluer l'effectivité de l'obligation légale de dispenser trois séances annuelles d'éducation à la sexualité à chaque classe d'âge, en particulier à l'école primaire.

Dans ces conditions, le Défenseur des droits s'inquiète des capacités de l'administration à évaluer le chemin à parcourir avant de parvenir à l'objectif ambitieux que fixe la stratégie nationale de santé sexuelle.

Le Défenseur des droits recommande au ministre de l'Education nationale qu'une évaluation qualitative et quantitative de la mise en œuvre de l'éducation à la sexualité en milieu scolaire soit assurée à échéance 2023, en lien avec l'objectif fixé par la stratégie nationale de santé sexuelle.

Au-delà de l'effectivité du nombre de séances effectivement réalisées chaque année, l'objectif fixé par la stratégie nationale de santé sexuelle est également qualitatif. Pour construire une éducation à la sexualité de qualité, ayant pour principe l'égalité des sexualités et des sexes, il est donc nécessaire de revoir les outils existants, et d'associer davantage l'ensemble des parties prenantes : personnels de l'Education nationale, intervenants extérieurs, parents et enfants.

[213] Rapport 2013 consacré aux droits de l'enfant, « L'enfant et sa parole en justice », Paris, Défenseur des droits, novembre 2013.

9 recommandations pour l'éducation à la sexualité

Recommandation 1

Le Défenseur des droits recommande aux différentes parties prenantes de l'éducation à la sexualité d'adopter une approche globale de la sexualité, intégrant ses aspects affectifs, psychologiques et sociaux au même titre que ses aspects reproductifs.

Recommandation 2

Le Défenseur des droits recommande au ministre de l'Education nationale de remanier en profondeur le guide du formateur dans le sens d'une approche globale de l'éducation à la sexualité en milieu scolaire et qu'il mette l'accent sur l'égalité entre les sexes, les orientations et pratiques sexuelles et les identités de genre, ainsi que sur la lutte contre les stéréotypes de genre, les discriminations et les violences.

Recommandation 3

Le Défenseur des droits recommande au ministre de l'Education nationale de renforcer la formation, initiale et continue, dispensée au personnel de l'Education nationale et de produire des outils pédagogiques adaptés aux plus jeunes et tenant compte des stades de développement de l'enfant pour les personnes qui assurent l'animation des séances, qui restent à ce jour, peu formées.

Recommandation 4

Le Défenseur des droits recommande au ministre de l'Education nationale d'élaborer une charte d'intervention en éducation à la sexualité en milieu scolaire et de diffuser, auprès des chefs d'établissements, une liste d'associations signataires adhérant à cette approche afin de les accompagner efficacement dans le choix des intervenants.

Recommandation

5

Le Défenseur des droits recommande que des dispositifs permettant de recueillir la parole des enfants et des jeunes soient mis en place, notamment au sein des instances représentatives des élèves et des Comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté. Il recommande également que leurs attentes ainsi exprimées soient effectivement prises en compte pour élaborer le projet d'éducation à la sexualité au sein de l'établissement et dans le cadre des parcours santé et citoyenneté des élèves.

Recommandation

6

Le Défenseur des droits recommande que l'ensemble des parties prenantes soit formé aux techniques d'animation permettant de favoriser les échanges entre et avec les jeunes lors des séances d'éducation à la sexualité.

Recommandation

7

Le Défenseur des droits recommande aux équipes pédagogiques et éducatives d'informer les parents, y compris ceux qui sont le plus éloignés de l'institution scolaire, de la politique académique d'éducation à la sexualité et de renforcer les démarches informationnelles et pédagogiques. D'autre part, il leur recommande d'associer les parents au projet d'éducation à la sexualité au sein des établissements afin de s'assurer de leur compréhension des enjeux et, dans la mesure du possible, de favoriser leur bonne appropriation de la démarche.

Recommandation

8

Le Défenseur des droits recommande au ministre de l'Education nationale qu'une évaluation qualitative et quantitative de la mise en œuvre de l'éducation à la sexualité en milieu scolaire soit assurée à échéance 2023, en lien avec l'objectif fixé par la stratégie nationale de santé sexuelle.

Recommandation

9

Le Défenseur des droits attire l'attention des pouvoirs publics sur le phénomène de prostitution occasionnelle de mineurs et les encourage à engager des démarches visant à renforcer la connaissance de ce phénomène, à prévenir ces situations, à mettre en place les actions adaptées et améliorer la protection et l'accompagnement des jeunes concernés.

Conclusion

Avec la création d'un dispositif de suivi collectif des observations du Comité des droits de l'enfant de l'ONU, le Défenseur des droits s'est doté d'un outil pour mesurer dans la durée les progrès faits par la France dans la défense et la promotion des droits de l'enfant.

Cette première évaluation, faite deux ans après le rapport soumis par l'Etat français au Comité en 2015, a permis de souligner certains progrès, notamment dans le champ de la santé et de l'éducation à la sexualité. Il faut ainsi saluer la volonté politique affichée par l'Etat français afin de structurer davantage ses politiques autour des droits de l'enfant, en particulier dans le cadre de la loi santé de 2016 ou de la réforme de la protection de l'enfance de mars 2016, ainsi que dans l'élaboration de plans pluriannuels comme le Plan ministériel de lutte contre les violences faites aux enfants 2017-2019 ou le volet enfants de la stratégie nationale de santé 2017-2022. Reste aujourd'hui à s'assurer que les moyens matériels et humains mis au service de ces politiques seront à la hauteur des ambitions affichées.

Cette évaluation a aussi permis de mettre en lumière des situations qui appellent des réactions urgentes des pouvoirs publics : la situation des enfants en bidonville, des mineurs isolés étrangers ou des enfants en situation de handicap reste ainsi alarmante, spécialement s'agissant de la prise en charge de leurs problématiques de santé qui tendent à passer au second plan. Le Défenseur des droits fait à cet égard plusieurs recommandations pour mieux prendre en compte les difficultés rencontrées par ces enfants.

La démarche du Défenseur des droits, attachée à l'effectivité des droits, sera de continuer à s'assurer, année après année, des progrès faits par la France dans la mise en œuvre de la CIDE et des recommandations du comité des droits de l'enfant. Il continuera à le faire en privilégiant la démarche la plus collective possible, associant largement la société civile, mais également les enfants eux-mêmes ; à commencer par les enfants les plus vulnérables, qui sont à la fois ceux qui souffrent le plus de la non-effectivité des droits et ceux qu'on écoute le moins quand il s'agit de progresser dans la garantie des droits.

Annexes

Liste des contributions, auditions et réunions de travail

Associations et Institutions

Association Amicale du Nid 75

Association Charonne

Agir Contre la Prostitution des Enfants (ACPE)

Association Défense des Enfants International (DEI)

Agir Ensemble pour les Droits de l'Enfant (AEDE)

Association France Terre d'Asile (FTDA)

Association Hors la Rue

Association Intermèdes Robinson

Association Médecins du Monde

Association Nationale des Puéricultrices Diplômées et des Étudiants (ANDPE)

Association Pédiatres du Monde

Association pour l'Accueil des Voyageurs (AŠAV)

Association Sparadrap

Conseil National de l'Ordre des Médecins

Direction Générale de l'Enseignement Scolaire (DGESCO)

Fédération des Associations de Protection de l'Enfant (CNAPE)

Mouvement Français pour le Planning Familial

Union Nationale des Associations Familiales (UNAF)

Société Française de Pédiatrie Médico-Légale

Syndicat National des Infirmiers et Infirmières Educateurs de Santé (SNIES-UNSA Education)

Syndicat National des Médecins de PMI (SNMPMI)

Syndicat national des Médecins Scolaires et Universitaires (SNMSU-UNSA Education)

Syndicat National Unitaire des Instituteurs, Professeurs des Ecoles et PEGC, affilié au FSU (SNUIpp-FSU)

Personnes qualifiées

Anne Fernandes, doctorante en sociologie à l'Université de Lorraine, spécialisée en éducation à la sexualité

Yaelle Amsellem – Mainguy, chargée d'étude et de recherche, Institut national de la jeunesse et de l'éducation populaire (INJEP)

Marie Mengotti, doctorante en sociologie à l'Université Paris 10, spécialisée en éducation à la sexualité

Danièle Sommelet, Professeur de pédiatrie

Liste des associations ayant participé aux ateliers organisés par le Défenseur des droits le 7 juin 2017

Agir Contre la Prostitution des Enfants (ACPE)

—

Apprentis d'Auteuil

—

Association Française des Psychologues de l'Éducation Nationale (AFPEN)

—

Autisme France

—

CIMADE

—

Conseil Français des Associations pour les Droits de l'Enfant (COFRADE)

—

Collectif Contre la Traite des Etres Humains

—

Collectif Contre l'Esclavage Moderne

—

Collectif Education contre les LGBTphobies en milieu scolaire

—

Collectif National Droits de l'Homme Romeeurope (CNDH Romeurope)

—

Convention Nationale des Associations de Protection de l'Enfant (CNAPE)

—

Enfance : Télé - Danger

—

End Child Prostitution in Asian Tourism (ECPAT)

—

Eveil

—

Fédération des Acteurs de la Solidarité (FAS)

—

Fédération Française d'associations de représentation et de défense des intérêts des personnes handicapées mentales et de leurs familles (UNAPEI)

—

Fédération Française des Dys

—

Fédération Nationale des ADEPAPE

—

Fondation pour l'Enfance

—

France Terre d'Asile

—

ICEM Pédagogie Freinet

—

La Voix de l'Enfant

—

Les Francas

—

Médecins du Monde

—

Observatoire de la Violence Educative Ordinaire (OVEO)

—

SOS Villages d'Enfants Adéquations

—

Sparadrap

—

Syndicat National Unitaire des Instituteurs, Professeurs des Écoles et PEGC, affilié à la FSU (Snuipp FSU)

—

UNICEF France

—

Union Nationale des Associations Familiales (UNAF)

—

Union Nationale Interfédérale des Œuvres et Organismes Privés Sanitaires et Sociaux (UNIOPSS)

—

Liste des sigles

ACS : Aide au paiement d'une complémentaire santé

ACPE : Agir contre la prostitution des enfants

AME : Aide médicale de l'État

APCE : Assemblée parlementaire du conseil de l'Europe

ARS : Agence régionale de santé

AŠAV : Association pour l'accueil des voyageurs

ASE : Aide sociale à l'enfance

CAMSP : Centre d'action médico-sociale précoce

CAF : Caisse d'allocations familiales

CASF : Code de l'action sociale et des familles

CASNAV : Centre académique pour la scolarisation des enfants allophones nouvellement arrivés et des enfants issus de familles itinérantes et de voyageurs

CDU : Commission des usagers

CEDH : Cour européenne des droits de l'Homme

CESC : Comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté

CGET : Commissariat général à l'égalité des territoires

CHAR : Centre hospitalier Andrée-Rosemon de Cayenne

CHM : Centre hospitalier de Mayotte

CIDE : Convention internationale relative aux droits de l'enfant

CIDPH : Convention internationale relative aux droits des personnes handicapées

CMPP : Centre médico-psycho-pédagogique

CMU : Couverture maladie universelle

CMU-C : Couverture maladie universelle complémentaire

CNAM : Caisse nationale de l'assurance

CNAPE : Convention nationale des associations de protection de l'enfant

CNCDH : Commission nationale consultative des droits de l'Homme

CNDH Romeeurope : Collectif national droits de l'homme Romeeurope

CNPE : Conseil national de protection de l'enfance

CP : Cours préparatoire

CPAM : Caisse primaire d'assurance maladie

CRIP : Cellule départementale de recueil des informations préoccupantes

CSSM : Caisse de sécurité sociale de Mayotte

DGCS : Direction générale de la cohésion sociale

DGESCO : Direction générale de l'enseignement scolaire

DIHAL : Délégation interministérielle pour l'hébergement et l'accès au logement

DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

DTPJJ : Direction territoriale de la protection judiciaire de la jeunesse

EACH : Association européenne des enfants hospitalisés

ENOC : Réseau européen des défenseurs des enfants

ESSMS : Etablissements et services sociaux et médico-sociaux

EVASAN : Procédure d'évacuation sanitaire

FHF : Fédération hospitalière de France

FNFPE : Fonds national de financement de la protection de l'enfance

GPA : Gestation pour autrui

HAS : Haute autorité de santé

HCE : Haut Conseil à l'Egalité entre les femmes et les hommes

HCSP : Haut Conseil de la Santé publique

IGA : Inspection générale de l'administration

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

IGSJ : Inspection générale des services judiciaires

INED : Institut national d'études démographiques

INJEP : Institut national de la jeunesse et de l'éducation populaire

INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques

IST : Infection sexuellement transmissible

IVG : Interruption volontaire de grossesse

MDPH : Maison départementale des personnes handicapées

MIE : Mineur isolé étranger

MIPROF : Mission interministérielle de protection des femmes contre les violences et de lutte contre la traite des êtres humains

MNA : Mineur non accompagné

OMS : Organisation Mondiale de la santé

ONU : Organisation des Nations-Unies

PASS : Permanence d'accès aux soins de santé

PJJ : Protection judiciaire de la Jeunesse

PMI : Protection maternelle et infantile

PPE : Projet pour l'enfant

PUCA : Plan Urbanisme Construction Architecture

Puma : Protection Universelle Maladie

RIB : Relevé d'identité bancaire

SEGPA : Section d'enseignement général et professionnel adapté

SESSAD : Service d'éducation spéciale et de soins à domicile

SNATED : Service national d'accueil téléphonique de l'enfance en danger

SNMSU-UNSA Education : Syndicat National des Médecins Scolaires et Universitaires - Union Nationale des Syndicats Autonomes

SNS : Stratégie nationale de santé

SROS : Schémas régionaux d'organisation sanitaire

SVT : Sciences de la vie et de la terre

TPMR : Transport Pour Personne à Mobilité Réduite

T2A : Tarification à l'activité

UAMJP : Unité d'accueil médico judiciaire pédiatrique

UNAF : Union nationale des associations familiales

UNICEF : Fonds des Nations-Unies pour l'enfance

VIH : Virus de l'immunodéficience humaine

VSL : Véhicule sanitaire léger

Références

Vous trouverez ci-dessous les documents qui ont servi à la réalisation de ce rapport :

Texte intégral des observations finales du Comité des droits de l'enfant de l'ONU, CRC/C/FRA/CO/5, Convention relative aux droits de l'enfant, 23 février 2016.

(A lire sur le site www.unicef.fr)

—

Tableau sur l'applicabilité directe de la Convention internationale relative aux droits de l'Enfant.

(A lire sur le site www.defenseurdesdroits.fr)

—

Déclaration ENOC : « Vie affective et éducation à la sexualité : le droit pour les enfants d'être informés », 21 septembre 2017.

(A lire sur le site enoc.eu)

—

Recommandations des jeunes conseillers, ENOC 2017 : Education à la vie affective et à la sexualité.

(A lire sur le site enoc.eu)

—

Défenseur des droits

TSA 90716 - 75334 Paris Cedex 07

Tél. : 09 69 39 00 00

www.defenseurdesdroits.fr

Toutes nos actualités :

www.defenseurdesdroits.fr

Défenseurdesdroits

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

© 11/2017 - Défenseur des droits