Protection de l'enfance
XIX–XXe siècles

Pour citer cet article :

« Session d'études : les enfants victimes de mauvais traitements », 16 au 19 décembre 1974, École nationale de la santé publique. Cote AS-208-XXXIV-7, fonds Pierre Straus, Archives nationales.

ECOLE NATIONALE
DE LA
SANTE PUBLIQUE

-=-

SESSION D'ETUDE

LES ENFANTS VICTIMES DE MAUVAIS TRAITEMENTS

16 AU 19 DECEMBRE 1974

LUNDI 16 DECEMBRE

14 h.	Ouverture et accueil Monsieur le docteur CAYLA, directeur de l'Ecole Objectifs de la session Mme PECHABRIER, sous directeur de la famille, et de l'enfance M. DESMOTTES, professeur honoraire, responsable du département des Sciences et techniques sociales, Rapporteur général
15 h à 16 h 30	Communication de M. le docteur STRAUS , directeur de l'institut de pédiatrie sociale à l'Hôpital Necker
17 h à 18 h.	Première séance de groupe sur l'ampleur du problème

MARDI 17 DECEMBRE

9 h à 12 h. et 14 h à 16 h.	Deuxième séance de groupe sur les actions de prévention, de dépistage précoce, des situations d'enfants victimes de mauvais traitements
16 h 30 à 18 h	1ère synthèse générale des réflexions de groupe

MERCREDI 18 DECEMBRE

9 h à 10 h 30	Communication de M. X... Sur la protection judiciaire des enfants victimes de mauvais traitements
10 h 30 à 12 h et 14 h à 17 h.	3ème séance de groupe sur les conduites à tenir dans les cas de mauvais traitements à enfants vis à vis des enfants vis à vis des adultes
18 h à 19 h 30	Synthèse générale des réflexions de groupe

.../...

Ecole Nationale
de la
Santé Publique
-=-=-

S E S S I O N D' E T U D E

sur

LES ENFANTS VICTIMES DE MAUVAIS TRAITEMENTS.

16-19 décembre 1974.

RAPPORT GENERAL présenté par

Monsieur Georges DESMOTTES,
professeur honoraire,
chef du département "sciences et techniques sociales".

C'est à la demande de Madame le ministre de la Santé que cette session d'étude a été convoquée sur le thème des enfants victimes de mauvais traitements. Le problème des "enfants martyrs" n'est pas nouveau. Il ne semble qu'il ait connu de nouveaux développements à l'époque récente, mais il vient de faire l'objet d'une double recherche poursuivie sur le plan médical et hospitalier en premier lieu à PARIS sous la direction de Monsieur le docteur STRAUS, directeur de l'Institut de pédiatrie sociale à l'hôpital NECKER et dont la direction de l'action sociale a souligné tout l'intérêt au moment de la mise en place des commissions du VII° Plan.

Les premières constatations de cette étude ont fait l'objet d'un premier rapport. Le moment a paru venu d'organiser une confrontation plus large sur le plan national avec les représentants des principales disciplines ainsi que des institutions et services concernés par le dépistage, le traitement et la prévention de ce mal social , c'est ainsi qu'ont pu être réunis à l'Ecole nationale de la santé près de soixante participants aussi divers :assistants sociaux des services de prévention, de protection maternelle et infantile, de santé

.../...

scolaire médecins et psychologues de l'enfance, inspecteurs de l'action sanitaire et sociale et représentants des administrations centrales intéressées : ministère de l'Education, ministère de la Justice (direction des affaires criminellles et direction de l'éducation surveillée), ministère de la Santé (direction de l'action sociale et direction générale de la santé). La présence de représentants du Conseil de l'ordre des médecins assurait la participation nécessaire de médecins praticiens.

A cette session il était donc demandé, par une mise en commun de tant d'expériences variées, permettant une interrogation réciproque, d'élargir si possible les investigations de la recherche parisienne et de présenter en vue d'une étape ultérieure de décisions et de campagnes sur le plan national, des suggestions concrêtes en particulier sur le double terrain du dépistage et de la prévention.

Dès les premières réunions de groupes, il est apparu que la difficulté n'était pas seulement de combattre ou de prévenir les mauvais traitements dont les enfants peuvent être victimes mais d'abord de les appréhender dans leur nature exacte.

Quatre ordres de réflexion ont donc été successivement proposés aux groupes :

- l'analyse de la notion de mauvais traitements,
- le dépistage des enfants en situation de danger,
- la mise en oeuvre coordonnée des professions, institutions et services concernés pour une prévention effective,
- les suites du signalement.

En même temps que se dessinait le programme, s'affirmait la conscience plus grande des difficultés du problème, celle de le cerner, celle plus encore d'en prévenir les manifestations.

.../...

- I -

L'ANALYSE DE LA NOTION DE MAUVAIS TRAITEMENTS.

L'analyse de la notion de mauvais traitements à enfants se trouve enrichie par l'étude hospitalière poursuivie depuis dix ans à l'Hôpital Bretonneau et dont le premier rapport du groupe de pédiatrie sociale présente les conclusions. Le docteur STRAUS a bien voulu actualiser pour la session les commentaires de son rapport. Il s'agit d'une base d'observations jusqu'ici mal connues.

265 cas d'enfants hospitalisés ont été retenus, regroupant à la fois des enfants victimes de sévices certains et d'autres pour lesquels les sévices ont été simplement suspectés, la question restant posée de savoir s'il s'agit de brutalités volontaires ou d'accidents, de négligences graves ou d'incapacité parentale. Sur ces 265 cas, 70 observations ont été choisies pour un effort systématique d'investigations de l'environnnement social et familial. En même temps que se poursuivait cette recherché hospitalière, une double enquête de secteur était réalisée dans deux communes de la proche banlieue parisienne, MONTROUGE et VITRY. Simultanément sous l'impulsion du Professeur NEIMANN, une recherche semblable était effectuée à NANCY tant dans le milieu hospitalier que dans la commune de LAXOU et aboutissait à l'observation de 49 cas.

Le docteur STRAUS nous permettra en lui redisant la gratitude de l'Ecole et des participants de la session, de ne pas chercher à faire ici une vaine paraphrase de ses écrits et de ses propros. Nous les retrouverons au fur et à mesure que l'analyse des travaux de groupe soulignera l'accord de ceux-ci avec les constatations de la recherche parisienne.

.../...

1 - La première question était celle de <u>la définition des mauvais traitements.</u> Il faut se garder de donner au terme de définition un sens formel. Les groupes ont donc été conduits à une analyse des sens aussi différents que revêt cette notion de mauvais traitement. Il s'agissait tout d'abord, au sens pénal du mot, de sévices caractérisés par des traumatismes et laissant des séquelles physiques. A la vérité la session est unanime à enregistrer qu'il n'y a pas aggravation du phénomène. Le nombre des "enfants martyrs" n'est pas en voie d'accroissement ; on peut penser que c'est un des fruits du progrès de la protection judiciaire, sociale et médico-sociale de l'enfance. Au seuil d'une réflexion qui conduira sans doute à en souligner les imperfections, il était juste d'enregistrer cette constatation à l'actif de ces institutions de protection des mineurs.

Si les mauvais traitements appellent d'une manière moins fréquente l'intervention des services répressifs, ils n'en sont pas moins ressentis avec une sensibilité particulière par l'opinion et par la presse, également prompte à dénoncer avec émotion les faits qui leur sont connus et à souligner aussi tantôt les carences des interventions publiques tantôt les aspects pour eux intempestifs de certaines mesures de protection. Enregistrons que cette sensibilité émoussée et qui pourrait être éduquée, traduit un autre progrès : celui du respect de la personne de l'enfant et de la connaissance de ses droits.

A côté des sévices proprement dits qui correspondent au "syndrome des enfants battus" selon le pédiatre américain KEMP, l'observation détecte autre chose que des traces de coups, des ecchymoses, des morsures, des brûlures, des enfants en danger physique ou moral qui souffrent de mal-nutrition, de manque de soins ou d'attitudes éducatives de rigidité ou d'abstention, qui équivalent à des mauvais traitements. Les participants de la session les ont partout constatés. En majorité les lésions sont mineures. Le docteur STRAUS apporte une précision : sur 130 cas étudiés, 20 seulement avaient fait l'objet de sévices caractérisés.

.../...

Un état aussi déficient échappe difficilement au regard des directrices et institutrices d'écoles maternelles. Nous en reparlerons à propos du dépistage.

Dans cette analyse des enfants maltraités, la session souligne l'identité des problèmes des enfants qui manifestent des troubles de leur état général sur le plan psycho-somatique. Les groupes ont approfondi la notion du rejet de l'enfant par son environnement familial. Le plus souvent la manifestation physique d'un mauvais traitement fait apparaître un état de danger dont la gravité est prééminente.

2 - Existe-t-il une typologie des parents d'enfants victimes ?
Les groupes ont observé certains traits qui se retrouvent avec une certaine fréquence dans les cas de mauvais traitements. On a noté la condition économique défavorisée des parents, le caractère marginal de certaines familles, en particulier de migrants, la débilité qui est souvent le fruit d'une ascendance mentale également débile mais il convient de mettre en relief l'analyse faite du comportement des couples.

Une maternité non désirée, l'impossibilité d'élever l'enfant dès les premières années et le sentiment de retrouver un intrus lorsqu'il revient du placement nourricier. La dislocation de la rdation parents-enfants, la présence insupportable de l'enfant né d'une liaison passagère et qui n'est pas vraiment accueilli au foyer des parents qui se sont mariés ou mis en ménage. C'est le problème des mères célibataires qui se marient ou vivent en concubinage et qui à ce moment rejettent l'enfant né hors de cette union.

L'âge des enfants victimes est souvent celui de la première enfance. Les participants relèvent qu'ils sont généralement très jeunes, de 0 à 2 ans, car après ils sont plus autonomes. Cependant les cas d'enfants plus âgés ne sont pas exceptionnels.

.../...

Pour certains enfants qui ont posé des problèmes (énurésie par exemple) les parents, eux-mêmes affectivement perturbés, répondent par des brutalités. Les parents en cause peuvent aussi bien être le père que la mère. Dans un couple la mère quelquefois n'ose pas défendre ses enfants si elle est elle-même brutalisée.

Certains membres des groupes évoquent le cas d'enfants maltraités par des nourrices ou des gardiens, notamment certains débiles placés en milieu rural et qui sont l'objet d'une exploitation par leurs gardiens. Aucun service n'est à l'abri des conséquences regrettables de certains placements. Il y a d'autre part un lien entre certains phénomènes de rejet constatés dans des couples perturbés et ces décisions de placement prises par tel ou tel service sans une enquête psycho-sociale approfondie. Quiconque a l'expérience du travail social sait combien il est souvent difficile de décider d'un placement. Il ne faut pas inciter à l'inaction ceux qui ont la redoutable responsabilité d'une telle décision mais on doit cependant observer combien sont "destructurantes" certaines mesures, soit que le retrait de l'enfant intervienne après une insuffisante analyse des données psycho-sociales, soit parce qu'il s'effectue dans un climat familial qui demeure perturbé et le sera encore si l'enfant revient.

De cette analyse les groupes ont conclu, avec le docteur STRAUS que le sort des enfants victimes de mauvais traitements ne se séparait pas de la protection générale de l'enfance en danger. Mais ayant rencontré le problème avec toutes ses complexités et ses nuances, les participants relèvent l'extrême difficulté de détecter à temps de telles situations. C'est vrai, des sévices corporels que connaîtront le gendarme, le juge et peut-être le chirurgien. C'est encore plus vrai de l'état de danger moral que seul l'oeil attentif des éducateurs familiers de l'enfant peut déceler. Parler de la difficulté de la preuve des sévices ou de l'abandon moral revenait à aborder le problème du dépistage qui devait constituer notre second thème.

.../...

-II -

LE DEPISTAGE DES ENFANTS EN SITUATION DE DANGER.

Le dépistage pourrait être l'oeuvre de plusieurs catégories de travailleurs sociaux, d'éducateurs, de médecins. La session a constaté qu'il était principalement le fait des travailleurs sociaux et des écoles maternelles.

1 - Parmi les travailleurs sociaux les groupes ont caractérisé l'intervention des assistants sociaux, des travailleuses familiales, des puéricultrices. Ces dernières dont l'intervention dans les services de protection maternelle et infantile est particulièrement qualifiée, sont malheureusement en nombre restreint. Si l'effectif des travailleuses familiales est plus important, il est cependant loin de correspondre à la satisfaction des besoins des familles auxquelles elles apportent une aide éducative par une double action matérielle et morale dont les résultats, partout où elles peuvent intervenir, sont fructueux. On enregistre en ce sens l'effort financier de certains conseils généraux pour l'équipement efficace du service de prévention. Cependant déjà on doit noter, comme le docteur STRAUS, les difficultés ressenties par la travailleuse familiale parce qu'elle a la confiance des familles, pour s'insérer dans une action de signalement.

Les interventions les plus fréquentes devraient donc être celles des assistantes sociales, mais dans certains secteurs elles répugnent au signalement pour s'en tenir à leur vocation générale d'aide, craignant de compromettre leur possibilité d'influence par une action qui peut déboucher sur un ensemble de procédures administratives ou judiciaires, même si elles sont à finalité sociale.

.../...

Quand elles assument les responsabilités qui leur sont confiées dans la protection maternelle et infantile, les assistantes de secteur marquent leur préférence pour réaliser cette action d'aide en dehors des visites systématiques. Il leur est fait parfois grief de recevoir dans les écoles sociales une formation moins ouverte aux problèmes médico-sociaux. Certains groupes ont nuancé ce jugement en constatant que peu de mois après leur prise en charge d'un secteur, les nouvelles assistantes assument sur ce point la plénitude de leurs responsabilités.

Comme les travailleurs sociaux, l'Ecole joue un rôle essentiel dans la détection des sévices, des rejets ou des négligences plus ou moins graves. Le docteur STRAUS rappelle à bon droit que 20% des enfants de 2 à 3 ans, 60% des enfants de plus de 3 ans fréquentent l'école maternelle. Dans l'enquête parisienne de secteur, plus d'un tiers des cas ont été signalés par des directrices d'écoles maternelles.

Un groupe analyse utilement les mécanismes du signalement au niveau scolaire avec l'intervention de l'inspection académique et l'évocation par la commission médico-pédagogique. Parfois s'il s'agit d'un cas grave, le signalement suit à la direction départementale de l'action sanitaire et sociale. Généralement l'enseignant s'adresse à l'assistante sociale scolaire ou à l'assistante de secteur, en faisant appel au médecin de santé scolaire et à l'inspecteur du service de l'enfance. Les décisions sont prises en accord avec la famille, après consultation du médecin traitant. Lorsque existe la circonscription d'action sanitaire et sociale, le dépistage de l'assistante sociale de secteur débouche sur l'équipe pluridisciplinaire de la circonscription. Nous retrouverons comme l'une des rares procédures de coordination utilisable la circonscription du service unifié de l'enfance. Elle apparaît ici, au stade du dépistage et du signalement, comme un rouage utile, proche de la base.

.../...

2 - L'intervention des médecins a été évoquée à plusieurs titres, tant dans le rapport originaire de l'équipe parisienne que dans les échanges des groupes et les réunions de synthèse. Les observations faites dans les hôpitaux de PARIS ont posé le problème du rôle du médecin praticien. La session a retenu qu'au cours de l'enquête de secteur dans la banlieue parisienne, les interviews d'un médecin pédiatre près de trente médecins praticiens ont révélé que, sauf deux d'entre eux, ils n'avaient pas eu connaissance dans leur clientèle d'enfants en danger.

Un certain nombre de précisions et de nuances ont été apportées à ce constat, qu'il semble utile de regrouper ici. Le médecin généraliste est par nécessité seul ; lorsqu'il rencontre des enfants victimes de sévices, il ne les connaît que par le voisinage et son observation est seulement éclairée par l'assistante sociale du quartier.

Les médecins, participant à nos échanges, ont tenu à distinguer dans leur comportement, la délivrance du certificat médical de la relation coopérente qu'un certain nombre d'entre eux ne refuse pas d'avoir avec les services sociaux et judiciaires. Le certificat médical est un constat qui a l'apparence de l'objectivité scientifique, qui permet une certaine action et parfois déclenche toute une procédure. Mais il ne reflète pas l'opinion que le médecin a de l'environnement familial qu'il peut connaître. On a évoqué une certaine ignorance des institutions sociales et judiciaires, des difficultés de communications, le danger des procédures d'urgence. L'angoisse que l'on éprouve devant les enfants battus est telle qu'on prend des décisions ponctuelles sans tenir compte toujours du tissu social.

Certes les médecins ne sont pas toujours coopérants par peur d'être perçus comme pris dans une situation de dénonciation. Ils se sentent porteurs, eux aussi, eux d'abord, d'une vocation d'aide qui leur semble commander une certaine distanciation mais en réalité, ils ne refusent pas le contact personnel avec tous ceux qui peuvent être appelés sur le plan social ou judiciaire à prendre une mesure de protection.

.../...

-III -

LA MISE EN OEUVRE D'UNE ACTION DE PROTECTION COORDONNEE.

Parler de dépistage ce devrait être évoquer la difficulté d'établir un diagnostic pour un médecin, a fortiori pour un instituteur et de même la difficulté de définir la nature du danger : les critères varient selon les spécialités et presque suivant les personnes.

Parler de dépistage ce devrait être aussi constater la nécessité d'une coordination des services en cause et pour ce faire d'une concertation entre ceux qui assument leur marche. La diversité des sources est indispensable pour être informé et pour choisir la suite à donner ; elles doivent émaner de toutes les personnes impliquées et pouvoir être appréciées et enrichies par des personnes pouvant prendre quelque recul.

Le docteur STRAUS avait déploré un extrême cloisonnement des institutions, l'ignorance, l'incompréhension, parfois l'agressivité des professions entre elles et des différentes fonctions les unes par rapport aux autres. La session ne pouvait pas esquiver un tel obstacle. Il ne s'agissait pas d'ouvrir un procès réciproque mais en termes dépouillés de tout caractère agressifs, d'enregistrer le rapprochement, la convergence, mieux la coopération sinon des structures, du moins des hommes, car elle peut exister. La voix de la province a suggéré deux formules, l'une déjà expérimentée, l'autre à développer ou à revivifier.

1 - On a cité l'expérience girondine du service unifié de l'enfance. Elle part du secteur polyvalent et va à l'équipe pluridisciplinaire de circonscription, c'est-à-dire qu'elle s'appuie sur la base quant à la détection des besoins et à la mobilisation de toutes les ressources pour les satisfaire. Elle débouche au niveau de groupements de circonscriptions sur une concertation plus large à laquelle participent le juge des enfants, l'inspecteur de l'aide à l'enfance, le médecin de P.M.I..

.../...

S'il y a urgence, une décision décentralisée peut intervenir qui s'appuie de fait sur la consultation de l'équipe où les techniciens de plusieurs disciplines peuvent exprimer leur avis et ceci sans dépossession aucune des attributions légales et réglementaires des coopérants. La multiplication d'interventions diversifiées se trouvent naturellement freinée. On enregistre en même temps une connaissance directe des structures, des environnements, des possibilités de solution.

Plusieurs participants dans les groupes ont fait valoir que dans leur département, la mise en place progressive des circonscriptions du service unifié de l'enfance permettait déjà d'envisager un avenir meilleur pour la coordination des activités des services de protection. Dès le secteur, on note une concertation fructueuse des divers types de travailleurs sociaux et médico-sociaux.

Ceci pour la solution des cas individuels ou la solution collective, localement, de plusieurs d'entre eux.

2 - Au niveau départemental, deux groupes ont appelé l'attention sur les possibilités qu'offre le conseil départemental de protection de l'enfance, pour la détermination d'une politique commune à tout le moins d'une pratique concertée. Le décret du 7 janvier 1959 et plus près de nous celui du 24 février 1967 paraissent bien avoir créé une structure privilégiée par la rencontre des chefs des services concernés.

.../...

- IV -

LES SUITES DU SIGNALEMENT.

Le quatrième thème a été introduit excédemment par deux communications, l'une de Madame PIERRE, magistrat à la direction de l'éducation surveillée sur la protection judiciaire des enfants victimes de mauvais traitements, la seconde de Monsieur le professeur VISIERS, chef du secteur de psychiatrie infantile au C.H.U. de MONTPELLIER sur les conduites à tenir dans les cas de mauvais traitements à enfants.

1 - Madame PIERRE a présenté un tableau très complet de la protection judiciaire de l'enfance martyre. Trois voies judiciaires sont possibles face à ce problème de mauvais traitements à enfants. La voie pénale, la voie civile et depuis les dernières décennies, le principe nouveau de la surveillance éducative.

La voie pénale implique l'application des articles 302, 309, 311, 312 du code pénal. La voie civile aboutit à l'application des mesures de déchéance, hier de la puissance paternelle et depuis la loi du 4 juin 1970 de l'autorité parentale, cette procédure a tendu à devenir une sanction exceptionnelle, de moins en moins utilisée. Les tribunaux de Grande Instance jugeaient :

. en 1958, 3 934 affaires concernant 10 917 mineurs,
. en 1968, 546 affaires.

Un principe nouveau s'est introduit peu à peu dans le droit contemporain, celui de la surveillance et de l'assistance éducative de parents déficients ou dépassés. L'assistance éducative devient donc le mode normal de protection des enfants en danger physique et moral. Le principal est d'intervenir avec précaution et de traiter plus que de réprimer, d'individualiser la mesure en fonction des besoins de la famille et de l'enfant dans un but de rééducation et de réinsertion sociale. L'application de ce système repose sur l'intervention du juge des enfants et de son équipement spécifique qui participe à la protection judiciaire au niveau du diagnostic, de la décision, du traitement.

.../...

Comment peut-on apprécier l'importance du phénomène des mauvais traitements ? Les statistiques officielles font apparaître des chiffres relativement faibles.

On enregistre en effet le nombre suivant des condamnations pour coup portés à enfants :
- en 1967, 972,
- en 1968, 878,
- en 1969, 895.

Toutefois, on peut prendre une mesure approximative de l'importance de cette délinquance grâce à une enquête conduite en 1968 par le centre national de l'éducation surveillée de VAUCRESSON. Il ressort de cette enquête que 8% des saisines au titre de l'assistance éducative étaient consécutives à des affaires de violences à enfants, soit sur 60 000 affaires, environ 5 000. L'importance quantitative du phénomène est difficile à évaluer en raison des difficultés du dépistage pour des faits qui s'appliquent dans l'intimité d'une famille, le plus souvent à de très jeunes enfants sans défense.

Il faut situer ici l'importance de la loi du 15 juin 1971 qui a complété l'article 378 du code pénal relatif au secret professionnel et l'article 62 du même code relatif à la non assistance à personnes en danger. On sait qu'en vertu de l'article 378 modifié, les personnes tenues au secret n'encourent pas les peines prévues pour sa violation lorsqu'elles informent les autorités médicales ou administratives, chargées des actions sanitaires et sociales, des sévices ou privations sur la personne des mineurs de 15 ans dont elles ont eu connaissance à l'occasion de l'exercice de leur profession. C'est le problème en particulier des médecins praticiens, le plus souvent généralistes, les médecins de famille.

Dans un exposé très fouillé, où s'affirmait le rôle prépondérant du juge des enfants et la nécessité pour tous de l'alerter dès que le danger des sévices apparaissait, Madame PIERRE émettait en particulier le voeu du traitement de la famille en même temps que s'exécutaient

.../...

les mesures de retrait de l'enfant si celles-ci sont choisies. L'observation de la famille doit comporter une prise en charge psycho-thérapique si l'on veut à la fois éviter la récidive sur les autres enfants et préparer dans les meilleures conditions le retour du mineur placé : il faut prévoir cette action simultanée et en recevoir la possibilité sur le plan financier.

Madame PIERRE faisait également part d'une orientation des services de l'Education surveillée tendant à réserver un certain nombre de places, en permanence dans des établissements ou services privés conventionnés à cet effet pour une catégorie déterminée d'adolescents difficiles.

2 - Le professeur VISIERS a ensuite analysé les conduites à tenir dans les cas de mauvais traitements à enfants vis-à-vis des enfants et vis-à-vis des adultes. Celles-ci se situent aussi bien avant le signalement qu'après et accompagnent les mesures susceptibles d'être prises par l'autorité judiciaire. Il est mal aisé de réduire en quelques propositions une analyse aussi nuancée. Il faut en effet se garder de tout fixisme et savoir s'adapter à une situation qui évolue.

Au regard de l'enfant, le plus délicat est le tissu dans lequel les faits se passent : le tissu des intervenants et le tissu dans lequel on intervient. Il existe aussi un risque de rester au niveau des symptômes et de ne pas rechercher ce qu'ils signifient. De ce point de vue, soupçons ou réalités ont la même importance. Il faut éviter tout à priori pour ou contre le retrait ; l'important est ce que l'on va faire pour réaliser la décision. A partir de cette décision, il faut utiliser tous les moyens pour dépasser une action ponctuelle. Les sources du diagnostic sont diverses, mais qu'y-a-t-il entre les apparences et les réalités ? A la vérité, il faut d'abord savoir ce que représente l'enfant pour ses parents ; l'enfant est un être humain individualisé et cette individualité peut être la source

.../...

d'un déséquilibre dans la relation avec et entre les parents. Si autour de cette "altérité" de l'enfant se trouvent des conditions de vie précaires, le phénomène peut prendre un caractère explosif. On a évoqué l'enfant cible, mais à l'intérieur d'un groupe familial, la cible peut se déplacer. Il faut séparer les sévismes chroniques des sévices accidentels et faire attention au passage à l'acte.

Sur l'attitude des parents, certains parlent de l'importance de l'aveu des parents. Il faut accepter leur alibi, même si on est persuadé des mauvais traitements et chercher quel type de relations à la fois bienveillantes et porteuses d'une exigence, convient. Il n'est pas utile d'accentuer la culpabilité des parents, ce qui importe c'est de leur faire voir leur "manque" pour que il ne persiste pas et pour que tout le monde puisse continuer à vivre au mieux. Il ne faut pas faire de l'enfant "celui qui a fait condamner". Si l'on croit son retour souhaitable, il ne peut pas être un perpétuel reproche pour ses père et mère.

Les parents ne requièrent pas de notre part une attitude de faiblesse, l'énergie est quelquefois vitale.

Comment est-ce vécu par l'entourage ?

Les enquêtes sont les indicateurs de la manière dont chacun supporte l'angoisse des mauvais traitements ; c'est l'expression d'une subjectivité. D'où les témoignages divergents qui rendent difficile l'évaluation. Celui qui a à prendre les décisions va aussi juger avec sa subjectivité, d'où l'importance de confronter cette subjectivité et celle des autres intervenants. Il y a toujours un risque dans une décision ; il faut tenter de réduire au maximum les chances d'erreur. On y parvient par la rencontre des gens de bonne volonté et compétents qui, les uns et les autres, sont les témoins d'une certaine température dans les relations des parents avec l'enfant. Il faut essayer aussi de dédramatiser la situation. Le psychothérapeute peut souvent intervenir comme l'aide d'une équipe engagée auprès d'une famille. Si la collaboration est nécessaire pour le choix de la décision, c'est d'abord un problème d'état d'esprit à créer et à entretenir pour collaborer.

.../...

3 - Les groupes ont consacré leurs réflexions, dans le sillage des deux exposés du matin, à préciser comment selon l'expérience des participants, se posait la place du juge des enfants pour l'ensemble des cas de l'enfance en danger, le rôle de la direction départementale de l'action sanitaire et sociale, aux confins de la protection sociale et de la protection judiciaire, l'efficacité du travail interdisciplinaire des équipes de circonscriptions, les problèmes particuliers posés par les mesures de retraits, la nécessité d'une action psychosociale et éducative auprès de la famille en aval de la décision judiciaire. Bref ils ont concrétisé leur manière de voir les cheminements de l'action sociale à partir du dépistage et du signalement.

Les participants sont unanimes à reconnaître le caractère essentiel du rôle du juge des enfants en ce domaine. Ils souhaitent le voir plus étroitement associé à toutes les phases de l'action préventive sans se départir pour autant des responsabilités qui lui sont exclusives et d'un rôle nécessaire d'arbitre. Le plus grand nombre pense qu'il n'y renonce pas lorsqu'il entend les conclusions d'une équipe pluridisciplinaire qui lui apporte l'écho de sources diverses et autorisées. Des relations de fait sont établies dans plusieurs départements entre la direction de l'action sanitaire et sociale et les juges des enfants.

Les groupes ont redit que, là où le service unifié de l'enfance a pu être mis en place, le cadre des équipes de circonscriptions se prête aisément à une telle coopération.

En fait également on constate que la direction départementale de l'action sanitaire et sociale est généralement saisie de tous les cas qui offrent soupçon de mauvais traitement. Il ne faut pas que le juge des enfants soit informé de la situation à un moment où elle est devenue à ce point conflictuelle que son intervention est spécialement délicate.

Certes il faut épargner au juge l'accumulation de signalements de pure forme. Il ne veut pas faire de "racolage" mais il faut prendre garde de ne pas appréhender la gravité exacte de la situation et de soustraire ainsi l'enfant aux mesures de protection qui sont prévues pour lui dans l'appareil judiciaire.

Cette conviction de la place éminente du juge des enfants est telle que la session s'est émue des incertitudes de la carrière des magistrats pour enfants et croit ne pas sortir de sa mission en exprimant ce constat.

L'étude poursuivie par les groupes de divers aspects des mesures de retrait fait apparaître d'une part la nécessité d'accompagner les mesures visant l'enfant d'un encadrement psycho-social et éducatif à l'égard de la famille. Il faut en avoir les moyens financiers. L'action sociale ainsi mise en place en aval de l'intervention judiciaire constitue une mesure de prévention de première importance. Le retrait est ressenti généralement d'une façon très vive par la famille et même les voisins.

Les travailleurs sociaux appelés à exécuter la décision du juge en éprouvent le caractère "odieux". Il est recommandé à cet égard de ne pas faire intervenir l'assistante sociale du secteur.

L'analyse des modalités éducatives qui doivent accompagner l'action dans la famille même s'il y a retrait a appelé d'utiles réflexions sur l'intervention des tuteurs aux prestations sociales qui ne sont pas simplement des gestionnaires mais qui participent à la rééducation, sur l'efficacité de l'action éducative menée presque au coude à coude par les travailleuses familiales ; il faudrait pouvoir multiplier leur nombre et le nombre de leurs interventions, ce qui suppose des crédits de formation, le moyen de rémunérer les heures de travail dans les familles. A cet égard il convient d'encourager l'ouverture de budgets de prévention vers le recrutement et l'utilisation accrus des travailleuses familiales.

.../...

Les groupes reprenant le rapport du docteur STRAUS ont de nouveau analysé l'action des services hospitaliers et celle des médecins praticiens. Le docteur STRAUS avait constaté que 70% des enfants maltraités arrivent en service hospitalier, envoyés par les médecins traitants. Il serait regrettable de se couper de ces praticiens avec lesquels il convient au contraire de resserrer le contact. Une information serait nécessaire en ce qui concerne les possibilités d'application de la loi du 15 juin 1971 sur le secret professionnel médical. On retrouve ici également un souhait, celui d'ouvrir le corps médical à une meilleure compréhension des structures sociales et judiciaires de protection.

Au terme de cette session, on doit constater une convergence dans les conclusions des groupes, dont les voeux adoptés portent le témoignage. Nous étions différents et sans renoncer à notre spécificité à cette fonction qui justifiait la présence de chacun d'entre nous, nous nous sommes mieux sentis complémentaires. Le professeur VISIERS aurait dit que la rencontre de nos diverses subjectivités assurait une même vision objective des problèmes posés par la protection de l'enfance en danger et spécialement des enfants victimes de mauvais traitements.

En effet quand le retour de l'enfant dans sa famille n'a pas été soigneusement préparé il s'accompagne trop souvent d'une reprise des mauvais traitements. Cela semble particulièrement vrai lorsque les parents ont fait l'objet d'une condamnation pénale car la culpabilité qu'ils en ressentent, s'ils ne l'ont pas assumée peut se transformer en agressivité contre l'enfant.

Un même regard vers l'unité de la personne de l'enfant à protéger, malgré la diversité des mesures de protection et la pluralité des protecteurs, n'était-ce pas ce que l'on devait attendre d'un colloque où l'on espère créer un nouveau type de relations entre le médical, le judiciaire, l'éducatif et le social.

.../...

Le compte-rendu jour par jour de ces travaux a bien fait apparaître un profond désir de concertation, la volonté d'une coopération concrète, une tentative de décloisonnement dans le sens souhaité par le rapport du docteur STRAUS. On aura enregistré au fur et à mesure du progrès de la réflexion, certaines formules qui paraissent offrir un cadre meilleur à cette concertation : l'implantation plus étendue des circonscriptions d'action sanitaire et sociale, l'utilisation du conseil départemental de protection de l'enfance, le développement du nombre et du rôle des chambres de la famille au sein des tribunaux de grande instance, une information plus directe des médecins praticiens auxquels la loi du 15 juin 1971 offre la possibilité d'une coopération dont plusieurs d'entre eux sentent la nécessité, un meilleur équipement des services départementaux en travailleuses familiales et en puéricultrices notamment...

Je n'ai pas à répéter ce qui s'est dégagé des chapitres précédents de ce rapport . Je dois par contre présenter maintenant les voeux qu'en commun les participants de la session ont élaboré et dont une commission "ad hoc" a rédigé les termes, les voici :

1 - Au niveau de l'information.

- une action d'information sur les structures de prévention apportée notamment au corps médical et aux bénévoles qui sont regroupés ou non en comité.
- l'information systématique donnée aux personnes ou services ayant participé à une procédure de protection, notamment au stade du dépistage, sur les suites données aux cas signalés.

2 - Au niveau de la concertation.

Pour favoriser et développer l'esprit de concertation :

- organisation de sessions d'étude communes aux juges des enfants, aux responsables et techniciens de protection de l'enfance des D.D.A.S.S. ainsi qu'aux enseignants de l'éducation nationale.
- accélération de la mise en place de circonscriptions D.D.A.S.S. avec présence aux réunions du juge des enfants et des enseignants appelés à connaître les cas évoqués.

.../...

3 - Au niveau de l'action.

Pour l'efficacité de la prévention :

- renforcement et stabilité des équipes du secteur social, la trop grande mobilité des acteurs du travail social nuisant à cette efficacité.
- augmentation du nombre des postes de travailleuses familiales et de puéricultrices.
- poursuite de l'action éducative sur la famille même en cas de placement des enfants.
- assouplissement de la procédure de déchéance de l'autorité parentale afin qu'elle soit remise en application dans les cas les plus graves.

4 - Au niveau de la diffusion des conclusions de cette session.

Afin que ces réflexions puissent être étudiées en commun par d'autres équipes sociales, d'autres responsables de services de l'enfance et d'autres enseignants, les participants demandent la publication du rapport général par les trois ministères concernés : Education, Justice, Santé, dans leurs bulletins officiels respectifs et les revues professionnelles.

Il faut ajouter à ces voeux une motion préparée par les six médecins et assistantes sociales de santé scolaire qui étaient nôtres. La session considère comme sienne cette motion et souligne utilement le rôle du service de santé scolaire dans la protection des enfants en danger. Elle fait donc partie intégrante des conclusions de la rencontre . La voici :

Dans son rapport, à la page 21, le docteur STRAUS fait état du manque de signalement par les directrices d'écoles maternelles qu 'il a contactées, à une structure sociale ou médicale.

Les six médecins et assistantes sociales du service de santé scolaire présentes à cette session tiennent à préciser les modes de fonctionnement existants qui permettent les liaisons souhaitées par lui :

.../...

. Au niveau de l'école maternelle :

1) Le bilan médical et social du deuxième âge par la P.M.I.
2) Le bilan médical et social lors de la visite d'admission par la santé scolaire au cours préparatoire.
3) Les examens pour les enfants inadaptés par l'équipe de la commission médico-socio-pédagogique au niveau des circonscriptions de l'Ecole maternelle : (CMPC).

. Au niveau de l'école primaire.:

1) Les différents bilans médicaux et sociaux par l'équipe médicale et sociale de la santé scolaire.
2) Les examens pour des enfants inadaptés par la commission médico-pédagogique de circonscription et départementale.
3) Les évaluations par l'équipe des groupes d'aide psychopédagogique.

. Au niveau des établissements du premier et du deuxième cycle.

Les examens et bilans établis tout au long de la vie scolaire dans le cadre de l'évaluation permanente des élèves par l'équipe éducative, médicale et sociale scolaire.

Les structures étant en place, il est indiscutable que les liaisons sont permanentes et les signalements par les enseignants interviennent à chaque fois que la nécessité s'en fait sentir.

Qu'ajouterais sinon l'expression d'une vive gratitude à tous les participants qui en dépit d'une tâche et d'un horaire surchargés ont consacré à cette étude beaucoup de leur temps. On me permettra de ne pas individualiser les remerciements, même à ceux qui, m'étant les plus proches à l'Ecole, m'ont été si précieux.

Il ne m'appartient pas de préjuger la suite qui peut être donnée à notre réflexion ; notre seule ambition est d'espérer que notre diagnostic sera jugé exact et les mesures préconisées efficaces.

-=-=-=-=-=-

les mesures de retrait de l'enfant si celles-ci sont choisies. L'observation de la famille doit comporter une prise en charge psycho-thérapique si l'on veut à la fois éviter la récidive sur les autres enfants et préparer dans les meilleures conditions le retour du mineur placé : il faut prévoir cette action simultanée et en recevoir la possibilité sur le plan financier.

Madame PIERRE faisait également part d'une orientation des services de l'Education surveillée tendant à réserver un certain nombre de places, en permanence dans des établissements ou services privés conventionnés à cet effet pour une catégorie déterminée d'adolescents difficiles.

2 - Le professeur VISIERS a ensuite analysé les conduites à tenir dans les cas de mauvais traitements à enfants vis-à-vis des enfants et vis-à-vis des adultes. Celles-ci se situent aussi bien avant le signalement qu'après et accompagnent les mesures susceptibles d'être prises par l'autorité judiciaire. Il est mal aisé de réduire en quelques propositions une analyse aussi nuancée. Il faut en effet se garder de tout fixisme et savoir s'adapter à une situation qui évolue.

Au regard de l'enfant, le plus délicat est le tissu dans lequel les faits se passent : le tissu des intervenants et le tissu dans lequel on intervient. Il existe aussi un risque de rester au niveau des symptômes et de ne pas rechercher ce qu'ils signifient. De ce point de vue, soupçons ou réalités ont la même importance. Il faut éviter tout à priori pour ou contre le retrait ; l'important est ce que l'on va faire pour réaliser la décision. A partir de cette décision, il faut utiliser tous les moyens pour dépasser une action ponctuelle. Les sources du diagnostic sont diverses, mais qu'y-a-t-il entre les apparences et les réalités ? A la vérité, il faut d'abord savoir ce que représente l'enfant pour ses parents ; l'enfant est un être humain individualisé et cette individualité peut être la source

.../...

d'un déséquilibre dans la relation avec et entre les parents. Si autour de cette "altérité" de l'enfant se trouvent des conditions de vie précaires, le phénomène peut prendre un caractère explosif. On a évoqué l'enfant cible, mais à l'intérieur d'un groupe familial, la cible peut se déplacer. Il faut séparer les sévismes chroniques des sévices accidentels et faire attention au passage à l'acte.

Sur l'attitude des parents, certains parlent de l'importance de l'aveu des parents. Il faut accepter leur alibi, même si on est persuadé des mauvais traitements et chercher quel type de relations à la fois bienveillantes et porteuses d'une exigence, convient. Il n'est pas utile d'accentuer la culpabilité des parents, ce qui importe c'est de leur faire voir leur "manque" pour que il ne persiste pas et pour que tout le monde puisse continuer à vivre au mieux. Il ne faut pas faire de l'enfant "celui qui a fait condamner". Si l'on croit son retour souhaitable, il ne peut pas être un perpétuel reproche pour ses père et mère.

Les parents ne requièrent pas de notre part une attitude de faiblesse, l'énergie est quelquefois vitale.

Comment est-ce vécu par l'entourage ?

Les enquêtes sont les indicateurs de la manière dont chacun supporte l'angoisse des mauvais traitements ; c'est l'expression d'une subjectivité. D'où les témoignages divergents qui rendent difficile l'évaluation. Celui qui a à prendre les décisions va aussi juger avec sa subjectivité, d'où l'importance de confronter cette subjectivité et celle des autres intervenants. Il y a toujours un risque dans une décision ; il faut tenter de réduire au maximum les chances d'erreur. On y parvient par la rencontre des gens de bonne volonté et compétents qui, les uns et les autres, sont les témoins d'une certaine température dans les relations des parents avec l'enfant. Il faut essayer aussi de dédramatiser la situation. Le psychothérapeute peut souvent intervenir comme l'aide d'une équipe engagée auprès d'une famille. Si la collaboration est nécessaire pour le choix de la décision, c'est d'abord un problème d'état d'esprit à créer et à entretenir pour collaborer.

.../...

3 - Les groupes ont consacré leurs réflexions, dans le sillage des deux exposés du matin, à préciser comment selon l'expérience des participants, se posait la place du juge des enfants pour l'ensemble des cas de l'enfance en danger, le rôle de la direction départementale de l'action sanitaire et sociale, aux confins de la protection sociale et de la protection judiciaire, l'efficacité du travail interdisciplinaire des équipes de circonscriptions, les problèmes particuliers posés par les mesures de retraits, la nécessité d'une action psychosociale et éducative auprès de la famille en aval de la décision judiciaire. Bref ils ont concrétisé leur manière de voir les cheminements de l'action sociale à partir du dépistage et du signalement.

Les participants sont unanimes à reconnaître le caractère essentiel du rôle du juge des enfants en ce domaine. Ils souhaitent le voir plus étroitement associé à toutes les phases de l'action préventive sans se départir pour autant des responsabilités qui lui sont exclusives et d'un rôle nécessaire d'arbitre. Le plus grand nombre pense qu'il n'y renonce pas lorsqu'il entend les conclusions d'une équipe pluridisciplinaire qui lui apporte l'écho de sources diverses et autorisées. Des relations de fait sont établies dans plusieurs départements entre la direction de l'action sanitaire et sociale et les juges des enfants.

Les groupes ont redit que, là où le service unifié de l'enfance a pu être mis en place, le cadre des équipes de circonscriptions se prête aisément à une telle coopération.

En fait également on constate que la direction départementale de l'action sanitaire et sociale est généralement saisie de tous les cas qui offrent soupçon de mauvais traitement. Il ne faut pas que le juge des enfants soit informé de la situation à un moment où elle est devenue à ce point conflictuelle que son intervention est spécialement délicate.

Certes il faut épargner au juge l'accumulation de signalements de pure forme. Il ne veut pas faire de "racolage" mais il faut prendre garde de ne pas appréhender la gravité exacte de la situation et de soustraire ainsi l'enfant aux mesures de protection qui sont prévues pour lui dans l'appareil judiciaire.

Cette conviction de la place éminente du juge des enfants est telle que la session s'est émue des incertitudes de la carrière des magistrats pour enfants et croit ne pas sortir de sa mission en exprimant ce constat.

L'étude poursuivie par les groupes de divers aspects des mesures de retrait fait apparaître d'une part la nécessité d'accompagner les mesures visant l'enfant d'un encadrement psycho-social et éducatif à l'égard de la famille. Il faut en avoir les moyens financiers. L'action sociale ainsi mise en place en aval de l'intervention judiciaire constitue une mesure de prévention de première importance. Le retrait est ressenti généralement d'une façon très vive par la famille et même les voisins.

Les travailleurs sociaux appelés à exécuter la décision du juge en éprouvent le caractère "odieux". Il est recommandé à cet égard de ne pas faire intervenir l'assistante sociale du secteur.

L'analyse des modalités éducatives qui doivent accompagner l'action dans la famille même s'il y a retrait a appelé d'utiles réflexions sur l'intervention des tuteurs aux prestations sociales qui ne sont pas simplement des gestionnaires mais qui participent à la rééducation, sur l'efficacité de l'action éducative menée presque au coude à coude par les travailleuses familiales ; il faudrait pouvoir multiplier leur nombre et le nombre de leurs interventions, ce qui suppose des crédits de formation, le moyen de rémunérer les heures de travail dans les familles. A cet égard il convient d'encourager l'ouverture de budgets de prévention vers le recrutement et l'utilisation accrus des travailleuses familiales.

.../...

Les groupes reprenant le rapport du docteur STRAUS ont de nouveau analysé l'action des services hospitaliers et celle des médecins praticiens. Le docteur STRAUS avait constaté que 70% des enfants maltraités arrivent en service hospitalier, envoyés par les médecins traitants. Il serait regrettable de se couper de ces praticiens avec lesquels il convient au contraire de resserrer le contact. Une information serait nécessaire en ce qui concerne les possibilités d'application de la loi du 15 juin 1971 sur le secret professionnel médical. On retrouve ici également un souhait, celui d'ouvrir le corps médical à une meilleure compréhension des structures sociales et judiciaires de protection.

Au terme de cette session, on doit constater une convergence dans les conclusions des groupes, dont les voeux adoptés portent le témoignage. Nous étions différents et sans renoncer à notre spécificité à cette fonction qui justifiait la présence de chacun d'entre nous, nous nous sommes mieux sentis complémentaires. Le professeur VISIERS aurait dit que la rencontre de nos diverses subjectivités assurait une même vision objective des problèmes posés par la protection de l'enfance en danger et spécialement des enfants victimes de mauvais traitements.

En effet quand le retour de l'enfant dans sa famille n'a pas été soigneusement préparé il s'accompagne trop souvent d'une reprise des mauvais traitements. Cela semble particulièrement vrai lorsque les parents ont fait l'objet d'une condamnation pénale car la culpabilité qu'ils en ressentent, s'ils ne l'ont pas assumée peut se transformer en agressivité contre l'enfant.

Un même regard vers l'unité de la personne de l'enfant à protéger, malgré la diversité des mesures de protection et la pluralité des protecteurs, n'était-ce pas ce que l'on devait attendre d'un colloque où l'on espère créer un nouveau type de relations entre le médical, le judiciaire, l'éducatif et le social.

.../...

Le compte-rendu jour par jour de ces travaux a bien fait apparaître un profond désir de concertation, la volonté d'une coopération concrète, une tentative de décloisonnement dans le sens souhaité par le rapport du docteur STRAUS. On aura enregistré au fur et à mesure du progrès de la réflexion, certaines formules qui paraissent offrir un cadre meilleur à cette concertation : l'implantation plus étendue des circonscriptions d'action sanitaire et sociale, l'utilisation du conseil départemental de protection de l'enfance, le développement du nombre et du rôle des chambres de la famille au sein des tribunaux de grande instance, une information plus directe des médecins praticiens auxquels la loi du 15 juin 1971 offre la possibilité d'une coopération dont plusieurs d'entre eux sentent la nécessité, un meilleur équipement des services départementaux en travailleuses familiales et en puéricultrices notamment...

Je n'ai pas à répéter ce qui s'est dégagé des chapitres précédents de ce rapport . Je dois par contre présenter maintenant les voeux qu'en commun les participants de la session ont élaboré et dont une commission "ad hoc" a rédigé les termes, les voici :

1 - Au niveau de l'information.

- une action d'information sur les structures de prévention apportée notamment au corps médical et aux bénévoles qui sont regroupés ou non en comité.
- l'information systématique donnée aux personnes ou services ayant participé à une procédure de protection, notamment au stade du dépistage, sur les suites données aux cas signalés.

2 - Au niveau de la concertation.

Pour favoriser et développer l'esprit de concertation :

- organisation de sessions d'étude communes aux juges des enfants, aux responsables et techniciens de protection de l'enfance des D.D.A.S.S. ainsi qu'aux enseignants de l'éducation nationale.
- accélération de la mise en place de circonscriptions D.D.A.S.S. avec présence aux réunions du juge des enfants et des enseignants appelés à connaître les cas évoqués.

.../...

3 - Au niveau de l'action.

Pour l'efficacité de la prévention :

- renforcement et stabilité des équipes du secteur social, la trop grande mobilité des acteurs du travail social nuisant à cette efficacité.
- augmentation du nombre des postes de travailleuses familiales et de puéricultrices.
- poursuite de l'action éducative sur la famille même en cas de placement des enfants.
- assouplissement de la procédure de déchéance de l'autorité parentale afin qu'elle soit remise en application dans les cas les plus graves.

4 - Au niveau de la diffusion des conclusions de cette session.

Afin que ces réflexions puissent être étudiées en commun par d'autres équipes sociales, d'autres responsables de services de l'enfance et d'autres enseignants, les participants demandent la publication du rapport général par les trois ministères concernés : Education, Justice, Santé, dans leurs bulletins officiels respectifs et les revues professionnelles.

Il faut ajouter à ces voeux une motion préparée par les six médecins et assistantes sociales de santé scolaire qui étaient nôtres. La session considère comme sienne cette motion et souligne utilement le rôle du service de santé scolaire dans la protection des enfants en danger. Elle fait donc partie intégrante des conclusions de la rencontre . La voici :

Dans son rapport, à la page 21, le docteur STRAUS fait état du manque de signalement par les directrices d'écoles maternelles qu 'il a contactées, à une structure sociale ou médicale.

Les six médecins et assistantes sociales du service de santé scolaire présentes à cette session tiennent à préciser les modes de fonctionnement existants qui permettent les liaisons souhaitées par lui :

.../...

. Au niveau de l'école maternelle :

1) Le bilan médical et social du deuxième âge par la P.M.I.
2) Le bilan médical et social lors de la visite d'admission par la santé scolaire au cours préparatoire.
3) Les examens pour les enfants inadaptés par l'équipe de la commission médico-socio-pédagogique au niveau des circonscriptions de l'Ecole maternelle : (CMPC).

. Au niveau de l'école primaire.:

1) Les différents bilans médicaux et sociaux par l'équipe médicale et sociale de la santé scolaire.
2) Les examens pour des enfants inadaptés par la commission médico-pédagogique de circonscription et départementale.
3) Les évaluations par l'équipe des groupes d'aide psychopédagogique.

. Au niveau des établissements du premier et du deuxième cycle.

Les examens et bilans établis tout au long de la vie scolaire dans le cadre de l'évaluation permanente des élèves par l'équipe éducative, médicale et sociale scolaire.

Les structures étant en place, il est indiscutable que les liaisons sont permanentes et les signalements par les enseignants interviennent à chaque fois que la nécessité s'en fait sentir.

Qu'ajouterais sinon l'expression d'une vive gratitude à tous les participants qui en dépit d'une tâche et d'un horaire surchargés ont consacré à cette étude beaucoup de leur temps. On me permettra de ne pas individualiser les remerciements, même à ceux qui, m'étant les plus proches à l'Ecole, m'ont été si précieux.

Il ne m'appartient pas de préjuger la suite qui peut être donnée à notre réflexion ; notre seule ambition est d'espérer que notre diagnostic sera jugé exact et les mesures préconisées efficaces.

-=-=-=-=-=-